



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

ALINE NEVES BONETTI MENEGHEL

**CUIDADOS DE TRANSIÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO E
PRÁTICAS DE ENFERMEIROS DA APS EM CRICIÚMA/SC**

CRICIÚMA

2026

ALINE NEVES BONETTI MENEGHEL

**CUIDADOS DE TRANSIÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO E
PRÁTICAS DE ENFERMEIROS DA APS EM CRICIÚMA/SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva

Orientador: Profa. Dra Cristiane Damiani Tomasi

CRICIÚMA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M541c Meneghel, Aline Neves Bonetti.

Cuidados de transição pós-alta hospitalar :
percepção e práticas de enfermeiros da APS em
Criciúma/SC / Aline Neves Bonetti Meneghel. -
2026.

86 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Criciúma, 2026.

Orientação: Cristiane Damiani Tomasi.

1. Cuidado transicional. 2. Alta do paciente.
3. Continuidade da assistência ao paciente. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermeiros de saúde
pública. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1098164

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

ALINE NEVES BONETTI MENEGHEL

**CUIDADOS DE TRANSIÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO E
PRÁTICAS DE ENFERMEIROS DA APS EM CRICIÚMA/SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 10 de Junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **CRISTIANE DAMIANI TOMASI**
Data: 10/06/2026 17:27:01-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora – Orientadora
Presidente

Documento assinado digitalmente
 **LARISSA CHAVES PEDREIRA SILVA**
Data: 12/06/2026 09:45:20-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Larissa Chaves Pedreira Silva
Doutora - UFBA
Membro externo

Documento assinado digitalmente
 **JACKS SORATTO**
Data: 11/06/2026 13:13:58-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico este trabalho aos meus pais, Dante e Cida, por ser minha base, fonte de amor, valores e inspiração ao longo da vida. Ao meu irmão Alan, pelo carinho e incentivo. Ao meu esposo Ronaldo, pela parceria, apoio e presença constante nos momentos desafiadores deste percurso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, fonte de força e sustento ao longo de toda a minha trajetória, a quem sou profundamente grata pela vida e pelas oportunidades que tornaram possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, professora Dra. Cristiane Damiani Tomasi, “Cris”, pela orientação cuidadosa e pela generosidade na partilha de conhecimentos, mas, sobretudo, por ter me acolhido prontamente ainda no início desta trajetória. Sou especialmente grata pelo apoio e pela sensibilidade nos momentos em que o caminho parecia mais difícil, lembrando-me da importância da pausa e da reflexão para reorganizar ideias e seguir adiante com mais clareza e serenidade.

À enfermeira e professora Liliana Maria Dimer, “Lili”, grande incentivadora, com quem compartilho não apenas ideias e desafios profissionais, mas também reflexões sobre a vida. Expresso minha admiração e gratidão pelas inúmeras conversas que, mesmo em momentos informais, entre cafés e água com gás, contribuem para minha caminhada profissional e pessoal.

À Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, na pessoa do Secretário Municipal de Saúde, Deivid de Freitas Floriano, pela oportunidade de aprendizado e pelo compromisso institucional com o fortalecimento da APS.

À residente Maria Eduarda Oliveira, pela parceria e colaboração na coleta de dados, contribuindo de forma importante para a realização desta pesquisa.

Às enfermeiras que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências, percepções e trajetórias, contribuindo de forma essencial para o desenvolvimento deste estudo e para o fortalecimento das práticas no campo da saúde coletiva.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos encontros, debates e aprendizados compartilhados ao longo do mestrado, que tornaram essa experiência acadêmica profundamente transformadora.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada e contribuíram para que este trabalho se tornasse possível.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.” Carl G.Jung

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na coordenação do cuidado e na continuidade da assistência após a alta hospitalar. O cuidado de transição pós alta hospitalar é o cuidado coordenado entre hospital e próximo ponto da rede, com ações pré e pós alta, a fim de garantir o acompanhamento imediato após o retorno ao território e aos serviços responsáveis pela continuidade da assistência. Embora transições do cuidado bem estruturadas estejam associadas a melhores desfechos clínicos, persistem desafios organizacionais e lacunas de conhecimento acerca das percepções e práticas dos profissionais da APS na operacionalização desse processo no contexto brasileiro.

Objetivo: Analisar a percepção e as práticas dos profissionais da APS sobre os cuidados de transição e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais presenciais, mediadas por pesquisador treinado, com enfermeiros atuantes na APS, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. A interpretação dos dados foi realizada através da análise temática de conteúdo, pela metodologia de Bardin, e dialoga com a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, compreendendo o cuidado como produção relacional, situada e dinâmica, atravessada por dispositivos institucionais, normas e protocolos, mas não reduzível a eles. **Resultados:** A análise temática das entrevistas resultou em quatro categorias que expressam diferentes dimensões da transição e continuidade do cuidado na APS: Práticas de transição do cuidado na APS: o cotidiano como lugar da transição; O território como eixo estruturante da transição e continuidade do cuidado, Comunicação e corresponsabilização na rede de atenção: fragilidades institucionais e potências do trabalho em equipe e Possibilidades para o reconhecimento e institucionalização da transição do cuidado como prática da APS. Os achados indicam que essas práticas se sustentam, sobretudo, em ações relacionais e no vínculo territorial, mesmo na ausência de protocolos formais. Evidenciam-se fragilidades na comunicação e na articulação entre os níveis de atenção, impactando a coordenação do cuidado. Ainda assim, emergem potencialidades para a institucionalização da transição do cuidado como prática estruturante da APS. **Conclusão:** Os resultados subsidiam a institucionalização da transição do cuidado por meio da qualificação dos fluxos assistenciais, integração dos sistemas de informação, elaboração de protocolos e fortalecimento da coordenação do cuidado na APS.

Palavras-chaves: Cuidado de transição; Alta hospitalar; Continuidade do cuidado; APS; Coordenação do cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) plays a central role in care coordination and continuity of care following hospital discharge. Transitional care after hospital discharge refers to coordinated care between the hospital and the next point within the healthcare network, encompassing both pre- and post-discharge actions to ensure timely follow-up after the patient's return to the community and to the healthcare services responsible for continuing care. Although well-structured transitional care is associated with improved clinical outcomes, organizational challenges and knowledge gaps remain regarding PHC professionals' perceptions and practices in implementing this process within the Brazilian context. **Objective:** To analyze PHC professionals' perceptions and practices regarding transitional care and continuity of care following hospital discharge. **Methods:** This qualitative, exploratory, and descriptive study collected data through individual face-to-face interviews conducted by a trained researcher with nurses working in PHC. The interviews were audio-recorded and subsequently transcribed. Data were interpreted using Bardin's thematic content analysis methodology and were informed by the perspective of the micropolitics of health work, which conceptualizes care as a relational, situated, and dynamic process shaped by institutional arrangements, norms, and protocols, yet not reducible to them. **Results:** The thematic analysis of the interviews resulted in four categories representing different dimensions of transitional care and continuity of care in PHC: *Transitional care practices in PHC: everyday practice as the locus of care transition*; *The territory as the structuring axis of transitional care and continuity of care*; *Communication and shared responsibility within the healthcare network: institutional weaknesses and the strengths of teamwork*; and *Opportunities for the recognition and institutionalization of transitional care as a PHC practice*. The findings indicate that these practices are primarily sustained through relational actions and territorial bonding, even in the absence of formal protocols. Weaknesses in communication and coordination across different levels of care were identified, negatively affecting care coordination. Nevertheless, the findings also reveal opportunities for institutionalizing transitional care as a core practice within PHC. **Conclusion:** The findings support the institutionalization of transitional care through the improvement of care pathways, integration of health information systems, development of standardized protocols, and strengthening of care coordination within PHC.

Keywords: Transitional care; Hospital discharge; Continuity of care; Primary Health Care; Care coordination.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	78
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMREC	Associação dos Municípios da região Carbonífera
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BOOST	<i>Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions</i>
CTM-15	<i>Care Transicion Measure</i>
CC	Continuidade do Cuidado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTI	<i>Care Transitions Intervention</i>
E-multi	Equipe multiprofissional na APS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	<i>Transitional Care Model</i>
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 PRESSUPOSTOS.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 A APS E O CUIDADO EM REDES	18
2.2 PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS	23
2.3 DESAFIOS DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS	28
3 MÉTODOS	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
3.3.1 Critério de inclusão	34
3.4 COLETA DE DADOS	34
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 PRÁTICAS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS: O COTIDIANO COMO LUGAR DA TRANSIÇÃO	39
4.2 O TERRITÓRIO COMO EIXO ESTRUTURANTE DA TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO	42
4.3 COMUNICAÇÃO E CORRESPONSABILIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO: FRAGILIDADES INSTITUCIONAIS E POTÊNCIAS DO TRABALHO EM EQUIPE ..	46
4.4 POSSIBILIDADES PARA O RECONHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO COMO PRÁTICA DA APS	51
5 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	70
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

ANEXO	77
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	78

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados de transição podem ser definidos, de forma ampla, como um conjunto abrangente de intervenções destinadas a assegurar a transferência segura, coordenada e oportuna dos pacientes entre diferentes níveis e cenários de atenção à saúde (Shahsavari; Zarei; Mamaghani, 2019). O cuidado de transição pós alta hospitalar é o cuidado coordenado entre hospital e próximo ponto da rede, com ações pré e pós alta, a fim de garantir o acompanhamento imediato após o retorno ao território e aos serviços responsáveis pela continuidade da assistência (Sezgin et al., 2020).

A transição do cuidado não é um processo linear ou restrito à transferência de documentos e da responsabilidade sobre a saúde do paciente a outros níveis de atenção, envolve fluxo contínuo de informações e participação de diversos atores (profissionais, usuários, família e instituições de saúde), com o objetivo de garantir a integralidade e a segurança da assistência (Geno; Weis, 2021; Patel; Landrigan, 2019).

Embora exista uma demanda por uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente para transições bem estruturadas, as práticas atuais de cuidados de transição ainda são predominantemente orientadas por tarefas (Allen et al., 2017; Dyrstad et al., 2015), de forma que a implementação dessas intervenções multidisciplinares enfrenta diversos obstáculos em nível individual, organizacional e sistêmico (Van Grootel et al., 2025). Entre os principais desafios estão a necessidade de coordenar múltiplas partes interessadas em diferentes realidades e a limitação de recursos financeiros (Fakha et al., 2023).

A continuidade do cuidado é definida como a articulação e sequência de atendimentos e intervenções necessários ao usuário ao longo do tempo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se diferencia da transição do cuidado por ter caráter longitudinal e centrado no indivíduo, envolvendo cuidado ao longo do tempo, e não apenas em um encontro ou serviço isolado (Brasil, 2010; Haggerty et al., 2003). Enquanto a transição refere-se a um intervalo relativamente breve, que começa na preparação para sair de um serviço e termina quando o paciente é recebido no próximo, a continuidade é o resultado do cuidado através desses momentos (Coleman; Berenson 2004).

Estudos recentes apontam que a continuidade do cuidado não se restringe à dimensão informacional, mas envolve componentes relacionais, interpessoais e gerenciais, que se constroem no cotidiano das práticas e na interação entre profissionais, usuários e famílias (Grewal et al., 2024; Marshall et al., 2025). Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica no cuidado pós-alta, uma vez que, por sua inserção territorial, vínculo longitudinal e proximidade com usuários e famílias, apresenta potencial singular para coordenar a continuidade do cuidado e mitigar os riscos associados às transições assistenciais (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023; Haggerty et al., 2013).

É na APS, primeiro nível de atenção do sistema único de saúde (SUS), que se oferece cuidado longitudinal voltado não apenas ao tratamento de doenças, mas também às diversas necessidades de saúde da população, com exceção das condições raras (Starfield, 2002). A APS é essencial na organização dos sistemas de saúde, especialmente dentro da RAS, garantindo a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (Mendes, 2011). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o principal modelo assistencial da APS, estruturando-se para oferecer um atendimento contínuo, acessível e resolutivo, alinhado às necessidades da população (Silva; Baitelo; Fracolli, 2015).

Embora a APS detenha atributos fundamentais para a coordenação da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, a operacionalização dos cuidados de transição ainda se mostra frágil e pouco institucionalizada no cotidiano dos serviços. A ausência de fluxos formais, protocolos compartilhados e sistemas de comunicação efetivos entre os diferentes níveis de atenção faz com que a transição do cuidado dependa, grande parte, da iniciativa individual dos profissionais e da capacidade relacional das equipes, gerando práticas heterogêneas e desiguais no território.

Assim, compreender como os profissionais da APS percebem, organizam e executam as ações de transição e continuidade do cuidado, a partir de suas experiências concretas e dos condicionantes institucionais e territoriais, torna-se fundamental para identificar limites, potencialidades e caminhos possíveis para o fortalecimento da integralidade do cuidado na RAS.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os cuidados de transição contribuem para a continuidade do cuidado e estão associados a benefícios relevantes, tanto para os serviços de saúde, com a redução de custos assistenciais, quanto para os pacientes, ao diminuir a necessidade de atendimentos hospitalares, o risco de eventos adversos e melhorar a qualidade de vida. Nesse contexto, a APS ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado pós-alta, em razão de sua inserção territorial, do vínculo longitudinal e da capacidade de acompanhamento contínuo dos usuários e de suas famílias. Entretanto, a ausência de fluxos institucionalizados, protocolos compartilhados e mecanismos efetivos de comunicação entre os diferentes níveis de atenção favorece práticas fragmentadas e dependentes da iniciativa individual dos profissionais.

Assim, torna-se fundamental compreender como os profissionais da APS percebem e operacionalizam os cuidados de transição no cotidiano dos serviços, de modo a identificar fragilidades, potencialidades e oportunidades de melhoria. Ao valorizar o olhar dos profissionais, esta pesquisa busca subsidiar o fortalecimento da coordenação do cuidado, a qualificação dos fluxos assistenciais e a consolidação de estratégias de transição no âmbito da APS.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Como se constituem a percepção e a prática dos profissionais atuantes na atenção primária em relação à transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar percepção e prática dos profissionais da APS em relação à transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar percepções dos profissionais a transição de cuidados, após a alta hospitalar;

Descrever as práticas dos profissionais da APS para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;

Elencar os desafios enfrentados pelos profissionais na implementação da transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar;

Analisar oportunidades de melhorias para garantir a continuidade e do cuidado, após a alta hospitalar.

1.4 PRESSUPOSTOS

No contexto da APS, os profissionais desenvolvem ações que favorecem a continuidade do cuidado no retorno ao domicílio após a alta hospitalar, ainda que, muitas vezes, não reconheçam essas práticas como parte dos cuidados de transição. As fragilidades estruturais da APS, como o subfinanciamento, a insuficiência de recursos materiais e humanos e a sobrecarga das equipes, configuram barreiras à institucionalização dos cuidados de transição. Apesar disso, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e das articulações intersetoriais constitui estratégia central para assegurar a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção no período pós-alta.

A efetivação dos cuidados de transição no âmbito da APS requer o reconhecimento dessas práticas como parte integrante do processo de cuidado, bem como investimentos em estratégias que promovam a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a participação ativa das equipes na coordenação do cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A APS E O CUIDADO EM REDES

2.1.1 O papel das Redes de Atenção e da APS na transição do cuidado

Com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional, condições que implicam o fluxo frequente em diversos serviços de saúde, a transição se baseia em um plano de cuidados abrangente considerando a disponibilidade dos serviços para manter as metas de saúde dos indivíduos (Valente et al., 2022). A organização das redes de atenção à saúde (RAS) tem sido incorporada ao amplo conceito de "cuidado integrado", uma expressão que engloba diversas intervenções com diferentes objetivos e abrangências, entretanto, todas compartilham a busca por mecanismos e ferramentas que promovam a integração do cuidado (Kuschnir; Chorny, 2010).

A RAS tem como aspecto central a definição da população em territórios específicos, visando assegurar a oferta integral de serviços de saúde, baseado nas necessidades locais e fundamentado na integralidade, na longitudinalidade e na continuidade do cuidado (Mendes, 2011). Sustentada por evidências, a organização em redes tem sido adotada como uma alternativa para enfrentar a crise dos sistemas de saúde, permitindo superar o modelo hierárquico e burocrático vigente, diante da crescente complexidade das questões de saúde e sociais envolvidas (Mendes, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado por meio das RAS, com o objetivo de qualificar a assistência por meio da ampliação do acesso, da integração de ações e serviços e da melhoria dos fluxos de comunicação, e busca, desta forma, assegurar a integralidade do cuidado, implementando serviços centrados no usuário e em suas necessidades (Damaceno et al., 2020).

