

Contrarreferência no processo de desospitalização para a atenção domiciliar na percepção de enfermeiros

Counter-reference in the process of deinstitutionalization for home care in the perception of nurses

Claudiohana Carrer¹
Terezinha Aparecida Campos²
Nelsi Salete Tonini³
Danielli Piatti⁴
Mara Lúcia Renostro Zachi⁵
Vanessa Rossetto⁶

RESUMO

A desospitalização configura-se como o processo de transição do cuidado, possibilitando a continuidade da assistência para o domicílio ou para serviços de menor complexidade. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros, do hospital e da atenção domiciliar, sobre o processo de desospitalização, por meio da contrarreferência de pacientes em cuidados paliativos para atenção domiciliar. Trata-se de uma pesquisa de campo, na qual a coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado e aplicado a nove enfermeiros. Os resultados demonstram que os enfermeiros reconhecem que a desospitalização, quando realizada adequadamente, traz vantagens tanto para o paciente quanto para a família, além de contribuir para a otimização de leitos hospitalares. No entanto, o processo é permeado por fragilidades, como identificação tardia de pacientes para a abordagem paliativa,

¹Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Enfermeira Residente do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7338-6395> **E-mail:** caucarrer@gmail.com.

²Mestre pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9180-3268> **E-mail:** tcamposzto75@gmail.com

³Doutora pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4704-7634> **E-mail:** nelsi.tonini@unioeste.br

⁴Doutora pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Enfermeira do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8856-5780> **E-mail:** danielli_pc@hotmail.com

⁵Mestre pela Universidade Paranaense-UNIPAR. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, Paraná. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6486-7760> **E-mail:** marazachi4@gmail.com

⁶Doutora pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4902-1534> **E-mail:** vanessa_rossetto@msn.com

comunicação deficiente entre os profissionais e serviços envolvidos e ausência de um fluxo efetivo de contrarreferência. Diante disso, infere-se a necessidade de capacitação profissional, comunicação integrada e adoção de protocolos unificados. Elementos fundamentais para a eficácia do processo de desospitalização, o que torna imprescindível a articulação de ações conjuntas entre gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente; Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Hospitalar; Cuidados Paliativos; Segurança do Paciente

ABSTRACT

Dehospitalization is characterized as the process of transitioning care, enabling continuity of assistance to the home or to lower-complexity services. This study aimed to understand the perception of nurses from both hospital and home care settings regarding the dehospitalization process through the counter-referral of patients in palliative care to home care. This is a field research in which data collection was conducted through interviews using a semi-structured questionnaire, applied to nine nurses. The results show that nurses recognize that dehospitalization, when carried out properly, offers advantages both for the patient and the family, in addition to contributing to the optimization of hospital beds. However, the process is permeated by weaknesses, such as late identification of patients for palliative care, poor communication between the professionals and services involved, and the absence of an effective counter-referral flow. In this context, there is an inference regarding the need for professional training, integrated communication, and the adoption of unified protocols. These are fundamental elements for the effectiveness of the dehospitalization process, making it essential to articulate joint actions between managers, professionals, and policymakers.

Keywords: Continuity of Patient Care; Home Care Services; Hospital Care; Palliative Care; Patient Safety.

1. INTRODUÇÃO

O aumento global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e câncer, é um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde. No Brasil, a prevalência dessas condições tem crescido de forma alarmante, particularmente devido ao envelhecimento populacional, à urbanização e a mudanças no estilo de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de substâncias prejudiciais à saúde (WEHWMEISTER; WENDT; SARDINHA, 2022).

A transição demográfica e a transição epidemiológica acrescidas do envelhecimento populacional configuram um cenário onde as DCNTs se tornaram a principal causa de morbimortalidade, afetando gravemente a qualidade de vida dos indivíduos e aumentando as demandas sobre os serviços de saúde. Este cenário impõe grandes desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), que precisa adaptar-se para atender a população com necessidades de cuidados mais complexos e prolongados (OTTONI, 2020, MIRA; NEWTON; SABBAH, 2022).

Infere-se que devido sua natureza, as DCNTs exigem cuidados contínuos e a gestão de múltiplos problemas de saúde simultâneos. Assim, o tratamento das DCNTs envolve, muitas vezes, uma combinação de cuidados preventivos, terapêuticos e paliativos. Nesse contexto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) configura-se como uma estratégia essencial para a organização do cuidado (BRASIL, 2017, TOFANI *et al.*, 2021, BAIER; MONTESSI; RIBEIRO, 2023), assegurando que os pacientes tenham acesso ao tratamento adequado, no momento certo e no local mais apropriado para suas necessidades, seja no hospital, em unidades de saúde ou em casa.

Sob essa ótica, uma das iniciativas mais promissoras no manejo das DCNTs é a ampliação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs). Esses serviços possibilitam que pacientes com condições crônicas ou em cuidados paliativos recebam acompanhamento em casa, com suporte de equipes multiprofissionais que fornecem cuidados contínuos, personalizados e alinhados às especificidades e ao contexto de cada indivíduo (BRASIL, 2016a, ROSSETTO; TOSO; RODRIGUES, 2020, BRASIL, 2024).

