

Artigo Original

Soares QH, Moraes MAA, Cazañas EF, Lazarini CA, Higa EFR.

Alta Hospitalar Responsável: representação social dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250133.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250133.pt>

Alta Hospitalar Responsável: representação social dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde

Responsible safe discharge: social representation of primary health care nurses

Alta hospitalaria responsable: representación social de los enfermeros de la atención primaria de salud

Querem-Hapuque Soares ^a <https://orcid.org/0009-0007-3335-4269>

Magali Aparecida Alves de Moraes ^a <https://orcid.org/0000-0001-5888-1638>

Eduardo Fuzzeto Cazañas ^b <https://orcid.org/0000-0002-9711-501X>

Carlos Alberto Lazarini ^a <https://orcid.org/0000-0003-3010-4436>

Elza de Fátima Ribeiro Higa ^a <https://orcid.org/0000-0001-5772-9597>

^a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Marília, São Paulo, Brasil.

^b Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), Faculdade de Enfermagem, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Soares QH, Moraes MAA, Cazañas EF, Lazarini CA, Higa EFR. Alta Hospitalar Responsável: representação social dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250133. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250133.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender a representação social dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o processo de Alta Hospitalar Responsável.

Método: Pesquisa qualitativa, fundamentada teoricamente nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais, realizada entre junho e outubro de 2024, em município do Oeste Paulista, com 16 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestruturadas remotas, e a análise, pelo Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Os enfermeiros compreendiam a Alta Hospitalar Responsável como essencial para garantir a continuidade do cuidado, destacando a corresponsabilidade entre hospital, família e atenção primária. Ademais, apontaram fragilidades na comunicação entre os serviços e a necessidade de prontuário eletrônico integrado, padronização dos processos de alta e capacitação dos cuidadores. Essas percepções foram organizadas em três ideias centrais: corresponsabilidade no cuidado (62,5%); comunicação por e-mail e contrarreferência (37,5%); e necessidade de prontuário eletrônico, planejamento da alta e preparo dos cuidadores (37,5%).

Conclusão: Para os enfermeiros, a Alta Hospitalar Responsável é crucial para continuidade do cuidado, mas exige melhor comunicação entre os níveis de atenção à saúde e o uso de tecnologias integradas para efetividade.

Descritores: Planejamento da alta; Atenção primária à saúde; Continuidade da assistência ao paciente; Alta do paciente; Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the social representation of Primary Health Care nurses regarding the process of Responsible Safe Discharge.

Method: Qualitative research, theoretically grounded in the assumptions of the Theory of Social Representations, conducted between June and October 2024 in a municipality in western São Paulo State, with 16 Primary Health Care nurses. Data were collected through remote semi-structured interviews and analyzed using the Collective Subject Discourse technique.

Results: Nurses understand Responsible Safe Discharge as essential to ensuring continuity of care, emphasizing the shared responsibility among hospital, family, and primary care. They highlighted weaknesses in communication between services and the need for an integrated electronic health record, standardized discharge processes, and caregiver training. These perceptions were organized into three central ideas: shared responsibility in care (62.5%); communication through email and counter-referral (37.5%); and the need for an electronic health record, discharge planning, and caregiver preparation (37.5%).

Conclusion: For nurses, Responsible Safe Discharge is crucial for care continuity but requires better communication between levels of health care and the use of integrated technologies to ensure its effectiveness.

Descriptors: Patient discharge; Primary health care; Continuity of patient care; Patient discharge; Integrality in health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la representación social de los enfermeros de la Atención Primaria de Salud sobre el proceso de Alta Hospitalaria Responsable.

Método: Investigación cualitativa, fundamentada teóricamente en los presupuestos de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada entre junio y octubre de 2024 en un municipio del oeste del estado de São Paulo, con 16 enfermeros de la Atención Primaria de Salud. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas remotas y se analizaron a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo.

Resultados: Los enfermeros comprenden la Alta Hospitalaria Responsable como esencial para garantizar la continuidad del cuidado, destacando la corresponsabilidad entre el hospital, la familia y la atención primaria. Señalaron debilidades en la comunicación entre los servicios y la necesidad de una historia clínica electrónica integrada, la estandarización de los procesos de alta y la capacitación de los cuidadores. Estas percepciones se organizaron en tres ideas

centrales: corresponsabilidad en el cuidado (62,5%); comunicación por correo electrónico y contrarreferencia (37,5%); y necesidad de historia clínica electrónica, planificación del alta y preparación de los cuidadores (37,5%).

Conclusión: Para los enfermeros, la Alta Hospitalaria Responsable es fundamental para la continuidad del cuidado, pero requiere una mejor comunicación entre los niveles de atención en salud y el uso de tecnologías integradas para su efectividad.

Descriptores: Alta del paciente; Atención primaria de salud; Continuidad de la atención al paciente; Alta del paciente; Integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

Ao reunir ações e serviços públicos organizados em rede, o Sistema Único de Saúde (SUS) visa proteger e recuperar a saúde da população brasileira, com base nos princípios da descentralização e participação social. A assistência é organizada em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Apesar dos avanços, ainda se observam desafios relacionados à fragmentação dos serviços e à dificuldade de acesso, o que compromete a continuidade do cuidado e favorece a sobrecarga, especialmente em unidades de alta complexidade^(1,2).

Dos principais desafios, destaca-se a fragilidade na comunicação entre os serviços de saúde, marcada pela ausência de treinamento específico dos profissionais, pela sobrecarga de trabalho e por limitações na articulação interprofissional. Esses fatores comprometem a continuidade do cuidado e dificultam a adesão dos usuários aos tratamentos. Nesse contexto, a comunicação interinstitucional entre a Atenção Terciária e a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um dos maiores entraves à integralidade da assistência, refletindo a fragmentação do sistema. Diante disso, a Alta Hospitalar Responsável (AHR) apresenta-se como estratégia essencial para superar essas barreiras, ao promover a troca qualificada de informações e a coordenação efetiva entre os diferentes níveis de atenção^(3,4).