O primeiro nível de atenção ao sistema de saúde é reconhecido, nacional e internacionalmente, por APS e proporciona atenção longitudinal (para todas as condições, exceto as raras) não apenas direcionada as enfermidades, abordando as necessidades de saúde da população. A APS coordena e integra a atenção fornecida com outros serviços que compõe a rede de assistência e compartilha características com outros níveis de atenção, tais como: trabalho em equipe,

responsabilidade pelo acesso, qualidade, custos, prevenção, tratamento e reabilitação (Starfield, 2002).

O conceito de coordenação do cuidado é amplamente discutido no contexto da APS, sendo considerado um elemento de integração e um facilitador da continuidade do cuidado, em outros serviços especializados, de forma hierarquizada, conforme as necessidades de saúde do usuário (Meiqari et al., 2019). Quanto maior o número de pessoas e serviços envolvidos na prestação do cuidado, bem como a complexidade da intervenção necessária para resolver um problema específico, maior será o nível de coordenação exigido para alcançar o resultado (World Health Organization, 2016).

A literatura apresenta diversas definições e classificações para a coordenação do cuidado e, no Brasil, a mais reconhecida e adotada distingue a coordenação com base nos níveis de integração do sistema de saúde: horizontal e vertical. A coordenação horizontal refere-se às iniciativas e arranjos necessários para integrar serviços e ações dentro de um mesmo nível de atenção, enquanto a coordenação vertical envolve a articulação entre diferentes níveis do sistema. Esse processo pressupõe o estabelecimento de relações entre organizações do mesmo ou de diferentes níveis (Marinho, 2018).

A transição do cuidado deve garantir a coordenação e a continuidade das ações entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (Coleman, 2003). O sucesso na promoção do cuidado contínuo fundamenta-se na RAS e na efetiva comunicação, bem como, na gestão estabelecida entre os serviços (Brondani et al., 2016). A APS deve estar interligada aos demais pontos de atenção, de forma horizontal e interdependente, de forma que a permite coordenar a transição pela RAS da população adscrita (Katz et al., 2020).

A coordenação não deve ser entendida como algo estático, pelo contrário, para ser efetiva precisa ser concebida de maneira dinâmica, adaptando-se às especificidades, à complexidade e ao grau de fragmentação do sistema. Além disso, deve considerar as particularidades e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. Assim, a coordenação exige a construção de redes dinâmicas, baseadas na cooperação e na integração entre os atores e serviços envolvidos (Almeida et al., 2018).

No Brasil, a partir da década de 1990, a APS organiza-se de forma predominante em Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo desenvolvido com

base em experiências internacionais e princípios da Conferência de Alma Ata (Silva; Baitelo; Fracoli, 2015). A ESF visa reorientar a prática assistencial e, através da substituição do modelo tradicional médico centrado, propõe um modelo centrado na atenção multiprofissional, priorizando acesso universal, cuidado integral e coordenado, com enfoque na família e comunidade (Harzheim et al., 2013). A ESF, ao se consolidar como modelo de organização, destacou o desafio de fortalecer a APS dentro da perspectiva das RAS, atuando como eixo central para a integração e organização do sistema (Brasil, 2017).

Visando este atendimento integral, a ESF é composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Todos estes profissionais desempenham papel fundamental na identificação de riscos e vulnerabilidades das famílias e indivíduos cadastrados, na busca ativa, na notificação de doenças e agravos, no processo de territorialização, nas visitas domiciliares e no planejamento e avaliação das ações de saúde (Brasil, 2017).

As equipes de ESF também contam com apoio das Equipes multiprofissionais na APS (e-Multi), equipes formadas por profissionais de diversas áreas da saúde, que trabalham de maneira integrada e complementar às equipes da APS. Essas e-Multi, que podem abranger fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física e outros, são corresponsáveis pela população e pelo território, promovendo a articulação intersetorial e a conexão com a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2024).

Entretanto, a coordenação pela APS nem sempre ocorre de maneira eficiente e, quando os serviços não se comunicam, o cuidado ao usuário acaba sendo fragmentado (Almeida et al., 2018). Além disso, a APS enfrenta desafios para ser reconhecida como coordenadora do cuidado em rede, pelas crenças e percepções dos usuários sobre o sistema de saúde, que muitas vezes priorizam a atenção hospitalar e de pronto atendimento (Utzumi et al., 2020). Na concepção dos usuários, o modelo de cuidado longitudinal proposto para a APS, especialmente na ESF, não tem conseguido estabelecer um vínculo efetivo com os usuários e familiares, nem reconhecer e acompanhar adequadamente os comportamentos, determinantes sociais e necessidades de saúde ao longo do tempo (Kessler et al., 2019).

No momento da alta, a transição do cuidado deve ser planejada para garantir a continuidade da assistência, considerando não apenas a condição clínica, mas também um planejamento com a participação do usuário, da família e da APS, visto que fatores ambientais e sociais extra-hospitalares também estão envolvidos no processo (Shahsavari; Zarei; Aliheydari Mamaghani, 2019).

2.1.2 Comunicação entre diferentes níveis de atenção

Para que os serviços de saúde operem as RAS, é fundamental o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência um mecanismo essencial para estabelecer a comunicação entre os diferentes níveis de atenção (Oliveira; Silva; Souza, 2021). O sistema de referência e contrarreferência integram os sistemas logísticos, que são tecnologias de informação voltadas para a organização racional do fluxo de informações de saúde de cada indivíduo assistido na RAS (Mendes, 2011).

No Brasil, a transição do cuidado é uma terminologia muitas vezes, confundida com referência e contrarreferência (Acosta, 2020). O sistema de referência e contrarreferência atua como um mecanismo administrativo e gerencial, responsável por viabilizar o fluxo de pessoas entre os serviços da rede assistencial, enquanto a transição do cuidado abrange não apenas os documentos oficiais de referência e contrarreferência, mas também a participação ativa do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, promovendo uma assistência contínua e integrada (Acosta, 2020).

A comunicação eficaz entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária é essencial para garantir a segurança, a qualidade e a continuidade do cuidado ao paciente (Patel; Landrigan, 2019). Falhas de comunicação, ou transferências inadequadas de informações estão associados a transições de cuidado ineficazes (Sheu et al., 2015)

A comunicação direta pode ser definida como a comunicação de um prestador de cuidado para outro, por meio de prontuário eletrônico do paciente, telefone, mensagens de texto e correio eletrônico, de forma a complementar o resumo da alta (Bell et al., 2009; Jones et al., 2015; Sheu et al., 2015; Smith, 2014). No entanto, o resumo ou nota de alta, historicamente utilizado para documentar cuidados agudos no ambiente hospitalar, se tornou a principal e, frequentemente, a

única fonte de comunicação entre atenção terciária e a APS, na alta hospitalar (Kattel et al., 2020; Kripalani et al., 2007a).

O resumo de alta é uma forma de comunicação unidirecional que não estabelece um ciclo completo de interação, não esclarece informações ambíguas e ocorre de maneira indireta, podendo comprometer a continuidade do cuidado (Rattray et al., 2017). Outro desafio durante as transições inclui a falta de clareza nas responsabilidades, entre níveis diferentes de atenção (Oksholm et al., 2023). Em estudo realizado por Munchhof e colaboradores (2020), médicos de hospitais e da APS ressaltaram a necessidade de “fechar os ciclos de informação”, com a comunicação direta, o que contribui para a segurança do paciente, bem como clareza na responsabilização entre os diferentes níveis de assistência.

A implementação de mecanismos de coordenação baseados em tecnologias de informação e comunicação (TICs) tem mostrado potencial para melhorar a velocidade e a eficiência da comunicação entre os níveis de atenção (La Rocca; Hoholm, 2017). Nos últimos anos, ferramentas tecnológicas e plataformas de troca de informações de saúde foram desenvolvidas para dar suporte à colaboração entre diferentes níveis de atenção e evitar o fardo administrativo do registro duplo (Genovese et al., 2022). As TICs são uma alternativa viável para mitigar a escassez de profissionais e aprimorar a comunicação entre as partes envolvidas, no entanto, sua implementação costuma ser inadequada, tornando necessário um maior investimento em pesquisas para viabilizar sua integração de forma eficaz e sistêmica (Collet et al., 2025).

Em países como Espanha, Austrália, Canadá e Portugal, já foi implementado o papel do enfermeiro de ligação, um profissional responsável por facilitar a interligação dos diferentes profissionais e serviços, garantindo que o paciente e sua família alcancem as metas terapêuticas estabelecidas, assegurando a continuidade do cuidado (Acosta et al., 2020; Aued et al., 2019).

Com o objetivo de qualificar as práticas da APS, em São Paulo, no ano de 2009, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, lançou o Programa de Articuladores da Atenção Básica, uma iniciativa voltada para o fortalecimento da gestão e da assistência na rede de atenção à saúde, que inclui uma nova função profissional, a do articulador da atenção básica. Uma das implicações possíveis desta atuação é a ampliação do contato e diálogo entre os diferentes profissionais e instituições, promovendo uma ampliação da comunicação intragrupo e também

intergrupos. Esse contato ampliado pode contribuir não apenas para a horizontalidade das interações, mas também, para a transversalidade da comunicação, favorecendo a integração entre setores e a qualificação da APS (Andrade; Castanheira, 2011).

A presença de um profissional articulador entre os pontos da RAS facilita as atividades de integração entre as instituições, além de desenvolver ações de avaliação, monitoramento e educação na APS, contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021).

2.2 PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados de transição são definidos como “um conjunto de ações projetadas para garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os indivíduos transitam entre diferentes serviços, ou diferentes níveis de cuidados dentro do mesmo local” (World Health Organization, 2016).

A transição do cuidado é um processo complexo que envolve múltiplos relacionamentos entre os pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde que prestaram assistência, bem como os que darão sequência aos cuidados (Geary; Schumacher, 2012). Diante da complexidade, exige coordenação e comunicação entre indivíduos de habilidades, experiência e formação diversas (Tregunno, 2013).

Segundo Burke e colaboradores (2012), os principais componentes para transição de cuidado ideal incluem dez domínios que formam uma “ponte” entre o hospital e o cuidado na comunidade, quais sejam: planejamento da alta, comunicação de informações, organização/clareza e disponibilidade de informações, em tempo hábil, segurança da medicação, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, suporte social, planejamento antecipado de cuidados, coordenação do cuidado entre membros da equipe de saúde, monitoramento e gerenciamento de sintomas pós alta e acompanhamento ambulatorial. Quanto maior o número de componentes, mais forte é a ponte e melhor é a transição; ao contrário, a falta de deles fragmenta o cuidado.

Com relação ao planejamento da alta, este ocorre durante a hospitalização e já deve ser iniciado a partir da admissão do paciente, momento em que os profissionais envolvidos no cuidado devem avaliar as necessidades sociais e de

saúde do paciente (Costa et al., 2020). Além disso, o planejamento permite que os profissionais verifiquem a compreensão do paciente sobre sua condição de saúde, realize reconciliação medicamentosa e estabeleça metas de tratamento compatíveis com as preferências do paciente, a fim de aumentar a capacidade de autocuidado (Hirschman et al., 2015).

O planejamento antecipado e a organização da alta hospitalar destacam-se como facilitadores para uma coordenação eficaz dos cuidados de transição (Van Grootel et al., 2024a). A construção de um plano de cuidado individualizado e o estabelecimento de uma relação de confiança são primordiais para aumentar a satisfação do paciente, a sensação de segurança e adesão aos tratamentos prescritos (Jepma et al., 2021).

A comunicação de informações sobre o cuidado prestado, entre equipes e serviços de saúde, é outro componente importante para garantir continuidade do cuidado e qualidade da assistência (Okafor et al., 2017). Essas informações são as que devem ser incluídas na nota de alta e/ou mecanismos de transferência de informação do hospital aos serviços de assistência pós alta (Burke et al., 2013). Várias estratégias como e-mails, ligações telefônicas e relatórios têm sido utilizadas (Lima et al., 2018). A integração da tecnologia nos serviços de saúde tem o potencial de melhorar a eficácia e a eficiência dos atendimentos e da comunicação (Ghenou; Weis, 2021).

A organização, clareza e disponibilidade oportuna dos dados na nota de alta e em outros meios de transferência são essenciais para garantir que os profissionais de saúde possam acessar e compreender rapidamente as informações necessárias (Burke et al., 2013). Entretanto, profissionais da atenção primária frequentemente recebem notas de alta atrasadas, incompletas e confusas (Baxter et al., 2020). Para aprimorar a comunicação entre os serviços, uma padronização dos métodos de transferência de informações, bem como o uso de sistema eletrônico de registro integrado na rede de atenção à saúde, pode contribuir (Allen et al., 2022; Sun et al., 2023).

Outro componente da transição do cuidado é a segurança da medicação, já que na utilização de diferentes serviços de saúde, erros medicamentosos são frequentemente associados a mudanças nos medicamentos e discrepâncias entre as prescrições (Brasil, 2021). Um estudo que comparou modelo de transição com intervenção, incluindo reconciliação de medicamentos, aconselhamento e

encaminhamento de documento com informações para o médico da APS, com grupo controle, mostrou que o grupo controle teve uma proporção 24% maior de alterações na prescrição hospitalar, enquanto no grupo de intervenção foi de 11%, um mês após a alta. O grupo com intervenção também teve menor incidência em readmissões hospitalares (3,4%), contra 20,7% no grupo controle e menor incidência de reações adversas aos medicamentos (7%), contra 22,8% no controle (Bouchand et al., 2021). Segundo Coffey e colaboradores (2019), a reconciliação medicamentosa deve ser realizada tanto na admissão, quanto na alta hospitalar e, paralelamente, orientar o paciente sobre o uso correto dos medicamentos é indispensável para reduzir o risco de eventos adversos.

A educação em saúde e a promoção do autogerenciamento são essenciais para transições eficientes (Burke et al., 2012) visto que baixos níveis de alfabetização em saúde implicam uma maior limitação de autogerenciar sua recuperação (Collet et al., 2025). Pesquisa realizada sobre intervenções para melhorar a alfabetização em saúde, que utilizou orientação individual ou em grupo, texto ou mensagens de mídia social, demonstrou melhorar o conhecimento, a autogestão e comportamentos nutricionais e de atividade física, demonstrando que o letramento em saúde é uma maneira de melhorar os resultados para populações com maior risco de desigualdades em saúde (Walters et al., 2020).

A implementação de estratégias de educação em saúde é essencial para garantir e promover o engajamento dos pacientes no planejamento de seu próprio cuidado em colaboração com os profissionais de saúde (Ulin et al., 2016). Essas estratégias devem ir além de orientações prescritivas, sendo também esclarecedoras e participativas, com valorização das ações que incentivem o autocuidado, a autonomia e o gerenciamento adequado dos medicamentos, com foco no cuidado integral e individualizado (Weber et al., 2017). Para fornecer cuidados de qualidade e centrados no indivíduo é essencial considerar como, quando e quais informações fornecer aos pacientes e familiares, para permitir que contribuam ativamente para sua recuperação (Van Grootel et al., 2024b).

Estudo que avaliou barreiras e facilitadores na recuperação pós acidente vascular cerebral (AVC), identificou como principal componente a necessidade de conhecimento e informação relacionada ao AVC. Embora alguns tivessem histórico familiar de AVC, pacientes e seus familiares ou cuidadores expressaram frustração significativa sobre a falta de informação sobre a causa do AVC, fatores associados a

maior risco e quais estratégias eles poderiam utilizar para contribuir na sua recuperação e, ao mesmo tempo, reduzir o risco de AVC recorrente (Magwood et al., 2019). Ouvir as preferências do paciente e envolver membros da família é essencial para o cuidado centrado no paciente e pode contribuir no empoderamento destes (Jepma et al., 2021).

Com relação à coordenação de cuidado, como muitos profissionais podem estar envolvidos na transição de um único paciente, é necessário sincronizar os cuidados entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no processo (Burke et al., 2013). O risco de complicações, duplicidade de exames e erros médicos são aumentados com a falta de coordenação e de comunicação entre os membros da equipe de saúde (Schoen et al., 2011). Para uma coordenação eficaz e cuidados contínuos de qualidade após a alta hospitalar, as funções profissionais devem ser esclarecidas, além de identificar quem coordena os cuidados e o estabelecimento de bons relacionamentos com pacientes e colegas (Allen et al., 2022; Baxter et al., 2020; Van Grootel et al., 2024a).

Outro aspecto que demonstra estar associado a melhor transição do cuidado é o monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta, que busca detectar e tratar precocemente novos sintomas, agravos ou demais problemas que possam surgir, antes de resultarem em utilização não planejada de serviços de saúde. Esse monitoramento pode ser feito de diversas formas, dentre elas visita domiciliar, ou telefone e/ou consulta ambulatorial (Burke et al., 2013).