Essa modalidade de atendimento tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga hospitalar, promovendo de forma segura a desospitalização precoce e

contribuindo para otimização de leitos hospitalares e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2016a, 2024).

Para que o processo seja eficaz, entende-se que a desospitalização, a transição do cuidado do paciente do ambiente hospitalar para o domiciliar, é uma etapa fundamental na jornada de cuidado, especialmente em situações de cuidados paliativos. Essa transição exige uma abordagem estruturada, que inclui planejamento prévio, comunicação eficiente entre os profissionais de saúde, familiares e cuidadores, além da garantia de que o paciente contará com o suporte necessário para manter o tratamento em casa.

Nesse sentido, é imprescindível que a desospitalização seja planejada de maneira estruturada, com uma rede de apoio bem definida e um acompanhamento consistente no período pós-alta, garantindo que os pacientes recebam os cuidados necessários fora do ambiente hospitalar.

Nesse cenário, a contrarreferência, surge como um elemento essencial para assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado (ACOSTA; CÂMARA; WEBER; FONTENELE, 2018, CAIXETA *et al.*, 2023). Quando executada de forma eficaz, ela possibilita o acompanhamento pós-alta, contribuindo para a prevenção de complicações, a melhoria nos resultados clínicos e a redução de reinternações hospitalares. Contudo, trata-se de um processo que enfrenta desafios significativos.

Atualmente, há um movimento crescente de descentralização e transição do cuidado, que visa sair do foco exclusivo nos hospitais em direção à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos SADs. Essa mudança reflete uma busca por uma abordagem mais integrada e acessível aos serviços de saúde, com o objetivo de proporcionar cuidados contínuos e personalizados, além de promover o gerenciamento eficaz dos recursos financeiros destinados à saúde. Infere-se que a percepção dos enfermeiros sobre o processo de desospitalização e os desafios que eles enfrentam para realizar uma transição eficaz e segura para o cuidado domiciliar é fundamental para entender as barreiras e oportunidades dessa estratégia.

Dessa forma, questiona-se: Quais estratégias e instrumentos são utilizados pelos enfermeiros no processo de desospitalização de pacientes em cuidados paliativos para a atenção domiciliar, considerando a percepção desses profissionais tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção domiciliar? Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros, do hospital e da atenção domiciliar, sobre o

processo de desospitalização, por meio da contrarreferência de pacientes em cuidados paliativos para atenção domiciliar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, realizada por meio de entrevistas gravadas com um questionário semiestruturado de sete questões, abordando o sistema de referência e contrarreferência, e as estratégias e instrumentos utilizados pelos enfermeiros no processo de transição de pacientes em cuidados paliativos para a atenção domiciliar. Um teste piloto foi realizado com duas enfermeiras não selecionadas para o estudo.

Foram critérios de inclusão, enfermeiros da instituição hospitalar e do SAD. Assim, a amostra incluiu seis enfermeiros assistenciais das alas de internação da instituição hospitalar e três enfermeiros assistenciais do SAD, totalizando nove entrevistados. Além disso, os entrevistados tiveram que aceitar voluntariamente a entrevista mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E foram critérios de exclusão: enfermeiros que atuam em outros setores do hospital, incluindo áreas de coordenação; enfermeiros do SAD que não desempenham funções assistenciais e os que se recusarem a assinar o TCLE. A coleta de dados ocorreu no período de 01 de julho a 25 de julho de 2024. Os entrevistados foram identificados apenas com codinomes E1 até E9, numa ordem naturalmente estabelecida pela sequência das entrevistas.

No que diz respeito à instituição hospitalar, cenário da pesquisa, atende a uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes, desempenhando o papel de referência para 24 municípios que compõem a Regional de Saúde e mais quatro macrorregionais de Saúde do estado do Paraná, além de atender as demandas locais. Disponibiliza serviços de média e alta complexidade e uma Comissão de Pacientes Paliativos Adulto, designada por meio da Portaria nº. 025/2024, contendo equipe interdisciplinar (PARANÁ, 2024). Quanto ao SAD, este atua como referência no município desde 2005 e, inclusive, se tornou referência para a Política Nacional de Atenção Domiciliar. Atualmente, o SAD conta com quatro Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

Para análise dos dados as entrevistas foram transcritas na íntegra e utilizado a técnica de Análise de Conteúdo, executada em três etapas: pré-análise, exploração do

material ou codificação, e tratamento dos resultados/interpretação (MINAYO, 2007, BARDIN, 2016). Os preceitos éticos seguiram a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com assinatura do TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 4.042.777, CAAE nº 58636916.5.0000.0107) (BRASIL, 2016b).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo investigou a percepção de nove enfermeiros sobre a desospitalização e contrarreferência de pacientes em cuidados paliativos para a atenção domiciliar, sendo seis do hospital (66,6%) e três do SAD (33,4%). A análise de conteúdo identificou cinco categorias, apresentadas a seguir.

