33 INTEGRAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NA III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Ananda Sabrina Ramos Nunes
Mauriciana Pereira Ferreira
Isabella Bezerra Ramos
Carolina Ribeiro Carrascoso
Marcione Gomes de Carvalho

Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap33

RESUMO

A transição de cuidados é estratégia relevante para garantir continuidade assistencial e qualificar a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Este estudo teve como objetivo descrever a experiência desenvolvida pelo Hospital Eduardo Campos (HEC) na articulação da transição de cuidados na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, realizado a partir da atuação conjunta entre equipe multiprofissional, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e serviços municipais de saúde. O processo era direcionado a pacientes clinicamente estabilizados, com possibilidade de manutenção terapêutica em unidades hospitalares de menor complexidade ou no município de origem. No primeiro

trimestre de 2026, foram realizadas 59 transições de cuidados para unidades hospitalares da macrorregião. A experiência contribuiu para organização dos fluxos assistenciais, otimização da ocupação hospitalar e aproximação dos pacientes ao território de residência e à rede de apoio familiar. Também evidenciou desafios relacionados à heterogeneidade estrutural dos municípios, especialmente quanto à capacidade assistencial para continuidade terapêutica de determinados perfis clínicos. Conclui-se que a transição de cuidados se apresenta como ferramenta importante para qualificar a comunicação interinstitucional, favorecer a continuidade segura da assistência e fortalecer a integração regional do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Continuidade da assistência ao paciente, Assistência hospitalar, Regulação e fiscalização em saúde, Integralidade em saúde, Comunicação interdisciplinar

INTRODUÇÃO

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa importante estratégia para fortalecimento da assistência no Sistema Único de Saúde, promovendo maior integração entre os serviços e continuidade do cuidado aos usuários[1,2]. Nesse contexto, a articulação entre os diferentes níveis assistenciais torna-se fundamental para garantir assistência integral e centrada nas necessidades dos pacientes.

A transição de cuidados compreende ações destinadas à continuidade assistencial entre os serviços de saúde, envolvendo comunicação efetiva entre as equipes, planejamento terapêutico e organização do fluxo assistencial[3]. Quando realizada de forma estruturada, contribui para redução de internações prolongadas, otimização de leitos hospitalares e fortalecimento da continuidade do cuidado[4].

O Hospital Eduardo Campos (HEC), localizado em Serra Talhada, no sertão de Pernambuco, é referência assistencial para os 35 municípios da III Macrorregião de Saúde, ofertando atendimento em especialidades clínicas e cirúrgicas de média e alta

complexidade, em consonância com diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar[5]. Diante da elevada ocupação hospitalar e da permanência prolongada de pacientes em setores de emergência, identificou-se a necessidade de fortalecer estratégias de integração da rede assistencial, especialmente relacionadas à continuidade terapêutica após estabilização clínica.

Nesse cenário, a transição de cuidados passou a ser utilizada como estratégia de articulação entre o hospital e os municípios de origem dos pacientes, possibilitando a continuidade do tratamento próximo ao território de residência, fortalecimento da rede de apoio familiar e maior organização dos fluxos assistenciais.

METODOLOGIA

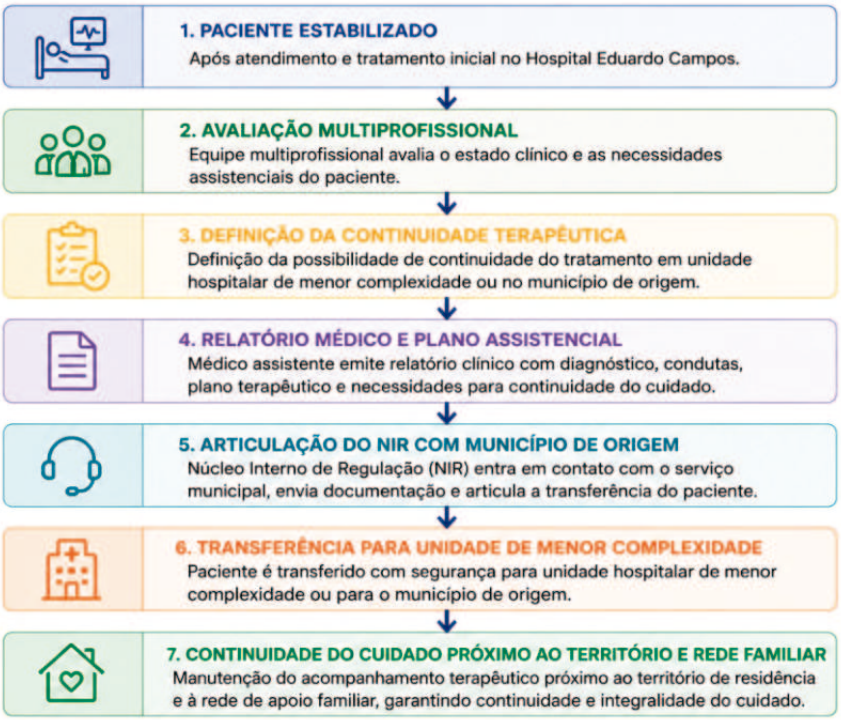
Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvido no Hospital Eduardo Campos (HEC), unidade hospitalar pública de referência para a III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, composta por 35 municípios.

