



1141 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM LESÕES DE UM HOSPITAL DE CUIDADOS PROLONGADOS PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Tipo: POSTER

Autores: MARIANA MARTINS DOS SANTOS (HOSPITAL SANTA ANA - AESC)

Introdução: A transição de pacientes com lesões complexas de hospitais de cuidados prolongados para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um desafio que exige coordenação e comunicação eficazes¹. A falta de integração entre os níveis de atenção pode levar a reinternações e à piora da qualidade de vida².

Conforme estudo de Gheno e Weis, a visita domiciliar pré-alta é uma estratégia válida para que a transição de cuidados ocorra de forma segura³. Outra ferramenta utilizada para que o processo de transição dos cuidados seja eficaz é a educação em saúde de pacientes e familiares, além do empoderamento da família, sendo fundamental para a adesão ao tratamento?. **Objetivo:** Este relato de experiência detalha as estratégias e os resultados de um processo de alta bem-sucedido. Pacientes com lesões, como úlceras por pressão ou feridas crônicas, precisam de acompanhamento especializado contínuo. Para resolver essa demanda, nosso projeto-piloto buscou otimizar a transição do cuidado, integrando o hospital à RAS, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção domiciliar e os serviços especializados. **Método:** Este é um estudo de relato de experiência de uma enfermeira estomaterapeuta que participou do projeto piloto de implantação da transição de cuidados de pacientes com lesões de um hospital de cuidados prolongados para a RAS. **Resultado:** O processo começou com a identificação precoce de pacientes elegíveis para alta, considerando sua estabilidade clínica e a necessidade de cuidados contínuos com a lesão. Uma equipe multidisciplinar — incluindo enfermeiros estomaterapeutas, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais — acompanhou esses pacientes durante o período de hospitalização. O grupo desenvolveu um plano de cuidados pós-alta personalizado, com orientações detalhadas sobre o tratamento da lesão (limpeza, curativos), manejo da dor, nutrição e prevenção de novas lesões. Também foram fornecidas informações sobre sinais de alerta. Um pilar crucial foi a comunicação ativa e bidirecional com a equipe da RAS. Enfermeiras do hospital contataram diretamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de atenção domiciliar ou equipes de atenção especializada do município. Essa comunicação pré-alta permitiu o compartilhamento de dados clínicos, histórico da lesão e tipos de coberturas utilizadas. Todos os pacientes e familiares receberam as orientações de alta impressas, considerando a grande quantidade de informações a serem assimiladas nesse momento. A educação do paciente e de seus cuidadores foi igualmente vital. Foram oferecidos workshops e sessões individuais de treinamento prático sobre os cuidados com as lesões, incluindo demonstrações de curativos e manejo de equipamentos. Materiais educativos impressos reforçaram as orientações. **Conclusão:** Preliminarmente, este modelo de transição de cuidados, desde a primeira avaliação até o pós-alta, mostrou-se promissor, apresentando redução nas taxas de reinternação por complicações da lesão e melhora na adesão ao tratamento domiciliar. Este relato reforça a importância de modelos de cuidado integrados e centrados no paciente para uma transição segura e eficaz. A continuidade da pesquisa e a realização de avaliações de longo prazo são essenciais para consolidar e adaptar essas práticas a diferentes contextos de saúde.