1. Percepção sobre desospitalização de pacientes em cuidados paliativos para atenção domiciliar

A transição do cuidado do hospital para a AD exige uma articulação rigorosa entre as equipes de saúde, familiares e cuidadores, no sentido de planejar que esse processo aconteça de forma segura e adequada (ROSSETTO; TOSO; RODRIGUES, 2020, GHENO; WEIS, 2019). Os enfermeiros reconhecem que a desospitalização de pacientes em cuidados paliativos, quando realizada adequadamente, traz vantagens tanto para o paciente quanto para a família. Assim, o processo de desospitalização:

[..] vai gerar o conforto para o paciente (E1).

O paciente precisa ter o aconchego da família [...], vai se sentir mais seguro ouvindo a voz dos familiares (E6).

[...] é benéfico por conta do conforto, [...], dele estar no lar, já que não existe possibilidade de cura (E9).

Nessa perspectiva, a transição do cuidado, no contexto de pacientes em cuidados paliativos, pode resultar em benefícios, como menor custo, melhoria da qualidade de vida, aumento do conforto no ambiente familiar, redução do estresse e ansiedade associados à hospitalização, fortalecimento dos vínculos familiares e um atendimento mais personalizado e humanizado (VIDOTTO *et al.*, 2023).

O termo "desospitalização" ganhou relevância após a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2020a), em que se tornou necessário encaminhamentos adequados aos pacientes internados por longos períodos, favorecendo, assim, a gestão de leitos hospitalares. Assim, a desospitalização "*possibilita a otimização dos recursos da rede*" (E9). Desde 2012, com a implementação dos SADs, a desospitalização passou a ser um conceito compartilhado na RAS, promovendo uma conexão positiva e propositiva.

Indubitavelmente, a desospitalização é uma prática crescente mundialmente. Quando realizada de forma segura, proporciona benefícios clínicos e econômicos, melhorando a experiência do paciente e da família. No entanto, trata-se de um processo complexo, que envolve aspectos clínicos, logísticos e psicossociais. Dada essa complexidade, muitas instituições e profissionais enfrentam desafios no processo eficaz de desospitalização (PRIM *et al.*, 2023).

Como mencionado, o hospital conta com uma equipe multiprofissional que desempenha um papel fundamental no processo de desospitalização de pacientes em cuidados paliativos. "*[...] atualmente, está mais organizado, [...], porque tem uma equipe que colabora para esse serviço ter um bom fluxo*" (E3). Certamente, esse apoio contribui para a melhoria na gestão do processo de desospitalização, facilitando a transição do cuidado e assegurando que os pacientes e familiares recebam a atenção necessária de maneira eficiente e coordenada.

Assim, a desospitalização/transição do cuidado é um processo que vai além da simples alta hospitalar, configurando-se uma prática estratégica e complexa que demanda a integração da RAS e dos profissionais envolvidos. A articulação entre as equipes de saúde, a capacitação de familiares e cuidadores, e o suporte contínuo por meio do SADs, são elementos essenciais para proporcionar uma transição segura e a continuidade do cuidado de forma humanizada, priorizando o conforto, a autonomia e a dignidade do paciente.

2. Formação para o protagonismo dos enfermeiros para o processo de desospitalização/transição do cuidado

O apoio do enfermeiro e da equipe interdisciplinar é essencial para oferecer segurança e apoio emocional ao paciente e à família em momentos de angústia. Contudo, é necessário preparo para técnico-científico e emocional para o atendimento no processo saúde-doença

(PICOLLO; FACHIN, 2018). No entanto, constata-se a existência de lacunas na formação desses profissionais (ALVES; OLIVEIRA, 2022). Quando questionados: *"Em sua opinião, os enfermeiros estão preparados para lidar com o processo de desospitalização de pacientes em cuidados paliativos?"*

Não [...] eu vejo por mim (E1).

Eu penso que não. A gente nunca se sente totalmente preparado [...] (E3).

Ainda não (E5).

Nem todos (E6).

[...] não [...] muitas vezes, o próprio profissional não consegue entender as fases do cuidado paliativo (E7).

Observa-se uma percepção generalizada de insuficiência no preparo para lidar com o processo de desospitalização de pacientes em cuidados paliativos, o que sugere a carência de uma formação aprofundada e especializada nesse contexto (ALVES; OLIVEIRA, 2022, SARMENTO *et al.*, 2021).

É oportuno destacar que os enfermeiros frequentemente não têm acesso a disciplinas específicas sobre o tema em sua formação, evidenciando a necessidade de incluir os cuidados paliativos no currículo para melhorar a prática e a qualidade da assistência.

[...] vejo um ponto frágil aí, falta ainda formação, recentemente tem sido inserido no ensino da graduação, mas ainda de uma forma insipiente, o que pode ser uma fragilidade em relação aos enfermeiros, já formados (E9).