A experiência foi desenvolvida por meio da atuação integrada entre o Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional hospitalar e serviços de saúde dos municípios de origem dos pacientes, com foco na transição segura de cuidados após estabilização clínica e definição do plano terapêutico.

O processo iniciava-se após avaliação médica e definição da possibilidade de continuidade terapêutica em unidade hospitalar de menor complexidade ou no município de origem do paciente. A partir disso, o médico assistente emitia relatório clínico contendo diagnóstico, condutas realizadas, plano terapêutico e necessidades assistenciais para continuidade do cuidado.

Posteriormente, o Núcleo Interno de Regulação estabelecia contato com os serviços municipais para discussão do caso, envio de documentação clínica e articulação da transferência do paciente. Nos casos necessários, o hospital também disponibilizava medicamentos de uso hospitalar e orientações relacionadas ao manejo de dispositivos e continuidade terapêutica.

Figura 1. Fluxo da transição de cuidados desenvolvida pelo Hospital Eduardo Campos na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram considerados, para este relato, os registros de transição de cuidados realizados no primeiro trimestre de 2026.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

No primeiro trimestre de 2026, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Eduardo Campos realizou articulação para 59 transições de cuidados destinadas a unidades hospitalares dos municípios de origem dos pacientes acompanhados na instituição[6]. A atuação ocorreu de forma integrada com a equipe multiprofissional e os serviços da rede de saúde da III Macrorregião, priorizando continuidade assistencial segura após estabilização clínica.

O processo contribuiu para organização da assistência e manutenção do acompanhamento terapêutico em unidades de menor complexidade, favorecendo a permanência dos pacientes próximos ao território de residência e à rede de apoio familiar. Além disso, possibilitou maior vínculo com os serviços locais de saúde e continuidade do acompanhamento após transferência.

A experiência também repercutiu na dinâmica assistencial hospitalar, especialmente em relação à otimização da ocupação de leitos e redução da permanência prolongada em setores de emergência. Nesse contexto, a transição de cuidados mostrou-se importante ferramenta para organização do fluxo hospitalar e integração da rede assistencial[7].

Entretanto, a experiência evidenciou desafios relacionados à heterogeneidade estrutural entre os serviços da rede regional, especialmente quanto à disponibilidade de equipe médica presencial, suporte laboratorial, oferta de antibioticoterapia e capacidade assistencial para continuidade terapêutica de determinados perfis clínicos. Diante dessas limitações, o Hospital Eduardo Campos buscava adaptar o processo de transição de cuidados conforme as possibilidades assistenciais de cada município, priorizando segurança terapêutica, estabilidade clínica e viabilidade da continuidade do cuidado.

DISCUSSÃO

A literatura demonstra que práticas estruturadas de transição do cuidado favorecem integração entre os diferentes níveis assistenciais, além de reduzirem fragmentações na assistência e fortalecerem a segurança do paciente[3,4]. A comunicação efetiva entre os serviços e o planejamento terapêutico compartilhado favorecem maior resolutividade da assistência e continuidade do acompanhamento após estabilização clínica[8].

Além dos benefícios relacionados à organização dos fluxos assistenciais, a transição de cuidados contribui para o fortalecimento da integralidade e da coordenação do cuidado no âmbito

da Rede de Atenção à Saúde. Ao promover a comunicação entre os diferentes serviços e o compartilhamento de informações clínicas essenciais para a continuidade terapêutica, essa estratégia reduz descontinuidades assistenciais e favorece maior articulação entre os pontos da rede. No contexto da III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, caracterizada pela abrangência territorial e pela diversidade estrutural dos municípios, a transição de cuidados assume papel estratégico para qualificar o acesso, favorecer a continuidade assistencial e fortalecer a integração regional do cuidado, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com a organização das Redes de Atenção à Saúde[3,7,9].

Os achados observados no Hospital Eduardo Campos demonstram potencial da transição de cuidados como estratégia para fortalecimento da comunicação interinstitucional, organização dos fluxos assistenciais e integração regional da assistência na Rede de Atenção à Saúde da III Macrorregião[9]. Além disso, evidenciam a relevância da articulação entre hospital e municípios para continuidade terapêutica segura e mais próxima do território de residência dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição de cuidados mostrou-se estratégia relevante para fortalecimento da integração da rede assistencial na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, contribuindo para continuidade do cuidado, organização dos fluxos assistenciais e qualificação da assistência hospitalar.

A experiência evidenciou a importância da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde para promoção de cuidado mais integrado, regionalizado e centrado nas necessidades dos pacientes[10]. Além disso, demonstrou que, mesmo diante de desafios estruturais e operacionais, a comunicação interinstitucional e o planejamento compartilhado podem favorecer maior resolutividade e continuidade terapêutica no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 dez 31.
3. Melo RC, Carlotto FD, Figueiredo NM, Riquinho DL. Transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar à atenção primária: revisão de escopo. Physis. 2025;35(2):e350216.
4. Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20210030.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União. 2013 dez 31.
6. Melo EA, Silva AS. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família? Cien Saude Colet. 2025;30(12):e16232025.
7. Santos MT, Halberstadt BMK, Trindade CRP, Lima MADS, Aued GK. Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220100.
8. Fiorenza LA, Silva GS, Martins JRT, et al. Continuidade do cuidadocomo estratégia para atenção integral à saúde. Rev Recien. 2023;13(41):812-825.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. p.117-130.