A visita domiciliar representa uma prática singular da APS, especialmente quando envolve a atuação conjunta da equipe multiprofissional, que visa ampliar o olhar para além da doença, além de contribuir para identificar os determinantes sociais da saúde, incluindo a avaliação da alimentação adequada, condições socioeconômicas, estrutura física e apoio familiar (Wang et al., 2017). Além disso, também facilita na oferta de orientações adaptadas à realidade de cada família, o que contribui para fortalecer o engajamento no cuidado e promover o compartilhamento das decisões (Magwood et al., 2019).

Um ensaio clínico randomizado identificou que o grupo de pacientes e familiares que receberam visitas domiciliares de enfermeiros após a alta hospitalar apresentou maior acesso ao serviço ambulatorial hospitalar. As visitas incluíam educação em saúde, instruções sobre o funcionamento do sistema e demonstrações práticas para o desenvolvimento de habilidades no cuidado. Além disso, os

familiares eram informados sobre os serviços disponíveis para obter materiais e insumos necessários, atendendo a uma das principais preocupações nos primeiros dias após a alta. O maior acesso ao serviço ambulatorial hospitalar pode ser atribuído ao fortalecimento do vínculo com a rede de cuidados e à efetividade das orientações fornecidas (Bierhals et al., 2020).

Outra forma de monitoramento inclui o telefone e, segundo Kash e colaboradores (2017), o telessaúde tem o potencial de melhorar as transições de cuidados, facilitando a comunicação e a coordenação entre pacientes e profissionais de saúde após a alta hospitalar. Ensaio clínico randomizado avaliou o uso de telessaúde, por monitoramento remoto e chamadas de vídeo, versus transições padrão de cuidados, avaliando como desfechos primários a readmissão hospitalar e visitas ao pronto socorro e desfechos secundários acessos aos serviços de saúde, gerenciamento de medicamentos, adesão e envolvimento do paciente. Embora não tenha conseguido mostrar o efeito na redução da utilização de assistência médica, o estudo concluiu que a telemedicina pode melhorar as transições de cuidados, melhorando o envolvimento do paciente e a adesão aos medicamentos (Noel et al., 2020).

Uma revisão sistemática com meta-análise mostrou que intervenções de baixa complexidade visando um resultado específico, seguidas por intervenções de média complexidade, especialmente aquelas com um componente pós-alta (por exemplo, visita domiciliar, ou ligação telefônica) foram associadas à maior eficácia na redução da utilização de serviços de saúde e mortalidade. Essas intervenções foram associadas a reduções entre 18% e 55% nas readmissões hospitalares em comparação com o tratamento usual (Tyler et al., 2023). Além disso, também são efetivas para aumentar a adesão ao tratamento e reduzir os efeitos adversos relacionados a medicamentos (Pourrat et al., 2020).

Em outro estudo, autores avaliaram uma intervenção móvel de saúde projetada para melhorar o suporte pós-hospitalização para idosos com condições crônicas comuns. Todos os participantes se inscreveram com um cuidador informal ou "*CarePartner*". Os pacientes da intervenção receberam avaliações automatizadas e alertas para mudança de comportamento. Paralelamente, os médicos receberam alertas sobre problemas sérios identificados durante as chamadas dos pacientes. A intervenção melhorou a adesão à medicação e os indicadores da qualidade da

comunicação com os “*CarePartner*”, de forma que o grupo controle teve um risco 65% maior de hospitalização 90 dias após a alta (Piette et al., 2021)

O suporte social também é parte do cuidado para uma transição ideal, sendo fundamental identificar as características do paciente e da família, bem como obter informações sobre a condição prévia e os recursos de que dispõem (Costa et al., 2020). No estudo de Magwood e colaboradores em 2019, constatou que a falta de suporte social e a falta de recursos emergiram como barreiras críticas na recuperação pós AVC. Recursos financeiros são necessários para medicamentos, serviços de reabilitação, transporte e modificações ambientais e, agravando a necessidade destes recursos, está a incapacidade de reintegração devido a incapacidade pós AVC. Muitos pacientes carecem de apoio familiar ou suporte social para lidar com novas situações, tornando fundamental a provisão de suporte social formal, a fim de mitigar as desigualdades em saúde (Kripalani et al., 2007b).

Com o objetivo de fornecer informações sobre como um assistente social pode melhorar a experiência de transição e os resultados de saúde para idosos, estudo mostrou que a inclusão de assistentes sociais pode fornecer melhores conexões com os serviços de saúde, além de maior apoio psicossocial, o que contribui para melhores resultados em saúde (Barber et al., 2015).

Para garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados, as intervenções multiprofissionais nos cuidados de transição, abordam necessidades complexas dos pacientes, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, fonoaudiólogo, dentre outros (Naylor; Keating, 2008). Essas intervenções envolvem a colaboração de profissionais de diferentes níveis de complexidade, a fim de fornecer cuidados individualizados, e se mostram eficazes em diminuir a taxas de reinternação hospitalar e aumentar a qualidade de vida do paciente (Tyler et al., 2023). A atuação interdisciplinar na APS depende de uma articulação eficaz entre os membros da equipe, envolvendo estratégias como reuniões regulares e uso de protocolos compartilhados (Bousquat et al., 2017b).

2.3 DESAFIOS DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS

A APS é um componente essencial dos sistemas de saúde, sendo responsável pela resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população (Starfield, 2002). No entanto, diversos desafios dificultam a efetiva prestação de

serviços pela ESF, comprometendo sua qualidade e acessibilidade (Biff et al., 2020). Segundo Trindade e Pires (2013), os profissionais da ESF podem ser influenciados pelas condições e relações de trabalho a que estão expostos.

As falhas na gestão, tanto municipal quanto no âmbito da APS, podem estar associadas a implicações significativas na qualidade da assistência, incluindo a resolutividade, a satisfação do paciente e as condições de trabalho (Biff et al., 2020).

As condições precárias de muitos serviços de saúde dificultam as ações e serviços na ESF. A carência de equipamentos e materiais é uma limitação crônica nas unidades de saúde brasileiras, sendo uma limitação determinante na capacidade de resposta aos problemas de saúde da população (Bousquat et al., 2017a).

A excessiva demanda, associada ao território superestimado, a falta de profissionais nas equipes, bem como a complexidade das demandas e as dificuldades em atender as expectativas dos usuários, também contribuem para dificuldades na assistência pela APS (Biff et al., 2020). O subfinanciamento crônico, a alta rotatividade e a falta de capacitação profissional, intensificam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desempenho de suas funções (Oliveira et al., 2016).

Além disso, os enfermeiros, referência para o funcionamento das unidades, muitas vezes, assumem responsabilidades adicionais além das assistenciais, por exemplo, a coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS) (Biff et al., 2020). A gestão da UBS é fundamental para a atenção à saúde, mas a duplicidade de atividades pode levar a um aumento significativo das cargas de trabalho, resultando em estresse e frustração (Melo; Machado, 2013). A sobrecarga de trabalho pode ter impactos negativos na qualidade dos cuidados, incluindo a segurança dos pacientes, devido à fadiga, estresse e erros (Magalhães; Dall'Agnol; Marck, 2013).

Em contraponto, o trabalho em equipe na ESF permite que os profissionais complementem suas habilidades e competências, resultando em um atendimento de maior qualidade e efetividade as necessidades de saúde da população (Pereira; Rivera; Artmann, 2013). Agir profissionalmente na presença de conflitos exige habilidade para transformar as diferenças em oportunidades de crescimento e melhorias (Fernandes et al., 2015). Para o desenvolvimento de um bom trabalho em equipe, onde todos possam realizar suas atividades de forma adequada, a

combinação de um bom relacionamento interpessoal e uma boa comunicação é essencial (Biff et al., 2020).

Além disso, estudos mostram que maior o nível de formação profissional, bem como maior tempo de experiência, dos enfermeiros, são fatores críticos para o sucesso das equipes de ESF, influenciando positivamente a qualidade da atenção e a satisfação dos usuários (Lima et al., 2016; Silva et al., 2015).

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A análise qualitativa busca compreender a realidade de forma interpretativa, considerando a subjetividade do indivíduo e a complexidade do contexto, onde as relações intersubjetivas (pesquisador/pesquisado) constituem característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos, pressupondo provocar o esclarecimento de uma determinada situação (Minayo, 2012) e, dessa forma, compreende os fenômenos a partir da perspectiva dos participantes (Ruslin et al., 2022).

A pesquisa exploratória busca observar e compreender os diferentes aspectos relacionados com o objeto em estudo e oportuniza maior familiaridade com o problema, permitindo que os pesquisadores desenvolvam hipóteses ou compreendam melhor o contexto de estudo (Gil, 2008). Complementarmente, as pesquisas descritivas são realizadas com o objetivo de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou de estabelecer relações entre variáveis, fornecendo uma visão mais clara e detalhada do tema (Oliveira, 2011).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Criciúma, com uma população de uma população de 214.493 habitantes, está situado no sul do Estado de Santa Catarina, a cerca de 2h e 43 min (206,5 km) da capital Florianópolis e faz parte da Associação dos Municípios da região Carbonífera - AMREC (IBGE 2023).

O sistema de saúde municipal é composto por 44 UBS, quatro Unidades de Pronto Atendimento, quatro Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Especialidades em Saúde, um Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, doze Farmácias, um Ambulatório de Feridas, um Ambulatório de Ostomias, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e um Centro de Reabilitação Multiprofissional.

As 44 unidades básicas de saúde são divididas em seis distritos sanitários, sendo quatro distritos com oito unidades e dois distritos, com seis unidades. No total, são 56 equipes de ESF, 54 Equipes de Saúde Bucal e 5 Equipes Multiprofissional.

Cada unidade de saúde tem o seu coordenador, em sua grande parte enfermeiros. Cada distrito é administrado pelo superintendente distrital, responsável por funções técnico administrativas, bem como por aproximação com a população no território.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, que acolheu o estudo. O contato das unidades de saúde, organizadas por distrito sanitário, foi acessado pelo site da prefeitura, que dispõe de todos os contatos.

A seleção dos profissionais ocorreu de forma aleatória, com sorteio das unidades participantes. No distrito I, as unidades sorteadas foram: Rio Maina/Wosocris, Colonial, Vila Zuleima e Vila Francesa; no distrito II, as unidades Maria Céu, Mina do Mato, São Simão e Centro; no III, Mãe Luzia, Vila Belmiro, Mina União e Vila Manaus, no IV, Linha Anta, Linha Batista, Próspera e Ana Maria; no V, Morro Estevão, Santa Augusta e Paraíso e no VI Pinheirinho, Santo Antônio e Milanese.

A partir do sorteio foi realizado contato telefônico, com apresentação, convite para pesquisa e agendamento prévio para entrevista. Inicialmente estimou-se a participação de 22 enfermeiros, sendo três a quatro profissionais por distrito sanitário, garantindo a representatividade das diferentes realidades do território, não obstante, a amostra final de participantes foi de 21 participantes.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo. Observa-se que a maioria dos enfermeiros possui formação em nível de especialização, com destaque para áreas como Saúde Coletiva/Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Gestão em Saúde, Urgência e Emergência e Saúde da Mulher.

Quadro 1 - Identificação dos profissionais

Entrevistado	Grau de Instrução	Área(s) da Pós-Graduação	Tempo na Saúde	Experiência na APS
E1	Especialização	Saúde Coletiva/APS; Saúde da Mulher; Saúde da Criança	6 anos	Residência em APS; hospital (pandemia)
E2	Pós-Doutorado	Saúde Coletiva (trajetória acadêmica)	Desde 2011	APS desde 2020
E3	Especialização (em andamento)	Saúde Coletiva; Saúde do Trabalhador	5 anos	Residência em APS; hospital
E4	Especialização	Saúde Mental (Dependência Química)	15 anos	ONG; CAPS AD; CAPS Infantil
E5	Especialização	Estética em Saúde	22 anos	APS desde 2016
E6	Especialização	Urgência e Emergência; Terapia Intensiva	10 anos	ESF; CAPS; auditoria
E7	Especialização	Saúde Coletiva/APS; Docência	11 anos	APS em Itajaí e Criciúma
E8	Especialização	Gestão em Saúde	Desde 2011	APS desde 2019
E9	Especialização (em andamento)	Gestão em Saúde; Saúde Coletiva/APS	10 anos	APS concursada
E10	Especialização	Saúde da Família	16 anos	APS desde 2008
E11	Especialização	Urgência e Emergência; Saúde do Trabalhador	20 anos	APS desde 2005
E12	Especialização	Saúde da Criança (Neonatologia; Pediatria)	Desde 2009	APS em Içara e Criciúma
E13	Especialização	Saúde da Família; Saúde do Trabalhador	5 anos	Experiência em diversos municípios
E14	Especialização	Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia)	15 anos	APS há 11 anos
E15	Mestrado	Saúde Coletiva; Auditoria em Saúde; Saúde da Família; Educação em Saúde	~20 anos	APS e gestão municipal
E16	Especialização	Saúde Coletiva/APS; Direito e Saúde (Criança e Adolescente)	14 anos	ESF desde início da carreira
E17	Especialização	Auditoria em Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde	12 anos	APS desde 2022
E18	Especialização	Gestão em Saúde; Saúde do Trabalhador	13 anos	APS e vigilância
E19	Especialização	Saúde da Mulher; Saúde da Família; Estética em Saúde	11 anos	APS em vários bairros
E20	Mestrado (em andamento)	Saúde Coletiva/APS	12 anos	APS desde 2013
E21	Graduação	Sem pós-graduação	7 meses	APS (início de carreira)

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Em relação à trajetória profissional, predominou experiência entre dez e doze anos na área da saúde. Quanto à inserção na Atenção Primária à Saúde, muitos entrevistados iniciaram sua trajetória por meio de residências multiprofissionais, outros migraram de áreas hospitalares, serviços especializados ou funções de

gestão, relatando que, ao longo do tempo, desenvolveram maior identificação com o trabalho na APS.

3.3.1 Critério de inclusão

Enfermeiros que atuam na APS, no município de Criciúma, há pelo menos seis meses.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), gravada, mediada por duas pesquisadoras treinadas (ANBM e MEO - mulheres cis, brancas, profissionais de saúde).

A entrevista é uma forma de interação social que permite obter informações detalhadas e profundas sobre as perspectivas, experiências e comportamentos das pessoas (Fraser; Gondim, 2004). Nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador utiliza um questionário previamente elaborado, com perguntas previamente definidas, registrando as respostas (Fontanella; Campos; Turato, 2006).

Para garantir a organização e convergência de temas e complexidade temática, o roteiro de entrevista foi estruturado em blocos, quais sejam: identificação dos profissionais, percepção sobre cuidados de transição, identificação dos usuários do serviço de saúde em alta hospitalar, práticas da unidade de saúde e demandas dos usuários, desafios para a transição e continuidade do cuidado, comunicação e cuidado e cuidado multiprofissional.

As entrevistas foram realizadas entre 04/07/25 e 25/08/25 de 2025, de modo presencial nas UBS sorteadas em horário previamente agendado com o entrevistado, com no mínimo uma semana de antecedência, via ligação telefônica. O pesquisador compareceu nas UBS elencadas, dirigindo-se inicialmente a recepção para anunciar sua chegada e solicitar contato com o enfermeiro, já ciente da pesquisa. O local da entrevista variou conforme a unidade de saúde, sendo comumente realizada na sala do próprio profissional, ou em uma sala de reuniões. As entrevistas aconteceram de forma individual no espaço reservado.

Com cada participante, foi feita uma nova explanação sobre a pesquisa, seguida da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e,

posteriormente, procedeu-se à entrevista. Para a captação do áudio e posterior transcrição em formato de texto, foi utilizado o gravador do telefone celular do pesquisador.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A interpretação dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, pela metodologia de Bardin, amplamente utilizada em pesquisas qualitativas para interpretar dados textuais. A análise de Bardin envolve um processo rigoroso e sistemático de categorização e interpretação dos dados coletados, sendo estruturada em três fases principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que são fundamentais para garantir a objetividade e a sistematicidade da análise (Bardin, 2016).

A primeira fase é a pré-análise e consiste na organização e leitura flutuante do material, para conhecer profundamente os documentos e selecioná-los de acordo com suas especificidades (Bardin, 2016). Nessa fase, a leitura foi realizada para identificar os documentos que atuariam como marcadores analíticos e subsidiaram a etapa final da análise.

Durante a primeira etapa da análise, as entrevistas foram transcritas com auxílio da plataforma TurboScribe (2026). Após as transcrições foram minuciosamente revisadas, com ajustes ortográficos e salvamento dos arquivos em formato digital e tabulação em planilha. Cada fala foi nomeada com um código único, iniciando com a letra "E" seguida de numeral, garantindo assim o anonimato dos entrevistados (E1, E2, E3, etc.). Essa abordagem possibilitou uma imersão inicial no conjunto de dados, favorecendo a identificação de padrões e temas emergentes que orientaram as etapas subsequentes da análise.