Essas lacunas indicam a necessidade de treinamento contínuo focado em cuidados paliativos e transição do cuidado, garantindo que os enfermeiros estejam preparados para situações complexas e desafiadoras. No entanto, alguns enfermeiros acreditam estar preparados, ou em processo de preparação, para atuar com maior competência e empoderamento:

A gente está em um caminho assim, bem positivo (E2).

Em alguma parte, sim (E4).

[...] eu me sinto preparada para estar nessa, para estar ensinando a família (E8).

Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel essencial na promoção do autocuidado e autonomia do paciente, ampliando práticas assistenciais e educativas para a família e comunidade, sendo um pilar fundamental para quem enfrenta o adoecimento (SOUZA *et*

al., 2023).

Sob essa ótica, é fundamental ressaltar a importância do enfermeiro, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar. Esse profissional desempenha um papel essencial na equipe, sendo responsável por atividades no processo de desospitalização, como avaliar a compreensão do paciente e/ou do cuidador acerca das orientações fornecidas, a fim de assegurar que o seguimento da assistência seja realizado de maneira adequada (RORATO, 2021, ARANTES, 2016). Sua expertise permite que ele articule os diferentes níveis de atenção à saúde, assegurando que o paciente tenha suporte adequado no processo de desospitalização.

3. Estratégias e ferramentas que auxiliam no processo de desospitalização/transição do cuidado

A desospitalização fundamenta-se em uma estratégia de transição de cuidados que prioriza tanto o diálogo quanto a humanização, com especial atenção às necessidades e as escolhas viáveis do paciente e de sua família. Quando adequadamente conduzida, essa prática contribui para melhorar os desfechos de saúde, promovendo uma utilização eficiente dos leitos hospitalares, otimizando recursos e reduzindo custos, além de aumentar a satisfação dos pacientes e familiares e reduzir as taxas de readmissão hospitalar (WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017, MENEZES *et al.*, 2019, BRASIL, 2020b, THOMAZ, 2021, PRIM *et al.*, 2023).

Infere-se que, o processo de transição do cuidado deve ser baseado na integralidade, com atuação coordenada da RAS e da equipe multidisciplinar, visando a continuidade efetiva do cuidado. Para isso, é essencial avaliar recursos físicos, materiais e emocionais, garantindo uma desospitalização segura e um fluxo adequado.

A falta de integração entre os profissionais do hospital, da APS e dos SADs, a inexistência de prontuário eletrônico integrado, a carência de enfermeiros responsáveis pela gestão da alta, além da ausência de protocolos específicos para a alta hospitalar e contrarreferência podem interferir na continuidade do cuidado no processo de transição hospital-domicílio (OLIVEIRA; COSTA; HERMIDA; ANDRADE, 2021). Ao questionarmos "*quais instrumentos ou ferramentas você considera essenciais no processo de desospitalização de pacientes para o domicílio, especialmente para pacientes em cuidados paliativos? E se utilizam?*":

O instrumento de desospitalização é todo preenchido pelo médico [...] nós enfermeiros, a gente só faz o envio dessa folha para o para o PAID [...]. (E1).

Um papel [...], que o médico preenche, mas eu sempre altero alguma coisinha [...] é a gente que envia direto para o PAID (E4).

Não temos nenhum instrumento formalizado para desospitalização. Fazia [...] tipo um *checklist* (E7).

As respostas destacam lacunas na atuação multiprofissional e na desospitalização, especialmente a falta de instrumentos padronizados, indicando falhas organizacionais que comprometem a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. No que se refere às estratégias e ferramentas utilizadas, o envolvimento ativo e progressivo dos enfermeiros no processo de transição está diretamente relacionado ao seu perfil, uma vez que esses profissionais exercem papel primordial nas fases de planejamento, organização e implementação de cuidados completos e seguros (GHENO; WEIS, 2019).

Além disso, “*É sim necessário muitos instrumentos e ferramentas [...], como protocolos pra desospitalização, para que desde lá do hospital, [...], esse paciente, essa família [...], estejam bem preparados para o cuidado domiciliar (E9)*”, ressalta-se a importância de ferramentas e instrumentos intersetoriais, considerados estratégias essenciais no processo de desospitalização.

Este aspecto é particularmente relevante devido à complexidade das demandas de cuidado e à necessidade de suporte contínuo da RAS nos domicílios. Embora não utilizados rotineiramente, os entrevistados destacam a relevância da existência de protocolos estruturados, *checklists* ou instrumentos formalizados que pudessem ser usados entre o hospital e a atenção domiciliar.

Então acho que precisaria ter [...] uma rotina, um *checklist* (E1).

[...] eu acho que deveria ter alguma coisa que a gente começasse, talvez um instrumento que pudéssemos trabalhar juntos (E7).

A necessidade de rotinas e *checklists* aponta para a importância de uma abordagem sistemática e regular, o que é essencial para mitigar lacunas no processo de transição. A sugestão de que deveria haver “*algo que pudéssemos trabalhar juntos (E7)*” revela uma visão de colaboração entre os profissionais de saúde e intersetorialidade, para melhorar a qualidade do cuidado.