A AHR emerge como estratégia para assegurar a continuidade do tratamento, articulando a transição segura dos pacientes entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽⁵⁾. Diferencia-se das demais modalidades, pois não se restringe à decisão de liberar o paciente do ambiente hospitalar. Trata-se de processo sistêmico, planejado e integral, iniciado, ainda, durante a internação, que envolve avaliação multidimensional do paciente, planejamento antecipado da alta, educação de pacientes e familiares, comunicação estruturada entre serviços e garantia do primeiro retorno ambulatorial ou domiciliar. Mais do que um desfecho administrativo da internação^(6,7), a AHR busca fortalecer a autonomia de pacientes e cuidadores, promovendo treinamentos e capacitações

que favoreçam o autocuidado, sobretudo, entre aqueles em situação de maior vulnerabilidade, como indivíduos com doenças crônicas^(8,9).

Nesse processo, a APS assume papel central como coordenadora da RAS, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, articulando-se com todos os níveis de cuidado. A interação entre a APS e a Atenção Terciária, por meio da estratégia da AHR, potencializa a continuidade do cuidado, seja de forma vertical entre diferentes níveis, seja de maneira horizontal, em colaboração com serviços comunitários e sociais⁽¹⁰⁾.

Essa realidade está presente de forma sistematizada e robusta em outros países. Portugal adotou o modelo de AHR, defendendo a ideia de que a conexão do indivíduo depende da transição desses cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo a qualidade de vida e segurança dele. Na Espanha, esse processo começa dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois a complexidade da alta pode ser percebida nesse ambiente, em que a equipe multidisciplinar trabalha em prol do empoderamento do cuidado, que será executado pelo paciente ou pela família, após a alta hospitalar. No Brasil, iniciativas nessa área geram propostas, como a articulação entre a Atenção Terciária e os pontos da RAS, para garantir o cuidado apoiado por profissional da APS, em virtude da necessidade de gerenciamento de caso para usuários com questões complexas. Além de atendimento abrangente por meio da Clínica Ampliada para todo o cuidado e tecnologias que apoiem esse momento delicado de vida ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Essa discussão insere-se no conceito de desospitalização, que, embora relacionado à AHR, amplia a perspectiva, ao enfatizar a humanização do processo de saída hospitalar. A prática da desospitalização, pautada nos princípios da humanização, ultrapassa a perspectiva de aliviar a superlotação hospitalar. Trata-se de movimento que visa assegurar a continuidade do cuidado de forma integral, respeitando as necessidades de cada paciente e articulando diferentes pontos de atenção da RAS⁽¹⁰⁾. Nessa perspectiva, o cuidado domiciliar é um recurso indispensável, realizado por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, entre outros profissionais da saúde⁽⁵⁾.

Embora os hospitais sejam centros de alta densidade tecnológica, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) tem por objetivo atuação integrada à APS e aos demais serviços da RAS, para romper com a fragmentação e promover a continuidade do cuidado⁽⁵⁾. A implementação de altas hospitalares planejadas deve envolver múltiplas áreas e ser construída de forma precoce, considerando o paciente e a família como participantes ativos no processo de cuidado, que devem ser assistidos de maneira integral⁽⁷⁾.

O cuidado integral previsto na Constituição Federal de 1988 e o Princípio da Integralidade, na Lei nº 8.080/90, fundamentam a organização do SUS, garantindo que ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação sejam ofertadas de maneira integrada e contínua, respeitando a complexidade de cada sujeito. Assim, o cuidado integral na APS reforça a promoção da saúde, o respeito à singularidade e a autonomia dos usuários. Entretanto, a consolidação da integralidade no SUS exige respostas cada vez mais estruturadas, diante do aumento das doenças crônicas, que demandam acompanhamento contínuo e articulado^(14,15).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cada vez mais prevalentes, trazem impactos significativos para a qualidade de vida e os sistemas de saúde, sendo responsáveis por altas taxas de mortalidade e internações prolongadas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Nesse contexto, a AHR mostra-se, ainda, mais crucial, garantindo que a transição para o domicílio seja segura para pacientes em condições complexas.

Dessa forma, o aumento das DCNT, no Brasil e no mundo, impacta diretamente os serviços de saúde e a qualidade de vida da população. A continuidade do cuidado requer comunicação eficiente entre diferentes setores, incluindo a integração entre os níveis primário e terciário, porém desafios, como a escassez de recursos e a fragmentação do sistema de saúde, dificultam a transição dos pacientes do hospital para o cuidado domiciliar⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Esse movimento está respaldado na literatura, que define a Transição do Cuidado (TC) como o conjunto de ações planejadas para coordenação e continuidade da assistência, desde a admissão até a alta hospitalar e entre os diferentes serviços de saúde. A transição do cuidado é um período frágil, especialmente para pessoas com doenças crônicas, mas a adoção de estratégias de TC demonstrou impacto positivo na redução de complicações pós-alta e na continuidade da assistência. Estudo com pacientes que vivem com doenças crônicas, por exemplo, evidenciou que melhor preparo para o autogerenciamento está relacionado a menores índices de reinternação em 30 dias após a alta ^(18,19).

Pacientes em condições de maior gravidade enfrentam riscos aumentados de reinternação e complicações após a alta, muitas vezes, agravados pela ausência de um elo estruturado entre o hospital, a rede de serviços e a família. A AHR é essencial para apoiar o autocuidado, preparar o ambiente domiciliar e garantir que o acompanhamento pós-alta seja efetivo. Assim, torna-se imprescindível a atuação de profissionais que assumam a condução desse processo, assegurando a integração entre hospital, família e a RAS⁽²⁰⁻²²⁾.

Como profissional que atua transversalmente na rede, o enfermeiro possui competências essenciais para gerenciar a AHR, incluindo liderança, habilidades técnicas, gestão do cuidado e comunicação eficaz⁽²³⁾.

Diante do exposto, esta pesquisa se propôs a responder à questão: qual a representação social dos enfermeiros da APS sobre a Alta Hospitalar Responsável? Para tanto, o estudo fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS)⁽²⁴⁻²⁶⁾, que oferece suportes para compreender como grupos constroem e partilham saberes sobre um objeto, orientando a construção do projeto, do instrumento de coleta e da análise dos dados.

Dessa maneira, objetivou-se compreender a representação social dos enfermeiros da APS sobre o processo de AHR.