De acordo com Bardin (2016), a segunda fase da análise de conteúdo é a exploração do material, que consiste em identificar e elencar unidades de registro relevantes, como palavras, temas, acontecimentos ou personagens. Nessa etapa, realizaram-se leituras aprofundadas das entrevistas, com ênfase na seleção criteriosa dos trechos mais relevantes e diretamente relacionados aos objetivos do estudo. Cada entrevista foi lida de forma exaustiva, sendo identificados e selecionados os trechos mais significativos para a proposta investigativa, elencados em subtemas iniciais.

A terceira fase consiste na inferência ou interpretação dos resultados, na qual o pesquisador busca interpretar os resultados, utilizando seus pressupostos iniciais como base para realizar inferências e descobertas, ao mesmo tempo em que permanece aberto a novas perspectivas e descobertas (Bardin, 2016). Nessa etapa, os subtemas identificados foram agrupados em categorias segundo sua similaridade temática e submetidos à revisão conjunta do pesquisador e do orientador, avaliando-se a necessidade de exclusão ou de aglutinação de temas afins, com vistas ao aprimoramento da organização analítica e à maior clareza das categorias resultantes. Foram definidas quatro categorias, quais sejam: Práticas de transição do cuidado na APS: o cotidiano como lugar da transição; O território como eixo estruturante da transição e continuidade do cuidado; Comunicação e corresponsabilização na rede de atenção: fragilidades institucionais e potências do trabalho em equipe e Possibilidades para o reconhecimento e institucionalização da transição do cuidado como prática da APS.

A análise dialoga com a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, compreendendo o cuidado como produção relacional, situada e dinâmica, atravessada por dispositivos institucionais, normas e protocolos, mas não reduzível a eles (Franco; Merhy, 2013).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde Criciúma/SC, com vista à obtenção da carta de aceite.

O projeto foi desenvolvido após submissão e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o parecer nº 7.526.558 (Anexo A). A participação dos sujeitos ocorreu mediante aceite formal, com a assinatura de duas vias do TCLE, no qual constavam as informações pertinentes, os riscos, os benefícios e as considerações éticas relacionadas à pesquisa (Apêndice A).

No momento da realização da pesquisa, foi realizado a leitura e a entrega do TCLE, o qual destaca os possíveis riscos, benefícios e considerações éticas da pesquisa (Apêndice B), composto por duas vias, sendo que o entrevistado permanece com uma via do documento. Além de seguir toda regulamentação da lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), lei que controla a

privacidade e o uso/tratamento de dados pessoais, o anonimato dos entrevistados foi garantido mediante a inclusão de código alfanumérico para cada participante.

Com o estudo, foi possível verificar a percepção e práticas dos profissionais da APS sobre transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, bem como identificar os principais desafios e oportunidades de melhorias, que beneficiará tanto os serviços de saúde, com a possível redução de custos na assistência, como os pacientes com menor risco de eventos adversos e aumento na qualidade de vida.

Os riscos dessa pesquisa foram mínimos, pois não se realizou intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. Os participantes foram orientados a informar os pesquisadores algum eventual desconforto emocional ou psicológico, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. A pesquisa aconteceu em local reservado, de modo a preservar o sigilo das informações fornecidas pelos participantes e o material da gravação e transcrição das entrevistas foi armazenado, ficando sob guarda dos pesquisadores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo das entrevistas resultou na construção de quatro categorias analíticas, que expressam diferentes dimensões da transição e da continuidade do cuidado no âmbito da APS. Essas categorias, apresentadas a seguir, constituem-se como núcleos interpretativos que revelam sentidos, tensões e contradições presentes nas práticas cotidianas dos profissionais, articulando a experiência dos participantes com a literatura e pressupostos do estudo.

A categoria *Práticas de transição do cuidado na APS: o cotidiano como lugar da transição*, mostra que a transição do cuidado acontece, predominantemente, nas ações ordinárias e relacionais desenvolvidas pelas equipes, grande parte sem protocolos formais, mas sustentadas por uma ética do cuidado e pela implicação profissional. Já *O território como eixo estruturante da transição e continuidade do cuidado*, evidencia o papel central do vínculo territorial e da longitudinalidade como fatores que potencializam o acompanhamento pós-alta e diminuem a fragmentação do cuidado.

A categoria *Comunicação e corresponsabilização na rede de atenção: fragilidades institucionais e potências do trabalho em equipe* identifica as fragilidades da comunicação entre os diferentes níveis de atenção, revelando que na APS, transição e continuidade do cuidado dependem mais da capacidade de diálogo, articulação e colaboração entre os sujeitos do que da existência de protocolos e fluxos. E, por fim, *Ossibilidades para o reconhecimento e institucionalização da transição do cuidado como prática da APS* aponta potencialidades concretas para sua formalização no âmbito da APS.

4.1 PRÁTICAS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA APS: O COTIDIANO COMO LUGAR DA TRANSIÇÃO

Esta categoria analisa como a transição do cuidado se materializa no cotidiano da APS, buscando compreender as percepções dos profissionais sobre esse processo e as práticas desenvolvidas após a alta hospitalar. As narrativas evidenciam que, embora o termo "cuidado de transição" seja pouco conhecido em sua nomenclatura formal, os profissionais reconhecem como responsabilidade da APS o acompanhamento pós-alta, descrevendo um conjunto de ações voltadas à continuidade do cuidado. Assim, a categoria revela que a transição do cuidado se constitui, predominantemente, por práticas cotidianas sustentadas pelo vínculo, pela responsabilização e pelo compromisso ético das equipes, configurando-se como parte constitutiva do processo de trabalho da APS.

Apesar de essenciais para a continuidade do cuidado, as ações de cuidados de transição frequentemente não são nomeadas e institucionalizadas (Januário et al., 2023), sendo o termo "cuidado de transição" amplamente desconhecido pelos profissionais, como se observa:

Com esse nome exatamente? Com essa nomenclatura, eu nunca tinha ouvido falar (E8).

Cuidado de transição? Em que sentido assim? Transição da onde? (E5).

Outros demonstram incerteza no conceito, como E6, que diz: "Vai ter que me ajudar com isso. Transição em que sentido?". Alguns não o reconhecem, por entenderem a continuidade como algo inerente ao cotidiano da APS, como o que aparece na fala de E12: "O paciente nunca deixa de ser da Unidade de Saúde [...] não existe assim uma transição [...] é uma continuidade".

A ausência de definição conceitual acerca da transição do cuidado não se restringe ao campo teórico (Shahsavari; Zarei; Aliheydari Mamaghani, 2019; Costa; Perez; Ciosak, 2021), repercutindo de forma concreta na organização do trabalho na APS. Essa lacuna se expressa, por exemplo, na inexistência de protocolos e fluxos assistenciais claramente estabelecidos para a condução da transição (David, 2021). As ações de cuidado no período pós-alta tendem a se desenvolver predominantemente no âmbito ético e relacional do trabalho vivo em ato (Merhy, 2007), sustentadas pela interação entre profissionais e usuários e pelo acompanhamento longitudinal do cuidado (Alyafei; Marri, 2020). As falas dos profissionais evidenciam que a APS realiza diversas ações relacionadas à transição

do cuidado após a alta hospitalar, embora essas práticas nem sempre sejam formalmente reconhecidas como integrantes desse processo. O conjunto de falas indica que a APS se articula de forma a acolher e acompanhar as demandas pós alta:

As minhas agentes de saúde são muito boas [...] recebeu a alta [...] eu já faço visita domiciliar; se é uma alta tranquila, as agentes fazem uma visita, veem como ele tá e, se precisar, me chamam (E2).

Normalmente o paciente vem até nós, ou o familiar traz a nota de alta, e aí a gente consegue verificar o que ele necessita de cuidados, os encaminhamentos, explicação sobre a questão da rede de apoio [...] e a gente faz toda essa orientação pro familiar ou ao paciente, dependendo da situação dele na alta (E6).

O agente de saúde normalmente sempre faz essa visita pós-alta [...] traz a demanda do que aconteceu [...] e dependendo do caso a gente agenda a visita domiciliar (E12).

Os profissionais da APS reconhecem seu papel como atores centrais na transição e na continuidade do cuidado, de forma que assumem responsabilidade direta e executam alternativas para viabilizar esses processos no cotidiano dos serviços (Mauro; Cucolo; Perroca, 2025; Gallo et al., 2022). As narrativas indicam práticas concretas de transição, como visitas domiciliares, busca ativa e orientações pós-alta, onde o trabalho dos profissionais ultrapassa a dimensão técnica e passa ser compreendido como uma relação intersubjetiva, sustentado na escuta e no reconhecimento do outro em sua singularidade, assumindo dimensão ética (Ayres, 2001). Entretanto, a fala de E6, “Normalmente o paciente vem até nós, ou o familiar traz a nota de alta”, demonstra que o acionamento da APS, no pós-alta, também pode depender da iniciativa do próprio usuário ou de sua rede de apoio.

Tal configuração desloca a centralidade do cuidado do serviço para a pessoa, ou para sua família, o que tensiona o princípio da coordenação ativa pela APS (Starfield, 2002). Embora a APS desenvolva práticas de acompanhamento, a transição nem sempre se organiza como dispositivo sistemático de busca ativa institucionalizada, mas frequentemente se estrutura de forma reativa, acionada pela demanda espontânea. A literatura evidencia que a construção de relações de confiança, comunicação empática e cooperação entre equipes e usuários são essenciais para transições seguras e centradas no usuário, mesmo quando não formalmente instituídas (Baxter et al., 2020; Allen et al., 2023). Como se pode observar nas falas de E13 e E7, descritas a seguir, o acompanhamento pós-alta não depende de protocolos formais, mas de uma ética da implicação, na qual o cuidado

é assumido como compromisso e não como tarefa, onde o vínculo com o território e o comprometimento pessoal são os condutores das ações.

Eu prezo muito por fazer visita domiciliar [...] ‘ah, mas o paciente não é acamado’. Eu falo: e daí? Ele recebeu alta, ele precisa de cuidado [...] o papel da unidade é fazer esse vínculo (E13).

Eu acho que é essencial [...] garantir o acesso e a continuidade do tratamento [...] até para não haver readmissão desnecessária (E7).

Em contextos com protocolos formais; por exemplo, através da atuação de enfermeiras de ligação, como na Espanha e no Canadá, envolvendo plano de alta padronizado, contato via telefone/e-mail, bem como relatórios e indicadores de acompanhamento, entre hospital e APS, demonstram que a sistematização de necessidades e articulação entre hospital e atenção primária reduz problemas de comunicação, riscos clínicos e desfechos negativos (Martins et al., 2018; Aued et al., 2019b).

A implementação de modelos de cuidados de transição como o BOOST (*Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions* - Melhores desfechos por meio da otimização de transições seguras), o CTI (*Care Transitions Intervention* - Intervenção de Transição do Cuidado) e o TCM (*Transitional Care Model* - Modelo de Cuidado Transicional), que enfatizam a gestão de medicamentos, o planejamento antecipado e organização da alta, o envolvimento e a educação do paciente e da família, a comunicação e a transferência de informações, o acompanhamento pós-alta, bem como a responsabilidade compartilhada entre profissionais e organizações, resulta na padronização das altas e reduz as reinternações hospitalares (Sahota et al., 2016).

Recente revisão sistemática, realizada com o objetivo de mapear e descrever as intervenções utilizadas em países de baixa e média renda, para fortalecer e avaliar as hipóteses que fundamentam a transição para a continuidade do cuidado a recém-nascidos após a alta hospitalar, mostrou que a maioria das intervenções focaram na transferência de informações por meio de reuniões educativas conduzidas por ACS durante visitas domiciliares. Os resultados demonstram que os esforços para reduzir a morbimortalidade neonatal devem abranger múltiplas lógicas de continuidade: informativa, relacional, interpessoal e gerencial (Grewal et al., 2024).

Outro estudo evidenciou que enfermeiros comunitários de saúde se configuram como um importante dispositivo de “rede de segurança” no processo de

transição dos pacientes do hospital para o domicílio. Esses profissionais atuam oferecendo suporte emocional, contribuindo para a coordenação do cuidado e disponibilizando informações essenciais que qualificam o acompanhamento clínico e fortalecem a autonomia dos usuários, com destaque para o apoio emocional, informativo e prático prestado em tempo oportuno durante o período de transição. Entretanto, a incorporação dessa função em contextos assistenciais complexos demanda tempo, investimento institucional e comprometimento organizacional, além da formulação de políticas e diretrizes que delimitem claramente seu escopo de atuação e definam a interface com as demais categorias profissionais (Ramirez et al., 2026).

A formalização dos processos de cuidado deve ser concebida de forma a manter a dimensão relacional, preservando o vínculo e a confiança, já que é essa dimensão que singulariza a APS e contribui para melhorar os resultados assistenciais e a satisfação dos usuários (Grewal et al., 2024; Marshall et al., 2025). Nesse sentido, protocolos e fluxos contribuem para potencializar as práticas ético-relacionais de continuidade já existentes na APS, sendo importante destacar a função apoiadora desses instrumentos, não sendo esses capazes de substituir o vínculo, a corresponsabilização e a escuta no território.

4.2 O TERRITÓRIO COMO EIXO ESTRUTURANTE DA TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Esta categoria examina o território como eixo estruturante da transição e da continuidade do cuidado na APS e busca compreender como o conhecimento das famílias, das vulnerabilidades locais e das redes de apoio, aliado ao vínculo longitudinal construído pelas equipes, contribui para o acompanhamento pós-alta. Os achados evidenciam que a territorialização, materializada na atuação cotidiana das equipes, especialmente dos agentes comunitários de saúde, constitui um dispositivo central para a identificação precoce das necessidades, a busca ativa e a continuidade do cuidado no território.

A fala de E12, descrita a seguir, revela uma característica particular do cuidado territorializado: mesmo quando os usuários percorrem trajetórias assistenciais no setor privado, a APS permanece como referência territorial para o acompanhamento e a continuidade do cuidado.

Os pacientes têm o atendimento aqui, às vezes nem são pacientes que têm atendimento na unidade, às vezes tem plano de saúde e tudo, tem uma internação, mas a gente sempre faz! O paciente sempre é nosso, né, do nosso território, vamos dizer assim (E12).

No território, os percursos terapêuticos frequentemente se constroem por arranjos híbridos entre serviços públicos e privados, mediados pelas escolhas e possibilidades dos usuários (Mendes; Samico; Hartz, 2020), porém esses fluxos não eximem os profissionais da APS da responsabilidade de conhecer a situação de saúde das pessoas e acompanhar suas necessidades no retorno ao território (Giovanella et al., 2012).

Nesse contexto, o vínculo territorial e a presença cotidiana das equipes se tornam fundamentais para identificar precocemente eventos como internações e altas hospitalares, permitindo recompor o acompanhamento no território. Como expressa a fala de E21, descrita a seguir, confirmando que a atuação territorializada facilita intervenções precoces, busca ativa e acompanhamento longitudinal, reduzindo a fragmentação do cuidado e descontinuidades (Peiter et al., 2019).

E às vezes entra pelo ACS...O ACS chega pra nós assim... Ah, o seu Joãozinho lá veio de alta da internação. Porque eles têm muito esse vínculo, né?" [...] às vezes acontece de esse paciente [...] a gente sabe que ele vai ser internado [...] e quando ele retornar ele tem que ter uma revisita (E21).

O território na APS extrapola o espaço geográfico delimitado, sendo continuamente construído nas relações, nos vínculos e nos modos de cuidar. Trata-se de um espaço marcado por afetos, pertencimento, sociabilidades e conflitos que moldam o cotidiano do cuidado (Campos; Campos, 2006). O vínculo territorial configura-se como um dispositivo ético-político da APS, ao compreender o cuidado como uma prática de compromisso e responsabilidade compartilhada, que se efetiva na escuta e no reconhecimento do outro (Ayres, 2004).

Essa dimensão relacional do cuidado aproxima-se da concepção de Merhy (2007), segundo a qual o trabalho em saúde se realiza, prioritariamente, no plano do trabalho vivo em ato, que emerge no encontro entre trabalhador e usuário. Nessa perspectiva, o cuidado é produzido pela articulação dinâmica entre diferentes tecnologias: as tecnologias duras (normas, equipamentos e estruturas organizacionais), as tecnologias leve-duras (saberes técnico-científicos estruturados) e as tecnologias leves (vínculo, escuta, responsabilização e negociação). No

contexto territorial da APS, essas dimensões não operam de forma isolada, mas se sobrepõem e se tensionam continuamente (Merhy, 2007).