No que se refere às estratégias e ferramentas essenciais para esse processo, destaca-se a importância do envolvimento dos enfermeiros no planejamento da alta,

incluindo organização logística, avaliação do domicílio, interação com o cuidador, provisão de recursos e comunicação antecipada para garantir a continuidade do cuidado.

O relato a seguir evidencia a relevância dos recursos extra-hospitalares: *“Então eu acho que seria necessário um olhar para isso, para esse recurso humano [...], que é envolvido ali no domicílio, o cuidador, e também para esses recursos físicos e materiais, que muitas vezes [...] não existe um fluxo para que esses itens cheguem até essas famílias”* (E9). Assim, é necessário um planejamento adequado de recursos materiais e humanos, a fim de que os cuidados domiciliares sejam realizados de maneira eficaz, seguro e sem lacunas.

Para que o planejamento da alta hospitalar seja bem-sucedido, é essencial a avaliação contínua durante todo o processo de transição, culminando na mobilização e planejamento dos recursos, o que envolve a análise da disponibilidade de recursos pessoais, familiares e coletivos (COSTA *et al.*, 2020). Assim, a reflexão sobre os desafios da desospitalização aponta para a necessidade de uma sistematização e melhoria contínua desse processo.

4. Fragilidades enfrentadas no processo de desospitalização/transição do cuidado

No presente cenário, em que a transição demográfica e epidemiológica exerce uma influência decisiva nas condições de saúde da população, aliada à crescente prevalência das DCNTs (OTTONI, 2020, MIRA; NEWTON; SABBAH, 2022), infere-se que o processo de desospitalização deve ser fortalecido, sendo cada vez mais necessário estabelecer um modelo contínuo e integrado. Ao questionarmos, *“Quais as principais fragilidades e potencialidades que você percebe no processo de desospitalização de pacientes em cuidados paliativos”*, revelou-se, desafios organizacionais, estruturais e humanos que impactam diretamente a qualidade e segurança da desospitalização:

Tem gente que não tem realmente noção de como trocar uma fralda (E1).

Eu acho que o principal problema, obstáculo de levar logo o paciente é o medo da família (E6).

[...] a retaguarda dos próprios hospitais, pra quando esse paciente retornar pra procedimentos mais complexos, [...] como uma gastrostomia, traqueostomia eletiva, [...] são dificuldades depois que o paciente foi desospitalizado. [...]. A dificuldade de as famílias acessarem os recursos físicos e materiais necessários, então quando a casa não tem um preparo adequado, quando não tem os materiais necessários [...] e ainda quando não tem mesmo, as pessoas (E9).

[...] que as pessoas fossem um pouco mais empáticas [...]. Nos cuidados paliativos não é não tem mais nada para fazer para você [...] essa desmistificação e as fases do cuidado paliativo deveriam ser mais enfatizados [...] talvez a gente pudesse melhorar essa comunicação (E7).

Indubitavelmente, essas fragilidades podem comprometer o sucesso da desospitalização e impactar diretamente os desfechos desse processo. Um exemplo é a baixa compreensão e a capacitação inadequada dos familiares para a continuidade dos cuidados exigidos. Nesse sentido, enfatiza-se a importância de iniciar as orientações do cuidador ainda no ambiente hospitalar, de modo a prepará-lo para os cuidados que serão necessários (SILVA *et al.*, 2020, GONÇALVES, 2021).

A educação em saúde deve abranger, cuidados básicos como higiene e conforto. Visto que a identificação e orientação do cuidador principal são essenciais para uma transição segura (PRIM *et al.*, 2023). Assim, o enfermeiro exerce um papel fundamental ao preparar a família e/ou o cuidador principal, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados. No entanto, essa capacitação, que deve ser iniciada no âmbito hospitalar, pode ser prejudicada pela sobrecarga profissional enfrentada pelos enfermeiros: “A gente é sobrecarregado com outras funções” (E1) e “Aqui são muitos pacientes para um enfermeiro só [...]” (E4).

As dificuldades enfrentadas no processo de desospitalização podem ser atribuídas a uma série de fatores, muitas vezes inter-relacionados. Essa sobrecarga compromete a capacidade dos profissionais de dedicar atenção adequada às necessidades dos pacientes, da família e/ou o cuidador principal, impactando negativamente na promoção de práticas humanizadas. Tal limitação evidencia um obstáculo relevante para a consolidação de cuidados integrais e de qualidade nesse contexto (BASÍLIO *et al.*, 2024).

Ademais, conforme Oliveira e D’Innocenzo (2024), a adesão dos pacientes e seus familiares aos tratamentos extra-hospitalares facilita o processo de desospitalização, sendo determinante para esse processo a organização das linhas de cuidado. Portanto, a implementação de ações gerenciais e resolutivas, conduzidas pelos serviços de saúde e pelas equipes multiprofissionais, é imprescindível para apoiar a transição do cuidado.