Assim, o estudo poderá contribuir para o fortalecimento de práticas que garantam a continuidade do cuidado, de modo a orientar estratégias mais efetivas, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada teoricamente nos pressupostos da TRS de Moscovici⁽²⁴⁻²⁶⁾, a qual orientou toda a construção do projeto, bem como a elaboração do instrumento de coleta de dados. A TRS foi adotada como referencial teórico, oferecendo subsídios para compreender como os enfermeiros constroem e compartilham saberes sobre a AHR, a partir de conceitos centrais e dos processos de ancoragem e objetivação.

A pesquisa foi estruturada, tendo em vista as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), instrumento composto por 32 itens, que visa transparência, completude e rigor metodológico, com objetivo de orientar a descrição de pesquisas qualitativas⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Esta pesquisa foi desenvolvida em município de grande porte, localizado no extremo Oeste Paulista, pertencente à Direção Regional de Saúde XI (DRS XI). A APS no município é composta por 25 Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), cada uma atendendo, em média, a 4.500 pessoas, resultando em cobertura aproximada de 33,6% da população. O município não possui gestão plena da saúde municipal, desde 2004, sendo que os serviços hospitalares são administrados pelo Estado. Esse cenário impacta na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), destacando-se a ausência do Programa Melhor em Casa e fragilidades no cuidado pós-alta hospitalar, o que impulsionou a implementação da AHR⁽³⁰⁾.

A amostragem foi do tipo proposital, composta pelos participantes da APS que vivenciavam o fenômeno estudado e poderiam contribuir significativamente sob os diversos

ângulos da AHR^(31,32). Participaram desta pesquisa 16 enfermeiros (do total de 25) atuantes na APS, em Unidades de Saúde da Família, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família há, no mínimo, seis meses e ter participado do processo de AHR, fosse por meio do envio de documentos, de comunicação telefônica ou via aplicativo de mensagens. Foram excluídos os enfermeiros em período de férias ou afastamento, no momento da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2024, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, previamente agendadas e conduzidas de forma remota, utilizando a plataforma *Google Meet*®, com gravação das falas para posterior transcrição literal, com média de 8,25 minutos. As entrevistas atenderam às orientações da Carta Circular n.01/2021, para procedimentos de pesquisa desenvolvidos em ambiente virtual⁽³³⁾ e foram conduzidas por uma enfermeira mestranda, habilitada em Ensino em Saúde, que tinha conhecimento do contexto, mas sem vínculo profissional hierárquico com os participantes.

O instrumento de coleta foi composto pela caracterização sociodemográfica: iniciais do nome, idade, sexo, cidade de atuação, formação acadêmica e tempo de atuação na equipe, e três questões abertas, que buscaram identificar a Representação Social dos enfermeiros sobre a Alta Hospitalar Responsável: 1. Você pode falar sobre sua compreensão da Alta Hospitalar Responsável? 2. Como ocorre a articulação entre o hospital e a atenção básica para continuidade do cuidado domiciliar? 3. Você tem sugestões para melhoria da Alta Hospitalar Responsável?

Antes da coleta definitiva, o roteiro de entrevista foi submetido à avaliação por especialistas e aplicado em duas entrevistas-piloto para ajustes de clareza e adequação. Os dados das entrevistas-piloto (com duas enfermeiras do mesmo contexto em que a pesquisa foi realizada) foram incorporados à análise final, uma vez que não houve necessidade de mudança no instrumento. Destaca-se que a pesquisadora foi preparada para realização das entrevistas.

A análise dos dados foi orientada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽³⁴⁾, desenvolvida à luz dos pressupostos teóricos da TRS, ao buscar reconstituir, a partir de depoimentos individuais, representações coletivas, por meio de discursos-síntese, em primeira pessoa do singular, considerando a importância de compreender a representação social dos enfermeiros da APS sobre o processo de AHR.

O DSC parte da síntese de depoimentos individuais em narrativas coletivas, articuladas em primeira pessoa do singular, dando voz a um sujeito coletivo, portador de um

pensamento compartilhado, cuja operacionalização desdobra-se em cinco etapas sequenciais e interdependentes.

Etapa 1- obtenção dos depoimentos: corresponde à fase de coleta de dados empíricos, realizada predominantemente por meio de entrevistas semiestruturadas ou questões abertas em instrumentos de pesquisa. O objetivo é fomentar, junto à amostra selecionada, um corpus discursivo amplo e diversificado sobre o objeto de estudo, garantindo a fidedignidade da matéria-prima para análise⁽³⁴⁾.

Etapa 2- redução do material discursivo: procede-se à análise vertical de cada depoimento, visando desmontagem e identificação de núcleos de sentido. Nesta etapa, são extraídas as Expressões-Chave (ECH), definidas como segmentos literais do discurso, que concentram a essência do conteúdo emitido pelo sujeito, desprovidos de redundâncias e divagações ⁽³⁴⁾.

Etapa 3- identificação das Ideias Centrais (IC): realiza-se análise horizontal e interpretativa das ECH. O pesquisador, mediante exercício de abstração, traduz o conteúdo de cada expressão-chave em uma Ideia Central (IC). Trata-se de formulação concisa e denotativa, frequentemente, de caráter nominativo, que evidencia o significado, seja ele oculto ou evidente, de uma ou mais ECH ⁽³⁴⁾.

Etapa 4- Categorização: as ideias centrais identificadas são subsequentemente agrupadas com base em equivalência semântica e convergência temática. Este processo de categorização permite a organização do corpus em eixos analíticos coerentes, revelando os consensos, as divergências e a prevalência de certas representações no interior do coletivo investigado⁽³⁴⁾.

Etapa 5- construção dos Discursos do Sujeito Coletivo: etapa final de análise síntese. Para cada categoria homogênea de ideias centrais, constrói-se um DSC. Esta construção consiste na justaposição e articulação lógica das expressões-chave pertencentes àquela categoria, redigidas em primeira pessoa do singular. O resultado é um discurso-síntese coeso e fluido, que personifica, de maneira tangível, a voz coletiva do grupo social em foco⁽³⁴⁾.

Para garantir a fidedignidade da análise, o processo de identificação de ECH, IC e AC foi realizado por três pesquisadores diferentes, com posterior discussão para consenso.