O vínculo territorial na ESF representa um dispositivo político essencial no SUS, indo além da simples delimitação geográfica para se constituir como instrumento de poder e transformação social, onde o território é compreendido como espaço vivo de relações de força, resistências e produções coletivas de saúde. Esse enfoque posiciona a territorialização como mecanismo de governança participativa, que reorganiza o espaço sanitário por meio do mapeamento de desigualdades, demandas populares e fluxos sociais, promovendo a corresponsabilização entre estado, profissionais e comunidade na formulação de políticas públicas mais equânimes e resolutivas (Preuss, 2018; Santos, 2009).

A territorialização, como processo fundamental de trabalho da ESF, mostra que para além do termo teórico, se faz na prática, nela estão incluídas o desbravamento territorial e a conexão “face a face” do trabalho das ACS, as visitas domiciliares dos profissionais de saúde, as ações em saúde no território e o conhecimento expansivo e profundo das desigualdades presentes no cenário territorial de cada ESF. Dessa forma, a territorialização também traz a aproximação da comunidade com a ESF, não baseado na busca por saúde na ESF, mas no fundamento do termo “Estratégia Saúde da Família”, na qual a UBS expande o seu trabalho para além da construção predial e emerge no cotidiano de vivências do seu território (Silva et al., 2021; De Oliveira et al., 2020).

O pertencimento territorial permite aos profissionais conhecer não apenas as famílias, mas também as desigualdades sociais, econômicas e de acesso que atravessam o cotidiano do cuidado. Esse conhecimento situado incide diretamente sobre as decisões das equipes, orientando escolhas clínicas, prioridades de acompanhamento e modos singulares de intervenção que escapam à mera normatização dos fluxos assistenciais, ampliando a resolutividade da APS em contextos marcados por iniquidades (Faria, 2020; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023; Ciello; Silva, 2025).

O agente comunitário de saúde presente no território e o vínculo consolidado com as famílias fazem dele uma figura essencial para a transição e continuidade do cuidado, sendo elo fundamental na transição do cuidado entre os serviços hospitalares e a APS conforme as falas de:

Primeiro a agente de saúde, ela vai, depende do caso, ela vai já fazer a visita. Aí, ah, não, ah, precisa de mais coisa, aí eu vou. Daí, depois que eu vou, sempre o médico vai (E2).

Mas é grande parte do agente de saúde no seu trabalho diário e o contato, né? Esse vínculo entre paciente que chega até mim. Hoje mesmo as duas altas hospitalares que eu tive foi através do agente de saúde, o familiar comunicando ali (E7).

Geralmente eles fazem esse contato com agente comunitário também, mandam mensagens, enfim, avisam, ou quando agente comunitário passa na casa, fica descobrindo (E16).

Sempre são os ACS, então por isso essa importância dessa comunicação com eles (E20).

Por residir e atuar no próprio território, o ACS conhece as necessidades, vulnerabilidades e redes de apoio local, o que permite identificar precocemente situações de risco, orientar famílias, promover educação em saúde e facilitar o acesso a serviços (Macinko; Harris, 2015; Veríssimo et al., 2024). Sua presença constante na comunidade possibilita monitoramento ativo, acompanhamento de planos terapêuticos e identificação de barreiras, como dificuldades com medicamentos ou acesso a benefícios sociais, essenciais para o suporte pós-alta e para a integralidade do cuidado (Ciello; Silva, 2025; Finch; Thistlethwaite, 2018; Veríssimo et al., 2024).

Relações de confiança e comunicação consistentes com profissionais conhecidos pelos usuários, especialmente os ACS, favorecem a continuidade assistencial, a adesão aos seguimentos pós-alta e a satisfação dos usuários (Ferrer et al., 2022) especialmente em populações de maior vulnerabilidade (Hall, 2021; Carter et al., 2021). Conforme proposto por Ayres e colaboradores (2003), a vulnerabilidade é uma categoria analítica multidimensional, que envolve dimensões individuais, sociais e programáticas, sendo produzida na interação entre sujeitos e contextos sociais, políticos e institucionais (Ayres et al., 2003).

Nesse sentido, a vulnerabilidade individual está intrinsecamente articulada à vulnerabilidade do território em que vive. Territórios marcados por desigualdades socioeconômicas, precariedade habitacional, insegurança alimentar, fragilidade das redes de apoio e insuficiência de políticas e serviços públicos ampliam os riscos de descontinuidade do cuidado, especialmente no período pós-alta hospitalar (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A trajetória dos ACS no território revela-se como um dos pilares invisíveis da transição e continuidade do cuidado, como sinaliza as falas:

As meninas aqui são agentes de saúde que já têm 10, 15, 20 anos aqui, né, então elas sabem nas visitas delas, elas já me passam 'fulano tá internado'

[...] então a gente fica mais de olho, né [...] Essa comunicação entre as ACS e o paciente também é muito importante e aqui funciona muito bem (E13).
 Nota de alta, nem sempre vem tudo descrito, né? Mas aí a gente como profissional formado, né? Tem que ter o mínimo de conhecimento para assegurar essa continuidade [...] então, eu tenho que colocar também meu eu como profissional e como buscadora de conhecimento para assegurar de forma mais assertiva a continuidade do cuidado sem trazer prejuízos e sem readmitir esse paciente de onde ele veio (E7).
 Isso não é só agora, nesses 20 anos que eu tô na saúde é isso, as pessoas procuram mais por essa questão, pra dar uma sequência naquele cuidado. [...] Olha, é bem frágil essa questão da nota de alta (E15).

As falas evidenciam essa potência do tempo vivido como acúmulo de capital relacional no cuidado, de maneira que esse tempo na prática permite ao profissional construir referências, comparações e critérios próprios para lidar com as fragilidades do sistema, antecipar riscos e adaptar condutas às necessidades reais dos usuários, dialogando com a produção do trabalho vivo em ato (Merhy, 2007; Paust et al., 2023). Esse conhecimento tácito, fruto da trajetória, fortalece a confiança mútua, a comunicação efetiva e a personalização do cuidado (Ladds, 2025).

O território, aliado à experiência e ao vínculo, constitui o alicerce sobre o qual se sustenta a continuidade do cuidado. O saber prático e relacional, decorrente da experiência e vivência dos profissionais, oportuniza antecipar demandas, manejar vulnerabilidades e personalizar as intervenções, tornando-se multiplicador da efetividade do cuidado (De Oliveira, 2020).

No território, o cuidado se materializa como prática relacional, apoiada na experiência, na presença ativa das equipes e na responsabilização compartilhada. Contudo, a potência do território encontra limites quando não articulada a fluxos comunicacionais e pactuações interinstitucionais claras.

4.3 COMUNICAÇÃO E CORRESPONSABILIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO: FRAGILIDADES INSTITUCIONAIS E POTÊNCIAS DO TRABALHO EM EQUIPE

A comunicação e a corresponsabilização entre profissionais são fundamentais para o cuidado em rede. A integralidade exige diálogo permanente, clareza de papéis e cooperação interprofissional. Fragilidades como a ausência de prontuário unificado, de contrarreferência estruturada e a sobreposição de responsabilidades evidenciam entraves à coordenação do cuidado. Essa categoria busca elencar os desafios enfrentados pelos profissionais na implementação da transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar.

A descontinuidade informacional, decorrente da fragmentação dos sistemas de informação e ausência de protocolos estruturados entre os diferentes níveis de atenção, dificulta a transição e continuidade do cuidado:

A falta de informação é uma das coisas que pega a gente. De informação dos próprios colegas da internação (E3).
 Às vezes a gente recebe a alta hospitalar, quando o ACS vai ver ele veio com sonda por tudo, usando alimentação enteral, e a gente fica tá... (E8).
 Quem sabe fazer uma solicitação junto aos hospitais da região pra informar realmente as unidades dessas altas hospitalares (E10).
 Às vezes uma unidade faz de um jeito, outra faz de outro... falta padronização (E20).

A ausência de sistemas de informação integrados, falhas na contrarreferência e barreiras no compartilhamento de informações limitam a capacidade da APS de exercer seu papel de ordenadora do cuidado e coordenadora da rede (Lacerda; Almeida, 2023), o que implica a fragmentação da atenção e o risco de desassistência, que compromete a segurança do paciente (Khatri et al., 2023; Husain et al., 2021).

Protocolos estruturados de transição do cuidado indicam que a nota de alta deve conter, minimamente, as informações: motivo da internação, principais achados clínicos, procedimentos realizados, reconciliação medicamentosa com justificativa para mudanças, dispositivos em uso, plano de seguimento e identificação do profissional responsável para contato (Becker et al., 2021; Chatterton et al., 2024). Além do documento escrito, recomenda-se comunicação direta entre hospital e APS, via telefone ou e-mail institucional, especialmente em casos de maior risco clínico ou uso de medicamentos potencialmente perigosos (Kim; Crandall; Byon, 2022; Munchhof et al., 2020).

A falta de clareza das atribuições e sobreposição de responsabilidades, também dificultam as ações de transição:

Ah, eu acredito que isso seria com o treinamento mesmo, tipo assim, juntar profissionais da atenção básica com a atenção terciária e fazer um treinamento mesmo [...] porque parece que a gente não fala a mesma língua e um treinamento, a mesma pessoa falando pra todo mundo, eu acho que seria o jeito ideal (E3).
 O hospital frisar bem a importância de procurar a unidade de saúde... vendo a complexidade do procedimento que foi feito na alta (E19).

Em E3 “parece que a gente não fala a mesma língua”, sugere a ausência de pactuação sobre fluxos, responsabilidades e critérios de seguimento, enquanto E19 “o hospital frisar bem a importância de procurar a unidade de saúde” indica deslocamento da articulação do cuidado para o usuário, evidenciando lacunas na

coordenação ativa da transição. Ao mesmo tempo, há sobreposição difusa de responsabilidades na “coordenação do cuidado”, atribuída simultaneamente ao hospital e à APS, porém sem definição operacional de liderança do processo.

A inexistência de espaços institucionais para diálogo potencializa essas fragilidades, reforçando a necessidade de fortalecer estratégias de governança e liderança colaborativa (Ljungholm et al., 2022; Josi; Bianchi; Brandt, 2020). Diante das fragilidades de comunicação e integração entre os níveis de atenção, os profissionais da APS mobilizam estratégias informais de compensação, como contatos pessoais e ligações telefônicas, para garantir a continuidade do cuidado, como se pode observar nas falas:

Não existe. Não existe, né? A comunicação vai ser se eu conheço o médico, que às vezes acontece. É uma pessoa que eu conheço. Aí eu mando um WhatsApp para tirar alguma dúvida. É, porque eu tenho contato com o médico [...] Só se é extra formal, assim! (E18).

Com o hospital, não. Só pela nota de alta, e aí, ou... Ah, é um agendamento de retorno no ambulatório, o ambulatório não quer marcar, aí tu pega o teu telefone, liga no ambulatório e conversa, mas assim, profissional pra profissional? Não (E19).

Essas redes informais evidenciam não apenas a criatividade dos profissionais e a relevância da corresponsabilização coletiva diante de recursos institucionais limitados, mas também dialogam com a literatura sobre itinerários terapêuticos (O'Reilly et al., 2017; Mendes; Samico; Hartz, 2020). Estes constituem os percursos singulares empreendidos por indivíduos na busca por cuidados à saúde, caracterizando-se por sequências de ações que articulam recursos formais, como o SUS, e informais, incluindo práticas tradicionais e redes sociais de apoio (Souza et al., 2022; Dias; Patrício; Matos, 2024).

Esses trajetos iniciam com a percepção subjetiva da doença, frequentemente precedida por tentativas iniciais em âmbitos familiares ou comunitários, antes da entrada no sistema de saúde formal. Essa dinâmica inicial reflete a influência de fatores culturais e socioeconômicos, que moldam as primeiras escolhas terapêuticas e determinam a duração e a complexidade do percurso (Souza et al., 2022; Dias; Patrício; Matos, 2024).

Familiares, vizinhos, líderes religiosos e associações de bairro são pontos-chaves de orientação sobre onde ir, acompanham em consultas e intercedem junto a profissionais, de forma que os usuários circulem entre diversas portas de entrada e serviços, passando, por UBS, pronto atendimentos, hospitais, farmácias, serviços privados até “conseguir ser atendido”. Esses itinerários tentam suprir falhas de

acolhimento, dificuldade de acesso e falta de informação clara nos serviços (Yamaguchi et al., 2020; Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019).

Essa dinâmica contextual, influenciada por fatores sociais e culturais, revela que os itinerários não são mapas fixos, mas se apresentam como trajetórias adaptativas realizadas pelos sujeitos, na qual o olhar dos profissionais de saúde, das mais diversas esferas, deve potencializar a humanização das práticas assistenciais para com o sujeito (Lima et al., 2020; Dias; Patrício; Matos, 2024). Essas estratégias revelam o *trabalho vivo em ato*, onde o cuidado emerge do encontro entre sujeitos, marcado pela sensibilidade, pela escuta e pela capacidade de criar soluções fora dos roteiros institucionais (Franco; Merhy, 2013), sendo a criatividade dos trabalhadores uma forma de resistência e cuidado ético (Feuerwerker, 2014).

A ausência de comunicação estruturada entre os diferentes níveis de atenção é o principal desafio para a efetivação da transição do cuidado. Entretanto, o trabalho em equipe e a corresponsabilização entre profissionais das equipes da APS são fatores potentes para produzir respostas às necessidades dos usuários e sustentar a continuidade do cuidado, especialmente quando a rede formal é incompleta (Ljungholm et al., 2025).

A corresponsabilização no cuidado à saúde possui limites delicados (Silva; Miranda, 2022; De Paula, 2021). Uma corresponsabilização efetiva exige objetivos assistenciais compartilhados, definição clara de papéis e fluxos, espaços regulares de comunicação entre equipes e uma cultura de segurança que permita discutir limites e falhas sem punição (Van Staalduinen et al., 2023). Em contextos marcados pela ausência de pactuações claras, diálogo institucionalizado e governança compartilhada, a corresponsabilização tende a se fragilizar, podendo operar como deslocamento de responsabilidades entre serviços e profissionais, em vez de favorecer a construção coletiva do cuidado, reforçando a fragmentação assistencial (Murray et al., 2023).

A corresponsabilização depende de condições organizacionais que possibilitem o exercício do trabalho colaborativo. A disponibilidade de equipes completas e a presença dos diferentes núcleos de saber constituem elementos essenciais para que a responsabilidade compartilhada se traduza em práticas efetivas de coordenação do cuidado. Quando essas condições são fragilizadas, a corresponsabilização tende a ser limitada, comprometendo a continuidade assistencial e aumentando a sobrecarga dos profissionais. Nesse contexto, as falas

evidenciam que a composição e a articulação das equipes influenciam diretamente a capacidade da APS de garantir a continuidade do cuidado.

[...] se tu tem uma equipe com um médico presente na unidade, facilita bastante coisa. Aqui o médico tá sempre presente. Então, nossa, é uma mão na roda, parece que a coisa flui (E14).

[...] a equipe não está completa [...] a gente acaba travando algumas coisas, não conseguindo dar continuidade àquele cuidado porque a equipe não está completa (E15).

A gente só tem eu, o enfermeiro e duas técnicas... se tivesse mais funcionários daria uma assistência melhor (E9).

A cobertura de ACS nunca tá completa... lá tem um problema que não pára médico (E14).

Observa-se que a ausência de determinados profissionais limita a capacidade de resposta da APS diante das demandas pós-alta, já que o cuidado integral é resultado da presença efetiva e complementar dos diferentes saberes, e não apenas uma soma de funções (Peduzzi, 2001; Silva; Agonigi; Acioli, 2024). Em contrapartida,

[...] eu e a médica a gente tem uma parceria muito boa quanto a isso, tanto já aconteceu também vice-versa, eu não consegui ir e a médica ir". Então essa parceria entre a gente é muito boa, assim, né, aqui também (E13).

Mostrando a fluidez das ações quando há cooperação e diálogo entre os profissionais, sendo que essa colaboração mútua permite que as responsabilidades sejam compartilhadas, assegurando a continuidade mesmo diante de dificuldades. Equipes que mantêm responsabilidades compartilhadas, trabalho em conjunto e cooperação são capazes de compensar ausências ou falhas pontuais e responder melhor às necessidades dos usuários (Schot; Tummers; Noordegraaf, 2020; Ljungholm et al., 2025).