Isso inclui salvaguardar o acesso aos recursos materiais e físicos necessários, pois a limitação desses recursos frequentemente se configura como um obstáculo para oferecer um suporte adequado e eficaz durante esse processo (SILVA *et al.*, 2020, GONÇALVES, 2021). Relatos ilustram essa situação: “Às vezes demora para ser removido. Mas essa

demora às vezes depende das coisas que precisa em casa, tipo cama, aspirador, oxigênio, até mesmo a família”.

Esse depoimento evidencia barreiras logísticas que envolvem falta e/ou demora para providenciar equipamentos essenciais no domicílio, refletindo diretamente na capacidade de atender às demandas específicas do paciente. Além disso, desafios econômicos frequentemente agravam a situação, como ilustrado pela afirmação *“quando falta recurso financeiro também, por essa pessoa que está cuidando precisar deixar o seu trabalho”* (E4).

Este relato reforça a necessidade de reorganizar o ambiente domiciliar, de modo a viabilizar condições apropriadas para o cuidado, enquanto se promove o suporte socioeconômico às famílias (SILVA *et al.*, 2024). Portanto, superar barreiras requer estratégias integradas, às redes intersetoriais, que priorizem o acesso aos insumos necessários e a assistência social, com vistas a fortalecer o papel da AD como componente essencial dos sistemas de saúde.

A AD é uma modalidade de atenção à saúde oferecida no domicílio do paciente, composta por um conjunto de ações direcionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, cuidados paliativos e reabilitação. Esse modelo está integrado à RAS e, para seu desenvolvimento efetivo, é fundamental promover diálogos e fortalecer movimentos intersetoriais que possibilitem a formação de equipes e a implementação de práticas colaborativas com diferentes serviços (LIMA *et al.*, 2022).

Outra fragilidade nesse processo refere-se à identificação tardia dos pacientes para a abordagem paliativa e à falta de comunicação efetiva entre os profissionais. Esse contexto, sem dúvida, compromete o planejamento e a desospitalização, prejudicando a continuidade do cuidado domiciliar. Como destacado pelo entrevistado E4: *“Eu percebo que quando o paciente chega aos cuidados proporcionais, precisando ser desospitalizado, é um paciente [...] que já está em estado mais avançado do que deveria estar e que infelizmente já não consegue ganhar tantos cuidados [...]. Ai quando o paciente começa a ficar com aquela fase, bem final, que vão solicitar PAID [...] aí na maioria das vezes não chega nem a ir para casa para esses últimos dias para cuidados”.*

A comunicação inadequada e a falta de clareza quanto à abordagem paliativa também são evidentes: *“Muitas vezes o paciente fica internado 2, 3 dias a gente não sabe que ele é paliativo, entendeu? Aí depois até o médico falar, até a gente se adaptar [...]”* (E5). Esse atraso na identificação e na comunicação sobre a natureza paliativa contribui

para o agravamento da situação do paciente e dificulta a organização de cuidados adequados e oportunos no ambiente domiciliar.

Nesse sentido, uma comunicação eficiente entre profissionais é essencial para garantir a qualidade e a coordenação no cuidado. Problemas comunicacionais comprometem o manejo de sintomas, elevam o sofrimento do paciente, geram insatisfação dos familiares e levam ao uso ineficaz de recursos hospitalares. Por outro lado, uma abordagem comunicativa estruturada favorece a identificação precoce de sintomas, aprimora as intervenções terapêuticas e promove um cuidado mais humanizado e integrado (SILVA *et al.*, 2024).

Em face disso, adotar estratégias que aprimorem a comunicação entre equipes interdisciplinares e a identificação precoce de pacientes paliativos é essencial para assegurar a continuidade e a qualidade do cuidado.

Contudo, apesar das dificuldades, relatos destes entrevistados destacam iniciativas e valores positivos que sustentam o processo de desospitalização: *“Só vai sair da nossa instituição quando realmente tiver um local apropriado, com toda a segurança que visa à prioridade do tratamento via domiciliar”* (E2). *“Levar esse paciente com segurança para casa [...] a gente avaliar, ver a situação do paciente em casa, se ele vai estar seguro, para daí poder levar”* (E7).

Essa postura reflete uma preocupação genuína com a qualidade e segurança do cuidado no domicílio está alinhada com as estratégias de trabalho interdisciplinares. A organização de linhas de cuidado bem estruturadas e a integração entre serviços da RAS são destacadas como pilares para o sucesso da transição do cuidado (GONÇALVES, 2021, RANGEL, 2023, SILVA *et al.*, 2024). Essas práticas promovem a melhoria da assistência e fortalecem a confiança dos familiares no processo.

Essa análise destaca que a desospitalização é um processo complexo que exige estratégias sólidas nos âmbitos gerencial, educativo e assistencial. Entre as medidas estão capacitação de cuidadores, apoio social e financeiro, fortalecimento da equipe interdisciplinar, melhorias na comunicação paliativa e fluxos para planejamento eficiente da transição.