A discussão dos dados obtidos foi embasada nas principais diretrizes da AHR, nos pressupostos da TRS e na legislação vigente sobre a temática⁽²⁴⁻²⁶⁾.

O estudo atendeu às determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁽³⁵⁾, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, conforme

Parecer nº 6.735.809 e CAAE 77251624.5.0000.5413. A coleta de dados foi iniciada após a obtenção do parecer favorável do CEP.

RESULTADOS

Da totalidade de 25 enfermeiros convidados, vinculados à Secretaria Municipal da Saúde, dezesseis participaram da pesquisa, todos pertencentes às Estratégias Saúde da Família, codificados em ENF1 ao ENF 16. O perfil sociodemográfico dos enfermeiros revelou média de idade de 46 anos, com predominância do sexo feminino. Em relação à formação acadêmica, destacaram-se os títulos de mestrado, especialização em enfermagem obstétrica e graduação em direito. O tempo médio de atuação na APS foi de 13 anos.

As mensagens emitidas pelos 16 participantes subsidiaram a estruturação dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Quadro 1. A análise das falas evidenciou que os enfermeiros ancoraram a AHR, principalmente, em representações consolidadas sobre continuidade do cuidado e corresponsabilidade. A ausência de ancoragens em conceitos novos ou disruptivos sugere que a AHR era percebida mais como extensão das boas práticas de enfermagem do que como mudança de paradigma, o que constitui achado relevante para discussão.

Quadro 1 – Expressões-Chave, Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo da representação social dos enfermeiros da APS sobre a alta hospitalar responsável. São Paulo, Marília, Brasil, 2025.

Expressões-Chave	Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
"garantir a continuidade do cuidado", "responsabilidade compartilhada", "informações detalhadas são essenciais", "vínculo fortalecido", "cuidados contínuos e humanizados"	Continuidade do cuidado com corresponsabilidade entre hospital, família e atenção básica.	<i>Compreendo a alta hospitalar responsável como um processo que garante a continuidade do cuidado iniciado no hospital. Esse cuidado se estende ao domicílio, onde a família, junto com os profissionais da atenção básica, assume a responsabilidade pelo paciente. É um momento em que informações detalhadas, como diagnósticos, procedimentos realizados e orientações, são essenciais, para que eu possa me sentir seguro em dar seguimento ao tratamento. Sei que é uma corresponsabilidade entre o hospital, a atenção básica e a família, e é fundamental que o vínculo entre essas partes seja fortalecido para que os cuidados sejam contínuos e humanizados, atendendo principalmente pacientes com necessidades mais complexas e específicas. (ENF1, ENF2, ENF6, ENF10 - ENF16)</i>
"articulação por e-mails", "contrarreferências entregues pelos"	Comunicação via e-mail e contrarreferências para organizar o	<i>Considero que a articulação entre o hospital e a atenção básica é feita, em grande parte, por meio de e-mails e contrarreferências entregues diretamente pelos familiares ou enviados pela</i>

familiares", "fluxo de informações essencial", "comunicação não é uniforme", "entrega tardia", "falta de retorno", "contato prévio ajuda a preparar"	cuidado domiciliar.	<i>equipe hospitalar. Esse fluxo de informações é essencial, para que eu possa organizar as visitas domiciliares e planejar os cuidados necessários. Ainda assim, percebo que a comunicação não é uniforme entre todas as instituições e que existem desafios, como a entrega tardia de informações ou a falta de retorno por parte de algumas unidades hospitalares. Quando funciona, o contato prévio me ajuda a preparar o ambiente e a equipe para receber o paciente, garantindo que as suas necessidades imediatas sejam atendidas. (ENF4, ENF5, ENF7 - ENF9, ENF13)</i>
"sistema unificado", "prontuário eletrônico integrado", "altas planejadas", "evitar saídas no final de semana", "capacitação dos familiares", "canal de comunicação direto", "reuniões conjuntas"	Prontuário integrado, planejamento de altas e capacitação de cuidadores.	<i>Acredito que o fortalecimento da comunicação entre hospital e atenção básica é crucial. Um sistema unificado, como um prontuário eletrônico integrado, facilitaria muito essa troca de informações. Também, penso que altas hospitalares deveriam ser planejadas para evitar saídas no final de semana, o que dificulta a articulação imediata do cuidado. É importante que haja capacitação dos familiares e identificação clara de um cuidador responsável antes da alta. Além disso, seria ideal um canal de comunicação direto e ágil, como WhatsApp®, para resolver dúvidas rapidamente. Por fim, vejo a necessidade de reuniões conjuntas entre os níveis de atenção para discutir melhorias e garantir que as informações sobre os pacientes sejam completas, detalhadas e acessíveis. (ENF2, ENF3, ENF6, ENF8, ENF10, ENF13)</i>

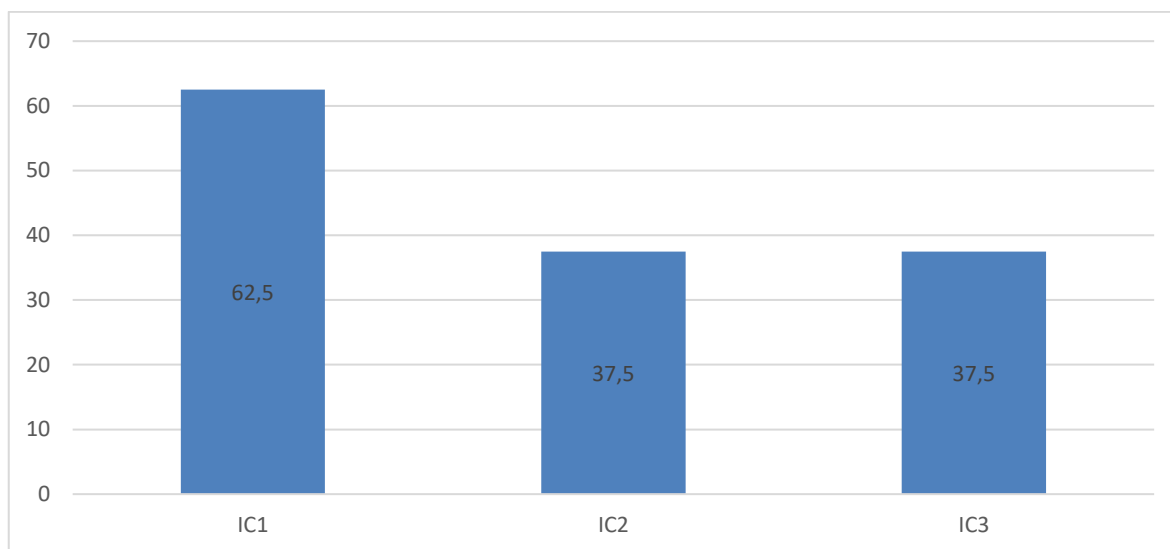
Fonte: Elaboração própria, 2025.