No município de Criciúma, evidências de análise de situação em APS indicam que as unidades básicas vêm cumprindo indicadores pactuados no âmbito do Programa Previne Brasil, o que sugere a presença e atuação efetiva de equipes no território (Nunes et al., 2024). Entretanto, como em muitos municípios de porte médio no Brasil, a presença contínua de equipes completas com médicos, enfermeiros, ACS e demais profissionais é variável, sendo influenciada por fatores organizacionais e de gestão local, o que pode afetar a qualidade e a continuidade do cuidado pós-alta (Alves et al., 2023).

Indicadores predominantemente quantitativos, embora importantes para monitorar a cobertura e o desempenho dos serviços, apresentam limitações para captar dimensões mais qualitativas do processo de trabalho, como a cooperação

entre profissionais, a construção de vínculos e a capacidade das equipes de produzir cuidado situado no território. Nesse sentido, a avaliação dos serviços de saúde requer o equilíbrio entre indicadores quantitativos e análises qualitativas do trabalho em saúde, capazes de demonstrar os modos concretos de produção do cuidado no cotidiano das equipes (Giovanella et al., 2012; Mendes, 2015). Ademais, a existência de estrutura formal, equipes completas ou cumprimento de metas não garante, por si só, produção de cuidado qualificado, uma vez que a qualidade depende da capacidade de cogestão, reflexão crítica sobre o processo de trabalho e construção compartilhada de projetos terapêuticos (Campos, 2000; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Tais fragilidades revelam que, embora a continuidade do cuidado na rede se sustenta, em grande parte, pelo diálogo, pela cooperação e pela corresponsabilização, sua potência encontra limites sem sustentação estrutural, o que evidencia a necessidade de avançar da prática relacional para a formalização de arranjos institucionais que consolidem e institucionalizem a transição do cuidado.

4.4 POSSIBILIDADES PARA O RECONHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO COMO PRÁTICA DA APS

A transição do cuidado, embora presente nas rotinas diárias da APS, ainda ocorre de forma fragmentada e dependente do envolvimento e comprometimento individual das equipes. Essa categoria busca compreender como os profissionais de saúde detectam potencialidades concretas para o reconhecimento da institucionalização da transição do cuidado.

No âmbito da RAS, a Atenção Primária ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado, sendo responsável por ordenar os fluxos assistenciais e garantir a continuidade das ações entre os diferentes pontos da rede (Mendes, 2011; Almeida et al., 2018). Nesse sentido, a transição do cuidado não constitui apenas um momento técnico associado à alta hospitalar, mas integra o próprio processo de trabalho da APS, que acompanha longitudinalmente os usuários no território e articula diferentes serviços e profissionais na produção do cuidado. Reconhecer a transição como prática da APS implica compreendê-la como responsabilidade compartilhada entre os níveis assistenciais, porém coordenada no território, onde se

consolidam o vínculo, o acompanhamento longitudinal e a gestão das necessidades de saúde da população.

Dentre as potencialidades, um prontuário unificado, que possibilite a integração das informações é considerado um elemento estruturante para a institucionalização:

Acho que só via prontuário mesmo, né? É, eu acho que só se o prontuário fosse integrado, pra ter uma comunicação melhor [...], né? (E19)
A ideia do prontuário único [...] que isso eu acredito que seja o coração a parte mais importante, né? (E20).

A informatização e integração dos dados aumenta a acessibilidade e a precisão das informações do usuário, facilitando o acesso rápido e seguro às condições clínicas por diferentes profissionais e gestores, o que melhora a coordenação, reduz erros, agiliza processos administrativos e otimiza custos (Adekunle Oyeyemi Adeniyi et al., 2024). Nos últimos anos, diante da importância da integração informacional, foram promovidos diversos avanços pelo Ministério da Saúde na atualização do PEC/e-SUS APS, com a implementação de novos módulos, funcionalidades e integração com outros sistemas que facilitam o fluxo digital de informações (Celuppi et al., 2024; Postal et al., 2021).

Somada ao prontuário unificado, a criação de protocolos e fluxos formais de transição surge em diversas falas, como em: “criar um programa ou equipe só para transição do cuidado” (E1) e em “uma nota de alta bem escrita já ajudaria muito” (E3). Enquanto para E16, a padronização entre hospitais seria um avanço indispensável: “melhoraria muito se todos tivessem o mesmo padrão”.

A criação de equipes de transição, por exemplo, enfermeiros de ligação, o fortalecimento da comunicação entre diferentes níveis, bem como a educação permanente dos profissionais são importantes para garantir a segurança e a continuidade do cuidado (Naylor et al., 2017; Fakha et al., 2021).

Embora tais práticas já ocorram no cotidiano das equipes, sua institucionalização requer a construção de arranjos organizacionais que ultrapassem iniciativas individuais e passem a integrar a governança do sistema de saúde. A institucionalização da transição do cuidado envolve a definição de fluxos pactuados entre serviços, responsabilidades claramente atribuídas entre os níveis assistenciais, mecanismos formais de comunicação e monitoramento sistemático das transições realizadas. Esses dispositivos organizacionais permitem que práticas já presentes no cotidiano das equipes sejam incorporadas como políticas institucionais da rede,

reduzindo a dependência do esforço individual dos profissionais e ampliando a segurança e a continuidade do cuidado (Van Staalduinen et al., 2023; Murray et al., 2023).

O fortalecimento do Serviço de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), também se destaca como potencialidade para a transição, assim os profissionais relatam que o serviço faz diferença no cenário de saúde, como nas falas descritas a seguir, e sugerem sua aproximação com o hospital:

Fez muita diferença... acompanha até no final de semana (E20).
Equipes da prefeitura dentro do hospital para fazer a ponte entre hospital e APS (E8).

Enquanto E18 reforça a centralidade dessa estratégia ao afirmar que o Melhor em Casa *“é ótimo... sempre bem acessíveis”*. As falas convergem com as diretrizes nacionais de desospitalização, que reforçam a necessidade de um plano de alta estruturado e articulação entre os diferentes níveis e setores de assistência para transições efetivas (Brasil, 2020; Gabardo et al., 2022).

A educação em saúde e o letramento do paciente e da família também são importantes para a transição. A fala de E9, descrita a seguir, evidencia que a educação em saúde não se restringe à transmissão de informações, mas constitui dispositivo central de cuidado e de continuidade assistencial. “[...] eu, o enfermeiro e duas técnicas. [...] a gente faz o curativo e ensina o familiar também...” (E9).

A implementação dessas estratégias fortalece a participação ativa do paciente na coprodução do cuidado, o que melhora a adesão ao tratamento e favorece melhores resultados clínicos (Timmers et al., 2019).

Ao ensinar o familiar durante a realização do procedimento, a equipe transforma o momento técnico em espaço pedagógico e relacional, mediado pela comunicação, fortalecendo a autonomia e a responsabilização no pós-alta. Nessa perspectiva, a educação em saúde opera como tecnologia leve, sustentada no vínculo, na escuta e na negociação de saberes, conforme proposto por Merhy (2007), produzindo cuidado no encontro entre profissional e usuário. Quando a pessoa cuidada é incluída no processo de cuidado, a responsabilização surge como elemento central, transformando o paciente passivo em agente ativo do processo terapêutico, compartilhando responsabilidades com a equipe de saúde para garantir o sucesso do tratamento (Bernardo, 2021).

A análise das falas também revela que muitas das ações mobilizadas pelas equipes, como visitas domiciliares, busca ativa, educação em saúde e acompanhamento longitudinal, já constituem práticas consolidadas da APS e desempenham papel fundamental na sustentação do cuidado após a alta hospitalar. Contudo, tais ações nem sempre são reconhecidas institucionalmente como parte do processo formal de transição do cuidado, permanecendo frequentemente invisibilizadas nos fluxos organizacionais da rede. Reconhecer essas práticas como componentes estruturantes da transição implica valorizar o papel da APS na coordenação do cuidado e incorporar essas ações nos protocolos, indicadores e mecanismos de gestão da rede de atenção (Feuerwerker, 2014; Almeida et al., 2018).

Apesar dos desafios estruturais existentes para a transição e a continuidade do cuidado, os profissionais reconhecem um conjunto de possibilidades; criação de fluxos, protocolos, integração de sistemas; especialmente prontuário integrado, fortalecimento do Melhor em Casa, como potencialidades para institucionalização da transição do cuidado. Essas propostas estão alinhadas à Política Nacional de Cuidados (Lei no. 15.069/2024), na qual o cuidado é reconhecido como direito fundamental e atividade essencial para promover o bem-estar e a sustentabilidade da vida social, podendo ser financiado com recursos federal, estadual, distrital e municipal, conforme disponibilidade financeira (Brasil, 2024). Nesse sentido, observa-se que há sustentação jurídica para a criação de políticas municipais específicas para o cuidado que a depender de ações de governança, fortalecimento das equipes e integração informacional, as práticas isoladas podem ser formalizadas, institucionalizando a transição do cuidado.

Programas de transição hospital/comunidade voltados a idosos, amplamente desenvolvidos nos Estados Unidos, constituem exemplos de modelos estruturados de cuidado de transição com potencial de adaptação a outros contextos. Esses *programas de transição do cuidado* são direcionados especialmente a idosos frágeis após a alta hospitalar e têm como objetivos centrais a redução de reinternações evitáveis, de complicações clínicas e do uso inadequado de recursos de saúde. As estratégias adotadas incluem a coordenação entre os diferentes níveis de atenção, o acompanhamento precoce no período pós-alta e a educação sistemática do idoso e de seus cuidadores para o autocuidado, reforçando a continuidade assistencial e a segurança do cuidado no território (Reyes; Ouslander, 2019).

Outro modelo de cuidado de transição hospital domicílio é o modelo global dos “6 A’s”, desenvolvido a partir da análise de políticas públicas e entrevistas realizadas em 12 países de baixa, média e alta renda. O modelo organiza a transição do cuidado em seis componentes articulados: *assess* (avaliação das necessidades do paciente), *advise/educate* (orientação e educação do paciente e da família), *arrange* (organização do seguimento e dos serviços), *access/attend* (garantia de acesso e comparecimento ao acompanhamento), *adopt* (adoção de práticas de autocuidado) e *achieve* (alcance de melhores resultados e qualidade de vida). Sua implementação inicia ainda no ambiente hospitalar, com foco na avaliação, orientação e planejamento da alta, e se estende para o território e a comunidade, onde se concentram as ações voltadas ao acesso, ao autocuidado e à consolidação dos resultados do cuidado contínuo (Bettger, 2018).

A transição do cuidado no Brasil vem se institucionalizando a partir do reconhecimento da continuidade assistencial como elemento essencial da qualidade do cuidado, especialmente no momento da alta hospitalar (Cerqueira; Anjos; Prado, 2021; Bandeira et al., 2021). Revisões e estudos brasileiros mostram institucionalização por meio de: planos de alta, educação do paciente/família, acompanhamento ambulatorial, instrumentos padronizados como *Care Transition Measure* (CTM-15) e articulação formal com a Atenção Primária, entretanto a transição ainda é frequentemente iniciada muito perto da alta, em desacordo com modelos internacionais que recomendam iniciar na admissão (Lima et al., 2018; Melo et al., 2025).

As evidências desta categoria indicam que a transição do cuidado já ocorre no cotidiano das equipes da APS, sustentada pelo trabalho relacional, pelo vínculo com os usuários e pela capacidade dos profissionais de mobilizar estratégias para garantir a continuidade assistencial. Entretanto, sua realização ainda depende fortemente da iniciativa individual das equipes e da existência de arranjos informais entre serviços. Avançar no reconhecimento da transição do cuidado como prática própria da APS exige sua formalização por meio de fluxos institucionais, protocolos compartilhados, integração informacional e espaços permanentes de comunicação entre os níveis assistenciais. Quando incorporada como responsabilidade institucional da rede de atenção, e não apenas como esforço individual dos profissionais, a transição do cuidado pode consolidar-se como dispositivo estruturante da coordenação do cuidado no território.

5 CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a transição do cuidado já acontece no cotidiano da APS, embora as práticas ainda não sejam formalmente reconhecidas como cuidados de transição. Essas práticas são sustentadas pelo vínculo com o território, pela atuação dos agentes comunitários de saúde, pelo trabalho em equipe e pelo uso de tecnologias leves, reafirmando a APS como espaço privilegiado para a coordenação do cuidado. Entretanto, fragilidades como a comunicação fragmentada entre os níveis assistenciais, a ausência de prontuário integrado, a insuficiência de fluxos e protocolos e a indefinição de responsabilidades limitam a institucionalização dessas ações.

Nosso estudo permitiu identificar práticas consolidadas, fragilidades e oportunidades de aprimoramento acerca da transição do cuidado no território. A partir de nossos resultados é possível recomendar o uso de estratégias que institucionalizem e fortaleçam a transição e continuidade do cuidado, como desenvolvimento de protocolos assistenciais, fluxos interinstitucionais, estratégias de educação permanente e integração dos sistemas de informação. O uso dessas diretrizes assistenciais têm potencial para contribuir com o fortalecimento da coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e com o reconhecimento da transição do cuidado como prática intrínseca ao processo de trabalho da APS, coordenada no território e compartilhada entre os diferentes pontos da rede.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.* Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.
- ADEYEMI ADENIYI, A. O. *et al.* The impact of electronic health records on patient care and outcomes: a comprehensive review. **World Journal of Advanced Research and Reviews**, v. 21, n. 2, p. 1446–1455, 2024.
- ALLEN, J. *et al.* Improving transitional care communication for older Australians from hospital to home: co-design of the transition tool. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 6, 2022.
- ALLEN, J. *et al.* Informal carer support needs, facilitators and barriers in transitional care for older adults from hospital to home: a scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 19–20, p. 6773–6795, 2023.
- ALLEN, J. *et al.* User experience and care integration in transitional care for older people from hospital to home: a meta-synthesis. **Qualitative Health Research**, v. 27, n. 1, p. 24–36, 2017.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordenação do cuidado e APS no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 244–260, 2018.
- ALVES, R. F. S. *et al.* Primary health care coverage in Brazil: a dataset from 1998 to 2020. **BMC Research Notes**, v. 16, n. 1, p. 63, 2023.
- ALYAFEI, A.; MARRI, S. Continuity of care at the primary health care level: narrative review. **Family Medicine and Primary Care: Open Access**, v. 146, n. 4, p. 1–10, 2020.
- ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 980–990, 2011.
- AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3162, 2019.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117–139.

BANDEIRA, D. *et al.* Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de transição do cuidado: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1–14, 2021.

BARBER, R. D. *et al.* A role for social workers in improving care setting transitions: a case study. **Social Work in Health Care**, v. 54, n. 3, p. 177–192, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAXTER, R. *et al.* Delivering exceptionally safe transitions of care to older people: a qualitative study of multidisciplinary staff perspectives. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 780, 2020.

BECKER, C. *et al.* Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 8, p. e2119346, 2021.

BELL, C. M. *et al.* Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 3, p. 381–386, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. A clínica ampliada e a gestão democrática: invenções da micropolítica do trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2006. p. 31–52.

BERNARDO, L. A. A corresponsabilização da pessoa com feridas crônicas em seu processo de cuidado. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Instituto de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, 2021.

BETTGER, J. P. The 6 A's global transitional care model for addressing hospital-to-home care fragmentation. **International Journal of Integrated Care**, v. 18, n. s2, p. 159, 2018.

BIERHALS, C. C. B. K. *et al.* Use of health services by elderly people post-stroke: a randomized controlled trial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

BIFF, D. *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147–158, 2020.

BOUCHAND, F. *et al.* Impact of a medication reconciliation care bundle at hospital discharge on continuity of care: a randomised controlled trial. **International Journal of Clinical Practice**, v. 75, n. 8, 2021.

BOUSQUAT, A. *et al.* APS e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 162, n. 247, p. 2–3, 24 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências: políticas para redução de erros de prescrição**. Brasília, DF, 2021.

BRONDANI, J. E. *et al.* Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2016.

BURKE, R. E. *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, v. 8, n. 2, p. 102–109, 2013.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARTER, J. *et al.* Effect of community health workers on 30-day hospital readmissions in an accountable care organization population: a randomized clinical trial. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 5, 2021.

CELUPPI, L. C. *et al.* Dez anos do prontuário eletrônico do cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, n. 1, p. 23, 2024.

CERQUEIRA, R. S.; ANJOS, E. F.; PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 249–251, 2021.

CHATTERTON, B. *et al.* Primary care physicians' perspectives on high-quality discharge summaries. **Journal of General Internal Medicine**, v. 39, n. 8, p. 1438–1443, 2024.

CIELLO, F. J.; SILVA, P. S. da. Imaginando o trabalho do agente comunitário de saúde: notas para uma discussão sobre território, saúde e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 2, 2025.

COFFEY, A. *et al.* Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 14, p. 1–16, 2019.

COLEMAN, E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 549–555, 2003.