5. Contrarreferência: Uma estratégia para assegurar a efetividade, a integralidade e a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar

O sistema de referência e contrarreferência constitui um elemento fundamental na consolidação do SUS. Sua adequada estruturação é indispensável para viabilizar o encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de atenção à saúde dentro da RAS. A alta hospitalar é uma transição que busca garantir a continuidade dos cuidados, que não cessam com o retorno ao domicílio. Para isso, são essenciais estratégias que assegurem a segurança e a efetividade das intervenções, prevenindo a descontinuidade do cuidado (GONÇALVES, 2021). Ao serem indagados com a pergunta: "*Na sua opinião, a contrarreferência é adequada para assegurar a continuidade do cuidado? Por quê?*":

Acredito que é importante porque é uma segurança que temos. Que estamos fazendo um processo bem-feito, é importante e seguro para nós (E2).

Atualmente eu considero adequado (E3).

Acredito que seja adequado, porque eles vão vir avaliar [...]. Contrarreferência é muito importante para que eles saibam qual foi o processo que ele está passando e as necessidades (E4).

Sim, não. Muitas vezes mandamos o paciente e você sabe quem vai receber, como que vai ser em casa, como vai ser o cuidado no posto de saúde [...]. Então orientamos, fazemos um feedback, principalmente entre enfermeiros (E5).

A contrarreferência que o hospital manda eu acho péssimo. [...] eles deveriam mandar um resumo de alto para nós dizendo toda a história do paciente para a gente já conhecer [...] (E8).

A contrarreferência ela é adequada e muito necessária [...]. Considerando principalmente que o paciente, em geral, não permanece por muito tempo sobre os cuidados do PAID [...]. Então em alguns casos o paciente sai com uma condição crônica do hospital, é atendido nesse momento da transição, permanece estável, recebe alta para atenção primária [...] então é necessária essa comunicação com essa contrarreferência (E9).

Um entrevistado ressalta que a contrarreferência oferece segurança aos profissionais e ao processo assistencial, garantindo assistência adequada. Contudo, a visão da contrarreferência como controle da continuidade do cuidado carece de detalhes sobre sua aplicação prática. O entrevistado E4 aponta que a contrarreferência é importante para o serviço que recebe o paciente, neste caso, o PAID. Isso sugere uma compreensão da contrarreferência como uma ferramenta para a troca de informações.

Por sua vez, os entrevistados E5 e E7 mencionam que, apesar de compreender a importância da contrarreferência, existe uma lacuna em relação ao *feedback* após o encaminhamento. A resposta sugere que, embora a importância da contrarreferência seja

reconhecida, sua implementação na prática enfrenta desafios, especialmente no que tange à comunicação, particularmente entre os enfermeiros.

Os entrevistados reconhecem a importância da contrarreferência, mas apresentam observações genéricas, sugerindo desconhecimento operacional ou visão limitada do processo. As respostas carecem de detalhes que revelem uma compreensão mais prática e aprofundada dos desafios da implementação.

Indubitavelmente, a contrarreferência desempenha um papel fundamental na continuidade do cuidado, mas, para que seja efetiva, é necessário que os serviços envolvidos possuam protocolos bem definidos e que a comunicação entre os profissionais de saúde seja eficiente (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021). Destaca-se que a contrarreferência ainda não é formalizada entre os serviços da pesquisa, o que revela uma lacuna organizacional e processual, prejudicando a comunicação entre eles.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a desospitalização de pacientes em cuidados paliativos para a atenção domiciliar, embora reconhecida como uma prática benéfica e necessária, ainda enfrenta importantes fragilidades de ordem estrutural, organizacional e comunicacional. Os enfermeiros participantes destacaram o valor do cuidado domiciliar pela melhoria da qualidade de vida, conforto e humanização, mas também revelaram lacunas na formação técnico-científica, ausência de protocolos padronizados e dificuldades de integração entre os serviços hospitalares, SAD e APS.

A pesquisa revelou que a contrarreferência se constitui em ferramenta estratégica para assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado, porém sua aplicação prática ainda é limitada e pouco sistematizada. Nesse sentido, fortalecer fluxos de comunicação, elaborar instrumentos formais e investir em capacitação permanente dos enfermeiros são medidas essenciais para assegurar uma transição segura e efetiva do cuidado.