As Ideias Centrais (IC) dos enfermeiros estão apresentadas quantitativamente na Tabela 1, com base nas respostas obtidas nas entrevistas. A análise revelou forte consenso em torno da importância da corresponsabilidade, porém nuances e contradições foram observadas: enquanto o discurso coletivo idealizou comunicação efetiva, as ECH individuais, frequentemente, expressavam frustração com a falta de padronização e a dependência de meios informais, indicando lacuna entre a representação idealizada da AHR e a realidade prática vivenciada.

Tabela 1 - Resultados quantitativos das IC obtidas a partir das três perguntas. São Paulo, Marília, Brasil, 2025

Ideia Central	Número de Respostas	Percentual (%)
1.Continuidade do cuidado com corresponsabilidade entre hospital, família e atenção básica	10	62,5
2.Comunicação via e-mail e contrarreferências para organizar o cuidado domiciliar	6	37,5

Gráfico 1- Resultados quantitativos das IC obtidas a partir das três perguntas. Marília, São Paulo, Brasil, 2025



Fonte: Elaboração própria por meio da ferramenta *Excel*®⁽³⁶⁾.

A análise dos discursos revelou que a maioria dos enfermeiros destacou a importância da continuidade do cuidado após a alta, enfatizando que o processo de AHR deve envolver trabalho conjunto entre o hospital, a APS e a família. A continuidade do cuidado não deve se encerrar com a saída do paciente do hospital, mas deve se estender ao domicílio, especialmente em casos de pacientes com necessidades complexas.

A comunicação entre os serviços de saúde, embora essencial, foi identificada como fator crítico, com 37,5% dos entrevistados mencionando a necessidade de melhorar o fluxo de informações, que, muitas vezes, é fragmentado ou tardio.

A implementação de prontuários eletrônicos integrados foi sugerida como solução para melhorar a troca de informações, enquanto a capacitação de cuidadores e a identificação formal de um responsável pela família se destacaram como aspectos fundamentais para eficácia do cuidado domiciliar.

As sugestões de aprimoramento incluíram a padronização dos processos de alta, a melhoria na comunicação entre os serviços e a realização de capacitações para os cuidadores, visando garantir que os pacientes recebam cuidados adequados após a alta.

Os enfermeiros entrevistados consideraram a AHR como processo essencial para garantir a continuidade do cuidado, estendendo as responsabilidades do hospital para o ambiente domiciliar. A corresponsabilidade entre o hospital, a família e os profissionais da APS foi amplamente destacada. De acordo com os entrevistados, a comunicação entre o hospital e a APS era realizada, principalmente, por e-mail ou cartas de encaminhamento entregues pelos pacientes. Contudo, identificou-se que, frequentemente, esses métodos resultam em inconsistências, com relatos de informações incompletas ou atrasadas, prejudicando o planejamento e a execução do cuidado pós-alta. Além disso, os participantes destacaram a importância de abordagem sistemática para a alta, com relatórios detalhados, comunicação proativa e preparação prévia dos cuidadores. Casos envolvendo pacientes com necessidades complexas, como nutrição enteral, cuidados com feridas ou terapia com oxigênio, foram apontados como particularmente desafiadores, devido à preparação insuficiente da família e à variabilidade na qualidade da comunicação de alta.

Outro ponto identificado foi a falta de uniformidade entre os hospitais no processo de alta: enquanto algumas instituições forneciam relatórios detalhados, por meio de comunicação eletrônica, outras dependiam de métodos informais, como telefonemas ou relatórios entregues pelos familiares, resultando em lacunas no cuidado. Foi sugerida a necessidade de educação dos cuidadores e a identificação formal de um membro responsável da família para evitar mal-entendidos ou negligência no cuidado domiciliar.

Para melhorar o processo e a coordenação, os enfermeiros sugeriram a implementação de um sistema integrado de prontuário eletrônico, a padronização dos processos de alta entre as instituições e o agendamento de altas, durante os dias úteis. Além disso, destacaram a importância da colaboração multidisciplinar e do treinamento dos cuidadores para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado após a alta.

DISCUSSÃO

A AHR é reconhecida como componente importante para continuidade do cuidado, exigindo a articulação entre hospital, APS e família⁽³⁷⁾. Sob a ótica da TRS, compreende-se que esse processo é construído por significados compartilhados entre os atores envolvidos, influenciando práticas e impactando diretamente a efetividade da transição do cuidado⁽²⁴⁾. Os discursos coletivos revelaram que a representação social da AHR pelos enfermeiros esteve ancorada em valores fundamentais da enfermagem, como a continuidade do cuidado e o trabalho em equipe, mas também evidenciaram tensões inerentes à fragmentação do sistema de saúde.

No presente estudo, observou-se que a continuidade do cuidado com corresponsabilidade entre hospital, família e APS foi a ideia central mais frequente entre os enfermeiros participantes. Nesse contexto, a corresponsabilidade refere-se ao compartilhamento de deveres, decisões e ações voltadas à segurança e à integralidade do cuidado pós-alta, reconhecendo que o acompanhamento do paciente é um processo coletivo, que demanda comunicação efetiva e cooperação entre os diferentes níveis de atenção e os cuidadores familiares⁽³⁸⁾.

Essa percepção demonstra a consciência dos profissionais sobre a necessidade de integração entre os níveis assistenciais, mas a prática ainda se mostra distante do ideal, uma vez que a comunicação entre os serviços é fragmentada e a articulação entre hospital e APS é insuficiente. Essa realidade dialoga com outros achados apontados na literatura, em que a ausência de integração compromete a continuidade assistencial, principalmente para pacientes com demandas complexas^(39,40).