COLEMAN, Eric A.; BERENSON, Robert A. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. **Annals of Internal Medicine**, v. 141, n. 7, p. 533–536, 5 out. 2004.

COLLET, R. *et al.* Facilitators, barriers, and guidance to successful implementation of multidisciplinary transitional care interventions: a qualitative systematic review using the consolidated framework for implementation research. **International Journal of Nursing Studies Advances**, v. 8, p. 100269, 2025.

COSTA, M. F. B. N. A. da *et al.* Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180332, 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. da; PEREZ, E. I. B.; CIOSAK, S. I. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 2021.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e14, 2020.

DAVID, E. Implementation of continued care for patients in primary health care. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. S1, p. 223, 2021.

DE OLIVEIRA, M. C. C. *et al.* Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 13578–13588, 2020.

DE PAULA, L. G. C. Redes de atenção à saúde: diagnóstico das ações construídas entre a APS e os hospitais de pequeno porte. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 48–55, 2021.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. de; PEREIRA-SANTOS, M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 7, p. 204–221, 2019.

DIAS, B. B. E.; PATRÍCIO, C. M. S.; MATOS, T. N. F. de. Desvelando desafios: itinerário terapêutico de pacientes em unidade pediátrica de investigação diagnóstica. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 3, p. 21–35, 2024.

DYRSTAD, D. N. *et al.* A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. **Cognition, Technology & Work**, v. 17, n. 1, p. 15–34, 2015.

FAKHA, A. *et al.* A myriad of factors influencing the implementation of transitional care innovations: a scoping review. **Implementation Science**, v. 16, n. 1, p. 21, 2021.

FAKHA, A. *et al.* Implementing four transitional care interventions for older adults: a retrospective collective case study. **The Gerontologist**, v. 63, n. 3, p. 451–466, 2023.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020.

FERNANDES, H. N. *et al.* Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1915–1926, 2015.

FERRER, R. L. *et al.* Community health workers as trust builders and healers: a cohort study in primary care. **The Annals of Family Medicine**, v. 20, n. 5, p. 438–445, 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. [S. l.]: Rede Unida, 2014.

FINCH, J. E.; THISTLETHWAITE, R. XTend-supported discharge program. **International Journal of Integrated Care**, v. 18, n. s1, p. 64, 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 812–820, 2006.

FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na atenção primária à saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 821–836, 2023.

FRANCO, T. B.; MERHY, L. E. **Trabalho e produção do cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 14, n. 28, p. 139–152, 2004.

GABARDO, J. M. B. *et al.* Internamento domiciliar via SUS no Brasil: o impacto do programa “Melhor em Casa”. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e36711629177, 2022.

GALLO, V. C. L. *et al.* Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 173–182, 2022.

GEARY, C. R.; SCHUMACHER, K. L. Care transitions: integrating transition theory and complexity science concepts. **Advances in Nursing Science**, v. 35, n. 3, p. 236–248, 2012.

GENOVESE, S. *et al.* The European Health Data Space: a step towards digital and integrated care systems. **Journal of Integrated Care**, v. 30, n. 4, p. 363–372, 2022.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. e20210030, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.
GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, C. B. E. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020.

GREWAL, G. *et al.* Scoping review of interventions to improve continuity of postdischarge care for newborns in LMICs. **BMJ Global Health**, v. 9, n. 1, p. e012894, 2024.

HAGGERTY, J. L. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003.

HALL, W. J. Community health workers and transitions of care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 69, n. 9, p. 2449–2450, 2021.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da APS: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013.

HIRSCHMAN, K. *et al.* Continuity of care: the transitional care model. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 20, n. 3, 2015.

HUSAIN, A. *et al.* A clinical communication tool (Loop) for team-based care in pediatric and adult care settings: hybrid mixed methods implementation study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 3, p. e25505, 2021.

IBGE. **Panorama de Criciúma**. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>. Acesso em: 15 jan. 2025.

JANUÁRIO, T. G. F. M. *et al.* Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2283–2290, 2023.

JEPMA, P. *et al.* Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 786, 2021.

JONES, C. D. *et al.* A failure to communicate: a qualitative exploration of care coordination between hospitalists and primary care providers around patient hospitalizations. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 4, p. 417–424, 2015.

JOSI, R.; BIANCHI, M.; BRANDT, S. K. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. **BMC Nursing**, v. 19, n. 1, p. 1, 2020.

KASH, B. A. *et al.* Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. **International Journal of Medical Informatics**, v. 104, p. 97–104, 2017.

KATTEL, S. *et al.* Information transfer at hospital discharge: a systematic review. **Journal of Patient Safety**, v. 16, n. 1, p. e25–e33, 2020.

KATZ, N. *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1389–1400, 2020.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186–193, 2019.

KHATRI, R. *et al.* Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 750, 2023.

KIM, Y.; CRANDALL, M.; BYON, H. D. Discharge communications for older patients between hospital healthcare providers and home healthcare providers: an integrative review. **Home Health Care Management & Practice**, v. 34, n. 2, p. 125–132, 2022.

KRIPALANI, S. *et al.* Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. **JAMA**, v. 297, n. 8, p. 831–841, 2007b.

KRIPALANI, S. *et al.* Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine**, v. 2, n. 5, p. 314–323, 2007a.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.

- LA ROCCA, A.; HOHOLM, T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 149, 2017.
- LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. de. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da APS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, 2023.
- LADDS, E. Exploring the GP-patient relationship: a historical narration. **Medical Humanities**, v. 51, n. 1, p. 112–122, 2025.
- LIMA, E. O. de *et al.* Therapeutic itinerary of people with leprosy: paths, struggles, and challenges in the search for care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. 1–8, 2020.
- LIMA, M. A. D. da S. *et al.* Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.
- LJUNGHOLM, L. *et al.* Conditions for and potential solutions associated with continuity of care for patients with complex care needs across Swedish regions with differing population densities. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, p. 614, 2025.
- LJUNGHOLM, L. *et al.* What is needed for continuity of care and how can we achieve it? Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 686, 2022.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.
- MAGALHÃES, A. M. M. de; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 146–154, 2013.
- MAGWOOD, G. S. *et al.* Barriers and facilitators of stroke recovery: perspectives from African Americans with stroke, caregivers and healthcare professionals. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 28, n. 9, p. 2506–2516, 2019.
- MARINHO, G. L. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado e regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4361–4362, 2018.
- MARKLE-REID, M. *et al.* An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: a feasibility study. **Journal of Comorbidity**, v. 10, p. 2235042X1990045, 2020.
- MARSHALL, T. *et al.* Quantifying, understanding and enhancing relational continuity of care (QUERCC): a mixed-methods protocol. **BMJ Open**, v. 15, n. 4, p. e088573, 2025.

MARTINS, M. M. *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

MAURO, A. N. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Prática e gerenciamento do tempo do enfermeiro da APS na continuidade do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 30, p. e95970, 2025.

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Hospital–primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210145, 2021.

MEIQARI, L. *et al.* How have researchers defined and used the concept of ‘continuity of care’ for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. **Health Research Policy and Systems**, v. 17, n. 1, p. 27, 2019.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 61–67, 2013.

MELO, R. C. *et al.* Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, n. 2, p. e350216, 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. [S. l.]: OPAS, 2011.

MENDES, M. F. M.; SAMICO, I. C.; HARTZ, Z. M. A. Communication between health professionals and their influence on the coordination of care. **European Journal of Public Health**, v. 30, n. Suppl. 5, p. ckaa165.856, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MUNCHHOF, A. *et al.* Beyond discharge summaries: communication preferences in care transitions between hospitalists and primary care providers using electronic medical records. **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 6, p. 1789–1796, 2020.

MURRAY, J. S. *et al.* Requirements for implementing a “just culture” within healthcare organisations: an integrative review. **BMJ Open Quality**, v. 12, n. 2, 2023.

NAYLOR, M. *et al.* Components of comprehensive and effective transitional care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 6, p. 1119–1125, 2017.

NAYLOR, M.; KEATING, S. A. Transitional care. **AJN: American Journal of Nursing**, v. 108, n. 9, p. 58–63, 2008.

NOEL, K. *et al.* Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month randomized controlled trial evaluating the use of telehealth to achieve triple aim objectives. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 1, p. 27, 2020.

NUNES, R. Z. de S. *et al.* Análise de situação de saúde do município de Criciúma/SC utilizando indicadores do Previnde Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 21, p. 1–15, 2024.

O'REILLY, P. *et al.* Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: an integrative review. **PLOS ONE**, v. 12, n. 5, 2017.

OKAFOR, N. *et al.* Improved accuracy and quality of information during emergency department care transitions. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 18, n. 3, p. 459–465, 2017.

OKSHOLM, T. *et al.* The effect of transitions intervention to ensure patient safety and satisfaction when transferred from hospital to home health care: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 79, n. 6, p. 2098–2118, 2023.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. A.; SOUZA, M. K. B. de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the health care network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310105, 2021.

OLIVEIRA, F. M. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. Tese (Pós-graduação) – Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2011.

OLIVEIRA, M. P. R. de *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016.

PATEL, S. J.; LANDRIGAN, C. P. Communication at transitions of care. **Pediatric Clinics of North America**, v. 66, n. 4, p. 751–773, 2019.

PAUST, A. *et al.* Temporal capital and unaligned times as inequality mechanisms: a case study of chronic care in general practice. **Social Science & Medicine**, v. 338, p. 116337, 2023.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013.

PIETTE, J. D. *et al.* Impacts of post-hospitalization accessible health technology and caregiver support on 90-day acute care use and self-care assistance: a randomized clinical trial. **American Journal of Medical Quality**, v. 36, n. 3, p. 145–155, 2021.

POSTAL, L. *et al.* Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à atenção primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, 2021.

POURRAT, X. *et al.* Effectiveness of a multicomponent pharmacist intervention at hospital discharge for drug-related problems: a cluster randomised cross-over trial. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 86, n. 12, p. 2441–2454, 2020.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324–335, 2018.

RAMIREZ, J. *et al.* A qualitative study exploring a community health navigator intervention for patients with chronic and complex care needs transitioning from hospital to home. **BMC Health Services Research**, v. 26, n. 1, p. 259, 2026.

RATTRAY, N. A. *et al.* Crossing the communication chasm: challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 43, n. 3, p. 127–137, 2017.

REYES, B.; OUSLANDER, J. G. Care transitions programs for older adults: a worldwide need. **European Geriatric Medicine**, v. 10, n. 3, p. 387–393, 2019.

RUSLIN, R. *et al.* Semi-structured interview: a methodological reflection on the development of a qualitative research instrument in educational studies. **IOSR Journal of Research & Method in Education**, v. 12, n. 1, p. 22–29, 2022.

SAHOTA, O. *et al.* Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the CIRACT study. **Health Services and Delivery Research**, v. 4, n. 7, p. 1–90, 2016.

SANTOS, E. M. dos. Gestão participativa: estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 107, 2009.

SCHOEN, C. *et al.* New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. **Health Affairs**, v. 30, n. 12, p. 2437–2448, 2011.

SCHOT, E.; TUMMERS, L.; NOORDEGRAAF, M. Working on working together: a systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 3, p. 332–342, 2020.

SEZGIN, Duygu *et al.* The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. **European Geriatric Medicine**, v. 11, n. 6, p. 961–974, 4 ago. 2020.

SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; ALIHEYDARI MAMAGHANI, J. Transitional care: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 99, p. 103387, 2019.

SHEU, L. *et al.* We need to talk: primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record. **Journal of Hospital Medicine**, v. 10, n. 5, p. 307–310, 2015.

SILVA, A. M. da; MIRANDA, L. Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00504189, 2022.

SILVA, F. N. de A.; AGONIGI, R. C.; ACIOLI, S. Práticas de enfermeiras na saúde da família: continuidade no cuidado a usuários com condições crônicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 32, 2024.

SILVA, J. L. A. *et al.* Aplicabilidade do processo de territorialização como estratégia para o desenvolvimento da promoção da saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. 1–8, 2021.

SILVA, S. A. da; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Primary health care evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979–987, 2015.

SMITH, K. Effective communication with primary care providers. **Pediatric Clinics of North America**, v. 61, n. 4, p. 671–679, 2014.

SOUZA, A. M. L. B. de *et al.* Itinerário terapêutico de pacientes pós-acidente vascular cerebral: o estado da arte da produção científica brasileira. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 29, n. 4, p. 442–449, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SUN, M. *et al.* Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: a qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1128885, 2023.

TIMMERS, T. *et al.* Educating patients by providing timely information using smartphone and tablet apps: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, 2019.

TREGUNNO, D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. **Nursing Research and Practice**, v. 2013, p. 1–8, 2013.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. de. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 36–42, 2013.

TYLER, N. *et al.* Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 11, p. e2344825, 2023.

ULIN, K. *et al.* Person-centred care: an approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 3, 2016.

UTZUMI, F. C. *et al.* Access versus care continuity in health network services: experiencing possibilities and contradictions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020.

VALENTE, S. H. *et al.* Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

VAN GROOTEL, J. W. M. *et al.* Continuity and coordination of care during hospital-to-home transitions: healthcare professionals' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, 2025.

VAN GROOTEL, J. W. M. *et al.* Engaging patients in designing a transmural allied health pathway: a qualitative exploration of hospital-to-home transitions. **Health Expectations**, v. 27, n. 2, 2024b.

VAN GROOTEL, J. W. M. *et al.* Experiences with hospital-to-home transitions: perspectives from patients, family members and healthcare professionals: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **Disability and Rehabilitation**, p. 1–14, 2024a.

VAN STAALDUINEN, D. J. *et al.* Relational coordination in value-based health care. **Health Care Management Review**, v. 48, n. 4, p. 334–341, 2023.

VERÍSSIMO, L. *et al.* Are community health agents the link to integrating care? Lessons from Brazil. **Journal of Integrated Care**, v. 32, n. 1, p. 45–51, 2024.

WALTERS, R. *et al.* Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, 2020.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of care**. Geneva: World Health Organization, 2016.

YAMAGUCHI, M. U. *et al.* Papel das mídias digitais e da literacia digital na educação não formal em saúde. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 14, p. e3761017, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Projeto de Pesquisa:

Pesquisadora Principal: Aline Neves Bonetti Meneghel

Pesquisadora orientadora: Cristiane Damiani Tomasi

Dados dos participantes:

Nome: _____

Data da coleta de dados: _____

Local de realização da entrevista: _____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

Bloco 1: identificação dos profissionais

- 1) Qual a sua formação profissional?
- 2) Há quanto tempo você atua na área da saúde?
- 3) Fale da sua experiência [trajetória] de atuação na atenção primária.

Bloco 2: Percepção sobre cuidados de transição

- 4) O que você entende por cuidados de transição?
- 5) Na sua opinião, qual a importância dos cuidados de transição para a saúde do usuário do serviço de saúde?
- 6) Fale sobre como acontece a continuidade do cuidado na APS após a alta hospitalar?

Bloco 3: Identificação dos usuários do serviço de saúde em alta hospitalar

- 7) Como a unidade de saúde identifica os usuários adscritos que recebem alta hospitalar? Descreva ferramentas, sistemas, etc, utilizados.
- 8) Como e com qual frequência a unidade recebe informações sobre a alta hospitalar dos usuários adscritos à unidade?

Bloco 4 : Práticas da unidade de saúde e demandas dos usuários

- 9) Como acontece a transição do cuidado do hospital para o domicílio na área de abrangência desta Unidade de Saúde? Detalhe as ações realizadas pela equipe da unidade de saúde.
- 10) Os pacientes adscritos a UBS, ou os familiares/cuidadores, procuram a unidade de saúde após a alta hospitalar?
- 11) Como você acredita que deveria acontecer a transição do cuidado do hospital para o domicílio?

Bloco 5: Desafios para a transição e continuidade do cuidado

- 12) Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais da UBS, para garantir a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar? Explique.
- 13) Quais estratégias podem melhorar a comunicação entre profissionais de saúde na alta e/ou após a alta hospitalar?

- 14)Quais são os recursos (humanos, materiais) necessários para implementar cuidados de transição, após a alta hospitalar?
- 15)Como você avalia a disponibilidade desses recursos na sua unidade?

Bloco 6: Comunicação e cuidado

- 16)Como você avalia a comunicação entre os profissionais de saúde da UBS e do hospital? Por que avalia desse modo?
- 17)Quais estratégias poderiam melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde na alta e/ou após a alta hospitalar?

Bloco 7: Cuidado multiprofissional

- 18) Como a equipe multiprofissional pode atuar nos cuidados de transição, após a alta hospitalar?
- 19) Como a APS (APS) pode garantir a continuidade e integralidade dos cuidados após a alta hospitalar?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Percepção e práticas dos profissionais da APS sobre Cuidados de Transição e Continuidade do Cuidado, após a alta hospitalar, no município De Criciúma/SC

Objetivo: Analisar a percepção e prática dos profissionais da APS sobre cuidados de transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar.