Pode-se inferir que, as estratégias e instrumentos utilizados pelos enfermeiros no processo de desospitalização e contrarreferência ainda carecem de sistematização e fortalecimento. A percepção desses profissionais aponta para a necessidade de consolidar práticas interdisciplinares, com protocolos claros e suporte intersetorial, a fim de promover uma atenção domiciliar que efetivamente assegure continuidade, segurança e dignidade, em especial, aos pacientes em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; CÂMARA, C. E.; WEBER, L. A. F., FONTENELE, R. M. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: Realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife**, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: mai. 2024.
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: Avanços e dificuldades. **Psicol. Cienc. Prof**, v. 42, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>. Acesso em: nov. 2024.
- ARANTES, A. C. L. Q. A morte é um dia que vale a pena viver. 1ª ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016.
- BAIER, A. L.; MONTESSI, J. M.; RIBEIRO, G. S., PIFFER D. M. A Rede de Atenção à Saúde (RAS): Um estudo descritivo da estruturação e organização dos serviços de saúde em Nova Mamoré/RO. **Revistaft**, v. 28, n. 129, p. 96, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10408396>. Acesso em: mar. 2024.
- BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, 2016.
- BASÍLIO, A. V. N. *et al.* Humanização na assistência à pacientes sob cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-341>. Acesso em: nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825/2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510/2016**. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: jun.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3/2017** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: fev. 2024.
- BRASIL. **Serviços e Informações do Brasil**. As Redes de Atenção à Saúde. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>. Acesso em: mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.005/2024**. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em: abr. 2024.
- CAIXETA, D. E. S. *et al.* Ações de Referência e Contrarreferência para a transição do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12944.2023>. Acesso em: abr. 2024.
- COSTA, M. F. B. N. A.; OLIVEIRA, L. S.; SANTOS, J. L. G., LANZONI, G. M. M. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518>. Acesso em: nov. 2024

GHENO, J.; WEIS, A. L. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Acesso em: nov. 2024.

GONÇALVES, I. J. Condicionantes para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da Teoria de Afaf Meleis. **Dissertação**. Salvador; 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36332>. Acesso em: nov. 2024.

LIMA, A. C. B. *et al.* Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3003, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3003](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3003). Acesso em: dez. 2024.

MENEZES, T. M. O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>. Acesso em: out. 2024.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 26 ed. **Petrópolis: Vozes**, 2007.

MIRA, R.; NEWTON, T.; SABBAH, W. Inequalities in the progress of multiple chronic conditions: A systematic review of longitudinal studies. **PLOS ONE**, v. 17, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263357>. Acesso em: abr. 2024.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A.; SOUZA, M. K. B. Open-access Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis**, v. 31, n. 01, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: dez. 2024.

OLIVEIRA, L. S.; COSTA, M. F. B. N. A.; HERMIDA, P. M. V.; ANDRADE, S. R. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Esc. Anna. Nery**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>. Acesso em: nov. 2024

OLIVEIRA, L. R.; D'INNOCENZO, M. Descrição do modelo de serviço de desospitalização de um hospital privado no município de São Paulo. **Nursing Edição Brasileira**, v. 28, n. 316, p. 10162-10170, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i316p10162-10169>. Acesso em: dez. 2024.

OTTONI, M.A.M. Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais. **Tese**. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), 2020. Disponível em: <https://repositorio.unimontes.br/handle/1/1193>. Acesso em: abr. 2024

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. **Portaria nº 025/2024**. Designar a Comissão de Pacientes Paliativos do Paciente Adulto do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. 2024. Disponível em: Acesso em: abr. 2024.

PICOLLO, D. P.; FACHIN, M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 27, n. 2, p. 85-92, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>. Acesso em: nov. 2024.

PRIM, C. R. *et al.* Campanha: 16 passos para a desospitalização segura. **Braspen Journal**, v. 38, n. 3, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2023.38.3.01>. Acesso em: jul. 2024.

RANGEL, M. L. S. V. Process of dehospitalization and home care in Brazil and its associated factors. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40793>. Acesso em: dez. 2024.

RORATO, C. Cuidados de transição entre unidades intra-hospitalares como estratégia para continuidade do cuidado. **Dissertação**. Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, 2021. Disponível em: <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=128469&idprograma=40001016073P0&a nobase=2021&idtc=3>. Acesso em: nov. 2024.

ROSSETTO, V.; TOSO, B. R. G. O.; RODRIGUES, R. M. Open-access Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. **Rev Bras Enferm**, v. 73, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0310>. Acesso em: abr. 2024.

SARMENTO, W. M. *et al.* Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3805>. Acesso em: nov. 2024.

SILVA, R. A. E. *et al.* Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474>. Acesso em: nov. 2024.

SILVA, M. S. *et al.* Importância da comunicação interdisciplinar no manejo de sintomas em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Revista Foco**, v. 17, n. 10, p. 01-17, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n10-159>. Acesso em: dez. 2024.

SOUZA, A. C. C.; SILVA, A. L. B, LEITE; I. C. M., LOUREIRO, R. S. *et al.* Planejamento de alta hospitalar na visão da enfermeira: relato da experiência. **Revista PRÓ-UNIVERSUS**, v. 14, n. 3, p. 122-127, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.14i3.3554>. Acesso em: out. 2024.

THOMAZ, C. S. Análise de custo de pacientes em tratamento de antibioticoterapia no domicílio. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/225211?show=full>. Acesso em: nov. 2024.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>. Acesso em: mai. 2024.

VIDOTTO, P. C. *et al.* Cost of oncological palliative care in home care service: integrative review. **Journal of Nursing Pensar Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 110-118, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.278>. Acesso em: jul. 2024.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M.; MARQUES, G. Q. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: dez. 2024.

WEHWMEISTER, F. C.; WENDT, A. T.; SARDINHA, L. M. V. Iniquidades e Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>. Acesso em: dez. 2024.