A literatura corrobora que a fragmentação do cuidado afeta a integralidade da atenção a pacientes com doenças crônicas que, frequentemente, precisam de acompanhamento contínuo e especializado após a alta, mas encontram dificuldades de acesso e articulação entre os serviços da RAS⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Nesse sentido, a TRS permite compreender que os enfermeiros objetivam a AHR como “processo de corresponsabilidade”, transformando um conceito abstrato em práticas concretas de troca de informações e divisão de responsabilidades. Ao mesmo tempo, observou-se a ancoragem dessa representação em práticas tradicionais da enfermagem, como o vínculo com a família e a valorização da comunicação, que funcionam como referenciais consolidados para interpretar a AHR.

No município investigado, a inexistência do Programa Melhor em Casa⁽⁴³⁾ e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁽⁴⁴⁾ agrava ainda mais a descontinuidade do cuidado pós-alta. Essa fragilidade compromete a efetividade da RAS e evidencia a lacuna entre a alta hospitalar e o acompanhamento no domicílio. A história da instituição - fundada como hospital universitário e, posteriormente, convertida em hospital regional - também contribui para essa desarticulação, uma vez que a perda da gestão plena e a mudança de perfil de atendimento ampliaram o número de municípios atendidos, sem a correspondente adaptação dos fluxos assistenciais⁽⁴⁵⁾. A partir da TRS, essa lacuna se expressa no discurso dos enfermeiros como núcleo central que valoriza a continuidade do cuidado, mas que convive com elementos periféricos, marcados pela improvisação e dependência de soluções informais, como o uso de e-mails e aplicativos de mensagens. Este contexto histórico-político

é importante para ancorar a representação social identificada, explicando porque a comunicação se tornou um obstáculo crítico na representação dos enfermeiros.

A comunicação por e-mails e contrarreferências físicas, descrita pelos enfermeiros participantes como principal meio de articulação, revelou a ausência de padronização e a improvisação de fluxos de informação. Esse achado indica que, enquanto a objetivação da AHR como “processo de corresponsabilidade” está consolidada, a comunicação aparece como elemento periférico, passível de transformação, por meio da introdução de novas tecnologias e protocolos. Essa prática reflete representações sociais que reconhecem a alta hospitalar como processo isolado e não integrado aos demais níveis de atenção. De forma semelhante, estudos realizados na Espanha apontam que representações sociais mais voltadas para a continuidade do cuidado favorecem a criação de protocolos claros e o uso de tecnologias para qualificar a comunicação na alta hospitalar⁽⁴⁶⁾. A sugestão de uso de aplicativos de plataformas digitais de comunicação, presentes no DSC, objetiva a AHR, em busca de uma comunicação ágil e familiar, mas também revela a carência de ferramentas formais e institucionalizadas, sendo solução informal, ancorada no cotidiano.

Embora o uso de ferramentas digitais, como e-mails e aplicativos de mensagens instantâneas, tenha sido sugerido como alternativa para melhorar a comunicação^(38,39,47), o presente estudo alerta para um problema: essas tecnologias, se usadas de forma isolada, podem reforçar práticas superficiais de comunicação, sem garantir a troca efetiva de informações clínicas relevantes. Essa limitação é agravada pela falta de corresponsabilidade entre os entes federativos, isto é, a ausência de definição clara sobre quem responde pela continuidade do cuidado entre Estado, município e família, gerando percepção difusa sobre o responsável pelo cuidado, comprometendo a continuidade assistencial^(48,49). A análise das representações evidencia contradição: o discurso coletivo valoriza a corresponsabilidade, mas a prática é marcada pela difusão de responsabilidades e falta de clareza nas atribuições entre Estado e município, refletindo tensão não resolvida na representação social.

Apesar das limitações estruturais, destaca-se o papel da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso na implementação do protocolo de AHR, indicando que práticas formativas inovadoras podem contribuir para mudanças nas representações sociais e nas práticas institucionais. Esse protagonismo da formação aponta para avanços possíveis, mesmo em contextos de escassez de políticas públicas estruturadas.

A inexistência de prontuário eletrônico, integrado entre hospital e APS, e de planejamento adequado das altas hospitalares foram apontadas como barreiras críticas. Esses achados estão em consonância com estudos que ressaltam que a comunicação fragmentada

compromete a segurança do paciente e a continuidade do cuidado, e que a adoção de sistemas integrados de informação poderia reconfigurar essas práticas^(7,46). Sob a ótica da TRS, a ausência de prontuário compartilhado pode ser compreendida como lacuna simbólica: os enfermeiros reconhecem essa necessidade, mas, ainda, não a integram como prática consolidada, permanecendo no campo das representações periféricas. No contexto analisado, a implementação de prontuário eletrônico compartilhado enfrenta desafios adicionais, tanto de natureza organizacional, em função da gestão dual hospital-estado *versus* APS-município, quanto legal, em virtude das exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)⁽⁵⁰⁾.

A preparação insuficiente de cuidadores e familiares também foi evidenciada como fragilidade importante. A responsabilidade pelo cuidado domiciliar é atribuída às famílias, muitas vezes, sem a capacitação adequada, o que pode comprometer a qualidade da assistência e elevar a sobrecarga emocional e física dos cuidadores. A literatura internacional aponta que a inclusão de familiares no planejamento da alta, com orientações específicas e treinamento, favorece a qualidade do cuidado e reduz internações evitáveis^(7,46,51-54). No cenário estudado, a limitação do número de profissionais envolvidos na alta responsável (apenas uma enfermeira para cerca de 500 leitos) e a dificuldade de articulação dos horários dos familiares agravam esse quadro^(45,47,51). Esse desafio é, especialmente, evidente na transição do cuidado de pacientes com condições complexas de saúde e sequelas, que demandam planejamento rigoroso e rede de apoio estruturada, após a alta, para garantir segurança e autogerenciamento da saúde^(40,41).