Período da coleta de dados: 01/05/2025 a 31/07/2025

Tempo estimado para cada coleta: 1h (uma hora)

Local da coleta: Unidades de Saúde do município de Criciúma

Pesquisador/Orientador: Prof. Dra. Cristiane Damiani Tomasi

Telefone: (48) 996275585

Pesquisador/Acadêmico: Aline Neves Bonetti Meneghel

Telefone: (48) 988265603

Mestranda do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

Ao participar da pesquisa você passará por entrevista, que será presencial e individual, em ambiente protegido, com horário previamente agendado. Durante a entrevista, o áudio será gravado para transcrição posterior. A gravação é apenas para posteriormente fazer a transcrição, em nenhum momento o áudio será utilizado, ou identificado o autor de das respostas à entrevista. O material da pesquisa ficará sob guarda do pesquisador responsável e não será divulgado em nenhum momento. Cada entrevista deve durar, no máximo, 1 hora.

RISCOS

Os participantes serão orientados a informar os pesquisadores algum eventual desconforto emocional ou psicológico, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. A pesquisa acontecerá em local reservado, de modo a preservar o sigilo das informações fornecidas pelos participantes e o material da gravação e transcrição das entrevistas será armazenado ficando sob guarda dos pesquisadores.

BENEFÍCIOS

Será possível verificar a percepção e práticas dos profissionais da APS sobre transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, bem como identificar os principais desafios e oportunidades de melhorias, que beneficiará tanto os serviços de saúde, com a possível redução de custos na assistência, como os pacientes com menor risco de eventos adversos e aumento na qualidade de vida.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras

peessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora Prof. Dra. Cristiane Damiani Tomasi pelo telefone (48) 9 9627 5585 e/ou pelo e-mail cdtomasi@unesc.net.

Dúvidas ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC. O CEP/UNESC se localiza na Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário, nas dependências do Bloco R1 – Sala 109, Criciúma, SC, com horário de funcionamento das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30, de segunda a sexta-feira. Contato também pode ser feito pelo fone (48) 3431 2606 ou e-mail cep@unesc.net. O endereço da página do CEP/UNESC é www.unesc.net/cep.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

O CEP/UNESC integra o sistema nacional de ética em pesquisa, a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CNS/MS).

Este documento, para ser válido, deve ter todas as páginas rubricadas pelo pesquisador responsável ou pessoa por ele delegada e pelo convidado - participante de pesquisa ou seu responsável legal (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável

Assinatura Nome: - CPF: . . -	Assinatura Nome: - CPF: . . -
---	---

Criciúma (SC), __ de _____ de 2025

ANEXO

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADOS DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO PÓS-ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CRICIÚMA/SC

Pesquisador: Cristiane Damiani Tomasi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88058825.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.526.558

Apresentação do Projeto:

Informações constantes do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2536787.pdf Versão do Projeto: 1.

Desenho: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevista, mediada por pesquisador treinado, de modo presencial e individual com os membros selecionados das equipes, gravada e posteriormente transcrita.

Resumo: Introdução: O cuidado de transição é um componente essencial do cuidado integrado, pois se concentra em garantir a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde à medida que os pacientes transitam entre diferentes níveis de atenção. A transição do cuidado na alta hospitalar envolve ações coordenadas para garantir a continuidade do cuidado necessário fora do ambiente hospitalar. Transições efetivas, do hospital para o domicílio, envolvem diversos elementos, entre eles o envolvimento ativo do paciente e de sua família, a comunicação clara, a colaboração entre os membros da equipe de saúde, a educação apropriada para o paciente e seus familiares, a continuidade do atendimento nos serviços de saúde, entre outros fatores. Estudos demonstram que maior continuidade de cuidados está consistentemente associada à

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIÚMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 7.526.558

redução da utilização de assistência médica, incluindo menos visitas ao pronto socorro e hospitalizações, além de melhor gerenciamento de doenças crônicas, coordenação de cuidados e qualidade de vida do paciente. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na organização dos sistemas de saúde, especialmente dentro da RAS, garantindo a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Objetivo: Analisar a percepção e prática dos profissionais da atenção primária à saúde sobre cuidados de transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar. Métodos: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevista, mediada por pesquisador treinado, de modo presencial e individual com os membros selecionados das equipes, gravada e posteriormente transcrita.

Introdução: O cuidado de transição é um componente essencial do cuidado integrado, pois através dele que se busca garantir a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde à medida que os pacientes transitam entre diferentes níveis de atenção, o que é particularmente relevante para pacientes com doenças crônicas, ou condições complexas, visto que percorrem muitos serviços de assistência (MARKLE-REID et al., 2020). A continuidade do cuidado (CC) é entendida como a articulação e sequência de atendimentos e intervenções necessários ao usuário ao longo do tempo na Rede de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Transições de cuidado bem estruturadas são determinantes para a qualidade e segurança do paciente, prevenindo falhas na comunicação, eventos adversos e internações evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). A transição do cuidado na alta hospitalar envolve ações coordenadas para garantir a continuidade do cuidado necessário fora do ambiente hospitalar (SHAHSVARI; ZAREI; ALIHEYDARI MAMAGHANI, 2019). Uma revisão sistemática recente reforça que maior continuidade de cuidados está consistentemente associada à redução da utilização de assistência médica, incluindo menos visitas ao pronto socorro e hospitalizações, além de melhor gerenciamento de doenças crônicas, coordenação de cuidados e qualidade de vida do paciente (NASSER ALBARQI, 2024). O processo de alta é amplo e complexo, de forma que seu planejamento deve ser iniciado no momento da internação, garantindo que o paciente deixe o hospital no momento adequado e com todas as necessidades pós-alta devidamente organizadas (MENNUNI et al., 2017). Transições efetivas, do hospital para o domicílio, envolvem diversos elementos, entre eles a participação ativa do paciente e de sua família, a comunicação clara, a colaboração entre os membros da equipe de saúde, a educação apropriada para o paciente e seus familiares, a continuidade do

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2806

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 7.526.558

atendimento nos serviços de saúde, entre outros fatores (NAYLOR; BERLINGER, 2016). No contexto da integralidade no SUS, a CC desempenha um papel fundamental ao integrar os diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (UTZUMI et al., 2020). A Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial na organização dos sistemas de saúde, especialmente dentro da RAS, garantindo a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (MENDES, 2011). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o principal modelo assistencial da APS, estruturando-se para oferecer um atendimento contínuo, acessível e resolutivo, alinhado às necessidades da população (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015). No entanto, a falta de integração entre os serviços e a ausência de mecanismos eficazes de transferência de informações pode comprometer a continuidade do cuidado, aumentando o risco de desfechos clínicos desfavoráveis (KATTEL et al., 2020). Estudos demonstram que a implementação de estratégias como o uso de tecnologias de informação, a reconciliação medicamentosa e o suporte multiprofissional no pós-alta são eficazes para reduzir complicações e garantir um acompanhamento adequado dos pacientes após a hospitalização (BOUCHAND et al., 2021; TYLER et al., 2023). Apesar da importância do tema, a literatura brasileira apresenta uma lacuna quanto à percepção dos profissionais da APS sobre a transição e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

1.1 JUSTIFICATIVA Ressalta-se a importância de verificar a percepção e as práticas dos profissionais atuantes na atenção primária sobre transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, bem como identificar os principais desafios e oportunidades de melhorias, visto que a continuidade do cuidado oferece diversos benefícios, tanto para os serviços de saúde, com a redução de custos de assistência, quanto para os pacientes, que apresentam menor necessidade de buscar atendimentos hospitalares, menor risco de eventos adversos e melhorias na qualidade de vida.

Hipótese: No contexto da Atenção Primária à Saúde, os profissionais desempenham ações que favorecem a continuidade do cuidado no retorno ao domicílio após a alta hospitalar, ainda que muitas vezes não reconheçam essas práticas como parte dos cuidados de transição. A experiência acumulada pelos profissionais na APS, associada ao conhecimento do território e das redes locais, potencializa a efetividade das ações de cuidado no período pós-alta, promovendo maior resolutividade, satisfação dos usuários e impacto positivo na qualidade de vida. As fragilidades estruturais da APS, como o subfinanciamento, a insuficiência de recursos materiais e humanos, e a sobrecarga das equipes, configuram barreiras à institucionalização dos cuidados de transição. Apesar disso, o fortalecimento do trabalho em equipe

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 7.526.558

multiprofissional e das articulações intersetoriais constitui estratégia central para assegurar a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção no pós-alta. A efetivação dos cuidados de transição no âmbito da APS requer o reconhecimento dessas práticas como parte integrante do processo de cuidado, bem como o investimento em estratégias que promovam a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a participação ativa das equipes na coordenação do cuidado.

Objetivo Primário: Analisar percepção e prática dos profissionais da atenção primária à saúde em relação a transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar. **Objetivo Secundário:** Caracterizar o perfil dos profissionais da APS, quanto à formação, experiência e tempo de atuação na área; Identificar principais percepções dos profissionais a transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar; Descrever as práticas dos profissionais da APS para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; Elencar os principais desafios enfrentados pelos profissionais na implementação da transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar; Analisar oportunidades de melhorias para garantir a continuidade e integralidade do cuidado, após a alta hospitalar.

Metodologia Proposta: TIPO DE ESTUDO Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A análise qualitativa busca compreender a realidade de forma interpretativa, considerando a subjetividade do indivíduo e a complexidade do contexto, de forma as relações intersubjetivas (pesquisador/pesquisado) formam uma característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos, pressupondo provocar o esclarecimento de uma determinada situação (MINAYO, 2012) e, dessa forma, compreende os fenômenos a partir da perspectiva dos participantes (RUSLIN et al., 2022). A pesquisa exploratória busca observar e compreender os diferentes aspectos relacionados com o objeto em estudo e oportuniza maior familiaridade com o problema, permitindo que os pesquisadores desenvolvam hipóteses ou compreendam melhor o contexto de estudo (GIL, 2008). Complementarmente, as pesquisas descritivas são realizadas com o objetivo de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou de estabelecer relações entre variáveis, fornecendo uma visão mais clara e detalhada do tema (OLIVEIRA, 2011). LOCAL DO ESTUDO O município de Criciúma, com uma população de uma população de 214.493 habitantes, está situado no sul do Estado de Santa Catarina, a cerca de 2 h 43 min (206,5 km) da capital Florianópolis e faz parte da Associação dos Municípios da região Carbonífera. AMREC

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2806

E-mail: cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 7.526.558

(IBGE 2023).O sistema de saúde municipal é composto por 44 UBS, 04 Unidades de Pronto Atendimento, 04 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Especialidades em Saúde, 01 Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, 12 Farmácias, 01 Ambulatório de Feridas, 01 Ambulatório de Ostomias, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e 01 Centro de Reabilitação Multiprofissional. As 44 unidades básicas de saúde são divididas em seis distritos sanitários, sendo 4 distritos com 8 unidades e 2 distritos com 6 unidades. No total, são 56 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 54 Equipes de Saúde Bucal e 5 Equipes Multiprofissional.Cada unidade de saúde tem o seu coordenador, em sua grande parte enfermeiros. Cada distrito é administrado pelo superintendente distrital, responsável por funções técnico administrativas, bem como por aproximação com a população no território.PARTICIPANTES DO ESTUDO Estima-se a participação de cerca de 20 profissionais de nível superior, sendo 3 a 4 profissionais por distrito sanitário, garantindo a representatividade das diferentes realidades do território. A seleção dos profissionais ocorrerá de forma aleatória e a composição da amostra se dará por critério de saturação de dados.A pesquisa ocorrerá em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e após o sorteio das unidades de saúde, será feito convite direto aos profissionais para a participação no estudo. COLETA DE DADOS A coleta dos dados ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada mediada pelo pesquisador (APÊNDICE A), composta por sete blocos, com perguntas abertas relacionadas ao tema de pesquisa, bem como identificação do profissional entrevistado. A entrevista é uma forma de interação social que permite obter informações detalhadas e profundas sobre as perspectivas, experiências e comportamentos das pessoas (FRASER; GONDIM, 2004). As entrevistas acontecerão após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade e serão realizadas de modo presencial e individual com os membros selecionados das equipes, gravadas e posteriormente transcritas.

Critério de Inclusão: Profissionais de nível superior que atuam na APS, no município de Criciúma; **Critério de Exclusão:** Profissionais de nível superior que atuam na APS há menos de um ano.

Riscos: Os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. Os participantes serão orientados a informar os pesquisadores algum eventual desconforto emocional ou

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 7.526.558

psicológico, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. A pesquisa acontecerá em local reservado, de modo a preservar o sigilo das informações fornecidas pelos participantes e o material da gravação e transcrição das entrevistas será armazenado ficando sob guarda dos pesquisadores. Benefícios: Com o estudo, será possível verificar a percepção e práticas dos profissionais da APS sobre transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, bem como identificar os principais desafios e oportunidades de melhorias, que beneficiará tanto os serviços de saúde, com a possível redução de custos na assistência, como os pacientes com menor risco de eventos adversos e aumento na qualidade de vida.

Metodologia de Análise de Dados: A interpretação dos dados será através da metodologia de Bardin, amplamente utilizada em pesquisas qualitativas para interpretar dados textuais (SERAMIM; WALTER, 2017), que consiste na análise temática de conteúdo. A técnica de Bardin é estruturada em três fases principais: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que são fundamentais para garantir a objetividade e a sistematicidade da análise (BARDIN, 2016). A primeira fase é a pré-análise e consiste em conhecer profundamente os documentos e selecioná-los de acordo com sua particularidade, sequencialmente a exploração do material envolve o elencamento rigoroso das unidades de registro, que podem assumir diversas formas, como palavras, temas, acontecimentos ou personagens. Na terceira fase, no tratamento dos resultados, o pesquisador emprega seus pressupostos iniciais como base para realizar inferências e interpretações, permitindo que a pesquisa se desenvolva e revele descobertas inesperadas (BARDIN, 2016).

Desfecho Primário: Percepção sobre a transição e continuidade do cuidado após alta hospitalar. **Tamanho da Amostra no Países de Recrutamento** 20.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar percepção e prática dos profissionais da atenção primária à saúde em relação a transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar. **Objetivo Secundário:** Caracterizar o perfil dos profissionais da APS, quanto à formação, experiência e tempo de atuação na área; Identificar principais percepções dos profissionais a transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar; Descrever as práticas dos profissionais da APS para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; Elencar os principais desafios enfrentados pelos profissionais na implementação da transição e continuidade de cuidados, após a alta hospitalar; Analisar oportunidades de melhorias para garantir a continuidade e integralidade do

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2806

E-mail: cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 7.526.558

cuidado, após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. Os participantes serão orientados a informar os pesquisadores algum eventual desconforto emocional ou psicológico, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. A pesquisa acontecerá em local reservado, de modo a preservar o sigilo das informações fornecidas pelos participantes e o material da gravação e transcrição das entrevistas será armazenado ficando sob guarda dos pesquisadores. **Benefícios:** Com o estudo, será possível verificar a percepção e práticas dos profissionais da APS sobre transição e continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, bem como identificar os principais desafios e oportunidades de melhorias, que beneficiará tanto os serviços de saúde, com a possível redução de custos na assistência, como os pacientes com menor risco de eventos adversos e aumento na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, associando os cuidados de pessoas com pós-alta hospitalar e a continuidade do acompanhamento pela respectiva unidade de saúde do território de moradia.

A população do estudo serão profissionais de saúde que atuam mais de uma ano na atenção primária em um município do sul catarinense, totalizando 20 profissionais.

A coleta de dados acontece de forma presencial, pela própria pesquisadora na UBS de atuação do participante da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados inclui entrevista tendo como roteiro um questionário semiestruturado sobre atuação profissional e continuidade da atenção à saúde de pós-com pós-alta hospitalar. As entrevistas serão gravadas e transcritas, ficando sob a guarda da pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, Carta(s) de Aceite, folha de rosto, informações básicas, projeto completo.

Recomendações:

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa e, vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 7.526.558

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2536787.pdf	22/04/2025 16:00:55		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto__assinado.pdf	22/04/2025 16:00:44	Cristiane Damiani Tomasi	Aceito
Outros	carta_aline.pdf	10/04/2025 17:40:36	Cristiane Damiani Tomasi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aline.pdf	10/04/2025 17:37:44	Cristiane Damiani Tomasi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_aline.pdf	10/04/2025 17:37:31	Cristiane Damiani Tomasi	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 7.526.558

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 25 de Abril de 2025

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105 Bloco R1, sala 109, primeiro andar
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2806 **E-mail:** cep@unesc.net