Por fim, observou-se que as fragilidades do processo de alta hospitalar no serviço analisado estiveram fortemente associadas a fatores históricos e políticos, como a perda da gestão plena municipal, em 2004^(31,45), e à ausência de políticas robustas de continuidade do cuidado. A literatura aponta que estratégias, como a criação de Clínicas de Transição, a adoção de prontuário eletrônico integrado e a padronização de protocolos, são importantes para transição segura, especialmente para pacientes de alta complexidade, como os oncológicos, e podem transformar positivamente as representações sociais e práticas relacionadas à alta hospitalar^(7,39,41,46,47,51).

No entanto, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. O recorte temporal curto de quatro meses pode não ter capturado flutuações nas representações sociais, que são dinâmicas. A amostra, restrita a um único município com gestão dual específica, pode contribuir com a reflexão em outras realidades similares, mas limita a transferibilidade dos resultados para contextos com gestão plena da saúde ou outras configurações regionais. Apesar disso, os achados podem oferecer contribuições práticas significativas, indicando a

urgência de reconfigurar os fluxos de comunicação interinstitucional, investir na qualificação da atuação do enfermeiro como gestor do cuidado na transição, e para formulação de protocolos e políticas públicas intersetoriais que fortaleçam a corresponsabilidade de forma concreta, e não apenas discursiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pressupostos da TRS, esta pesquisa alcançou o objetivo proposto, ao compreender que a representação social dos enfermeiros da APS sobre a AHR esteve ancorada em três pilares centrais: 1) a corresponsabilidade entre hospital, atenção primária e família como fundamento para continuidade do cuidado; 2) a comunicação como eixo crítico, ainda frágil e dependente de mecanismos não padronizados; e 3) a necessidade de infraestrutura e planejamento, como prontuário integrado, protocolos e capacitação de cuidadores.

Os resultados demonstraram que, embora a AHR seja representada como processo essencial, a operacionalização esbarra na fragmentação do sistema de saúde. A dependência de canais informais de comunicação, como e-mails e contrarreferências físicas, e a ausência de prontuário eletrônico compartilhado comprometem a segurança do paciente e a eficácia da transição do cuidado.

Conclui-se que o fortalecimento da AHR exige intervenções que vão além da vontade individual dos profissionais, demandando políticas públicas integradas, que formalizem fluxos, invistam em tecnologia da informação interoperável e promovam a educação permanente das equipes e familiares. Futuros estudos devem investigar modelos de governança que superem a fragmentação federativa e avaliar a efetividade de intervenções específicas para qualificar a comunicação interinstitucional, garantindo a corresponsabilidade não apenas no discurso, como também na prática assistencial.

À luz da TRS, isso significa transformar representações periféricas em práticas consolidadas, de modo que a corresponsabilidade ultrapasse a condição de ser apenas valor discursivo e se converta em ação institucionalizada e compartilhada.

REFERÊNCIAS

1. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2022;46(133):551-70. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>

2. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis*. 2021;31(1):e310105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
3. Melo RC, Oliveira EC, Mucelin MER, Carlotto FD, Riquinho DL. Transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária. *Trab Educ Saúde*. 2025;23, e03405298. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3405>
4. Silva ACB, Pedrosa JIS, Tajra FS, Mouta AAN, Beltrão RPL, Nogueira FJS, et al. Os desafios de comunicação entre os níveis de atenção primária e terciária no município de Parnaíba-PI. *Ensaio Ciên* [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 9];28(1):126-31. Available from: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/10718>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [Internet]. *Diário Oficial União*. 2013[cited 2025 Sep 9];(Seção 1):16. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
6. Melo RC, Carlotto FD, Figueiredo NM, Riquinho DL. Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. *Physis*. 2025;35(2):e350216. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350216pt>
7. Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43:e20210044. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044.pt>
8. Aued GK, Santos EK, Backes MT, Santos DG, Kalivala KD, Oliveira DR. Transição do cuidado à mulher no período puerperal na alta hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220396. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0396pt>
9. Oliveira LMS, Pedreira LC, Jesus APS, Pinto IS, Santos JM, Correia LS, et al. Hospital-to-home transitional care as support for older adult's caregivers: a scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2025;46:e20240106. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240106.en>
10. Oliveira LR, Dal Ben LW, Cunha ICKO. Desospitalização nas Instituições Hospitalares: revisão integrativa. *Rev Tec Cient CEJAM*. 2025;4:e202540037. <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202540037>
11. Castro CMCSP, Marques MCMP, Vaz CROT. Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e81767. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
12. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Práticas da enfermeira hospitalar para a continuidade do cuidado na atenção primária: um estudo exploratório. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200401. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401>
13. Gallo VCL, Hammerschmidt KSA, Khalaf D, Lourenço RG, Bernardino E. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Recien*. 2022;12(38):173-82. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.173-182>
14. Rodrigues MR, Sousa MF. The integrality of health practices in primary care: comparative analysis between Brazil and Portugal. *Saúde Debate*. 2023;47(136):242-52. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>

15. Pedrosa ARC, Ferreira OR, Baixinho CRSL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
16. Feliciano SCC, Villela PB, Oliveira GMM. Associação entre a Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil entre 1980 e 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2023;120(4):e20211009. <https://doi.org/10.36660/abc.20211009>
17. Gama LMP, Ribeiro KRC, Oliveira JLC, Costa MAR, Acosta AM, Souza VS. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(1):e20230357. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357pt>
18. Cechinel-Peiter C, Lanzoni GM, Wachholz LF, Mello AL, Costa DG, Costa MF, et al. Transição do cuidado de crianças e satisfação com os cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE03241. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03241>
19. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 9];31:e4015. Available from: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/216935>
20. Marques FRDM, Pires GAR, Santos JLGD, Baldissera VDA, Salci MA. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(1):e20210315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315>
21. Meneguetti C, Aquino Pereira J, Silva EM. Transição do cuidado e qualidade de vida entre pessoas com estomias. *Rev Gaúcha Enferm.* 2025;46:e20240095. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240095.pt>
22. Kvaal LAH, Olsen CF. Assuring patient participation and care continuity in intermediate care: getting the most out of family meetings using the four habits model. *J Clin Nurs.* 2022;25:2582-92. <https://doi.org/10.1111/hex.13591>
23. Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima LS. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaucha Enferm.* 2021;42(Esp):e20200211. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>
24. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2017.
25. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem, seu público. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
26. Triani FS. A teoria das representações sociais no campo científico da educação física brasileira. *Hum Inov* [Internet]. 2022[cited 2025 Sep 9];9(12):343-62. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/6524/4252>
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos de foco. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
28. Souza VR, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
29. Gomes AAP, Gomes RM, Lira MOSC, Suto CSS, Machado JC, Rodrigues VP. Representações sociais de estudantes de enfermagem sobre violência obstétrica: estudo

- com abordagem estrutural. *Rev Gaúcha Enferm.* 2024;45:e20230184. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230184.pt>
30. Ribeiro EW. As disputas políticas na gestão da saúde em Presidente Prudente. *Cad Prudentino* [Internet]. 2020[cited 2025 Sep 9];1(28):103-20. Available from: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7394>
 31. Marin MJS, Lazarini CA, Higa EFR, Moraes MAA, Braccialli LAD, Santos MAS, et al. Amostragem e coleta de dados em pesquisa qualitativa. In: Kolankiewicz ACB, Lopes SMB, Sangoi KCM, Gasparin VA, Zuge SS, organizadores. *Métodos de pesquisa em saúde e o desafio interdisciplinar*. Ijuí: Editora Unijuí; 2024. p. 125-38.
 32. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003. 685 p.
 33. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, de 3 de março de 2021: orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2025 Sep 9]. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/cartas-circulares/carta-circular-no-1-de-3-de-marco-de-2021.pdf/view>
 34. Lefèvre F. *Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. São Paulo (SP): Andreoli; 2017.
 35. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial União*. 2013[cited 2024 Apr 12];(Seção 1):59. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
 36. Microsoft Corporation. *Microsoft Excel* [Software]. Office Professional Plus 2019. Redmond (WA): Microsoft Corporation; 2019.
 37. Magagnin AB, Heidemann ITSB, Brum CN. Transition of care for stroke patients: an integrative review. *Rev Rene* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 12];23:e80560. Available from: https://www.researchgate.net/publication/362750325_Transition_of_care_for_stroke_patients_an_integrative_review
 38. 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. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>
 39. Rotenstein L, Melia C, Samal L, Pollack S, Yu N, Cunningham R, et al. Desenvolvimento de uma clínica de transições de atenção primária em um centro médico acadêmico. *J Gen Intern Med*. 2022;37(3):582-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07019-6>
 40. Auger KA, Sucharew HJ, Simmons JM, Shah SS, Kahn RS, Beck AF. Differential impact of home nurse contact after discharge by financial strain, primary care access, and medical complexity. *Hosp Pediatr*. 2021;11(8):791-800. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-004267>

41. Rodrigues CD, Lorenzini E, Romero MP, Oelke ND, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Care transitions among oncological patients: from hospital to community. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220308. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en>
42. Winter VDB, Berghetti L, Dezordi CCM, Câmara FD, Kolankiewicz ACB. Transição assistencial para pacientes internados em decorrência da COVID-19 e sua relação com as características clínicas. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE00012. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000012>
43. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.005, de 5 de janeiro de 2024. Institui incentivo financeiro federal de custeio para polos da Academia da Saúde que não integram mais o Programa Nacional de Promoção da Saúde (PROEPS) e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Apr 12]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html
44. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial União. 2011 [cited 2025 Apr 12];(Seção 1):55. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011_comp.html
45. Hospital Regional de Presidente Prudente. Hospital Regional de Presidente Prudente Dr. Domingos Leonardo Cerávolo [Internet]. Presidente Prudente: HRPP; 2025[citado 2025 abr 18]. Available from: <https://www.hrpresidenteprudente.org.br/>
46. Oliveira LS, Costa MFBNA, Hermida PMV, Andrade SR, Debetio JO, Lima LMN. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. *Esc Anna Nery*. 2021;25(5):e20200530. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>
47. Gledhill K, Bucknall TK, Lannin NA, Hanna L. O papel da tomada de decisão colaborativa no planejamento da alta: perspectivas de pacientes, familiares e profissionais de saúde. *J Clin Nurs*. 2023;32(19-20):7519-29. <https://doi.org/10.1111/jocn.16820>
48. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 18];42(Esp Set):244-60. Available from: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/585>
49. Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. O uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde na atenção primária à saúde no Brasil, de 2014 a 2018. *Cien Saude Colet*. 2024;29(1):e19882022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>
50. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet) [Internet]. Diário Oficial União. 2018 [cited 2025 Apr 12];(Seção 1):1. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
51. Bernardino E, Selleti JDN, Silva OBM, Gallo VCL, Vilarinho JOV, Silva OLS, et al. Modelo complexo Hospital de Clínicas de Gestão de Alta: concepção e implantação. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e84227. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227>
52. Magagnin AB, Heidemann ITSB, Rumor PCF, Souza JM, Manfrini GC, Alvarez AM. Desenvolvimento de habilidades pessoais do cuidador familiar na hospitalização de

peças com acidente vascular cerebral. REME Rev Min Enferm. 2021;25:e1375. <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210023>

53. Gheno J, Lombardini AA, Araújo KC, Weis AH. Alta hospitalar de pacientes adultos e idosos: elaboração e validação de checklist. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02291. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002291>

54. Ramalho ELR, Nóbrega VM, Mororó DDS, Pinto JTJM, Cabral CHK, Collet N. Atuação da enfermeira no processo de alta hospitalar de criança com doença crônica. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210182. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210182.pt>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

Contribuição de autoria

Conceituação: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Curadoria de dados: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Análise formal: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Eduardo Fuzzeto Cazañas, Carlos Alberto Lazarini, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Investigação: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Metodologia: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Administração de projeto: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Supervisão: Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Validação: Eduardo Fuzzeto Cazañas, Carlos Alberto Lazarini, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Visualização: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Escrita – rascunho original: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Escrita – revisão e edição: Querem-Hapuque Soares, Magali Aparecida Alves de Moraes, Eduardo Fuzzeto Cazañas, Carlos Alberto Lazarini, Elza de Fátima Ribeiro Higa.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor Correspondente

Querem-Hapuque Soares,
hapuquesoares@gmail.com

Recebido: 09.06.2025

Aprovado: 20.10.2025

Editor associado:

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira