RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

Continuidade assistencial no paciente cirúrgico e a transição hospital-domicílio como estratégia de segurança no período pós-operatório

Continuity of care in surgical patients and the hospital-to-home transition as a safety strategy in the postoperative period

Continuidad asistencial en el paciente quirúrgico y la transición hospital-domicilio como estrategia de seguridad en el período postoperatorio

Maria Luiza Gonçalves Tabacchi Assis
Médica graduada pela Universidade de Cuiabá (UNIC), com Residência Médica em Cirurgia Geral pela Prefeitura Municipal de São Paulo e Especialização em Cirurgia Dermatológica e Estética Avançada pelas Faculdades BWS.

RESUMO

A segurança do paciente cirúrgico não se encerra com a conclusão do procedimento operatório ou com a alta hospitalar. A transferência do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio constitui etapa clínica particularmente vulnerável, caracterizada pela redução da supervisão profissional contínua, transferência de responsabilidades para pacientes e cuidadores e necessidade de integração entre diferentes níveis e equipes de assistência. Este artigo analisa criticamente a continuidade assistencial no período pós-operatório, com ênfase na transição hospital-domicílio, no planejamento da alta, na comunicação clínica, na reconciliação medicamentosa, na educação do paciente, na identificação precoce de complicações e na governança dos processos assistenciais. Trata-se de revisão narrativa fundamentada em literatura científica indexada e documentos institucionais de referência. Evidências demonstram que intervenções estruturadas de transição podem reduzir readmissões e utilização não planejada de serviços de saúde, embora a magnitude dos efeitos varie conforme população, complexidade clínica e componentes empregados. Em populações cirúrgicas, planejamento da alta, educação individualizada, acompanhamento após procedimentos de maior risco e determinadas modalidades de visita domiciliar apresentam resultados favoráveis, mas a heterogeneidade metodológica impede a adoção de um modelo universal. Argumenta-se que a segurança pós-operatória deve ser compreendida como propriedade longitudinal do sistema de cuidado e não exclusivamente como resultado técnico do ato cirúrgico. A integração entre prática clínica, protocolos, comunicação, gestão de risco e participação ativa do paciente emerge, portanto, como elemento central para uma assistência cirúrgica segura e orientada à continuidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Continuidade da Assistência. Cuidados Pós-Operatórios. Alta Hospitalar. Assistência Domiciliar. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Surgical patient safety does not end with the completion of the operative procedure or hospital discharge. The transfer of care from the hospital to the home constitutes a particularly vulnerable clinical stage, characterized by reduced continuous professional supervision, transfer of responsibilities to patients and caregivers, and the need for integration among different levels and teams of care. This article critically analyzes continuity of care during the postoperative period, with emphasis on hospital-to-home transition, discharge planning, clinical communication, medication reconciliation, patient education, early identification of complications, and governance of care processes. This is a narrative review based on indexed scientific literature and institutional reference documents. Evidence indicates that structured transitional care interventions may reduce readmissions and unplanned health service utilization, although effect magnitude varies according to population, clinical complexity, and intervention components. In surgical populations, discharge planning, individualized education, follow-up after higher-risk procedures, and selected home-visit strategies have demonstrated favorable outcomes, although methodological heterogeneity prevents adoption of a universal model. Postoperative safety should therefore be understood as a longitudinal

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

property of the care system rather than exclusively as a technical result of the surgical act. Integration among clinical practice, protocols, communication, risk management, and active patient participation emerges as a central element of safe surgical care oriented toward continuity.
Keywords: Patient Safety. Continuity of Patient Care. Postoperative Care. Patient Discharge. Home Care Services. Health Management.

1 INTRODUÇÃO

A evolução da cirurgia moderna modificou profundamente a capacidade dos sistemas de saúde de tratar doenças agudas e crônicas, traumas, neoplasias e condições potencialmente incapacitantes. O desenvolvimento de técnicas menos invasivas, anestesia mais segura, protocolos perioperatórios e mecanismos de controle de infecção permitiu ampliar o acesso e reduzir riscos associados a numerosos procedimentos. Entretanto, a expansão da capacidade técnica não eliminou a vulnerabilidade inerente à assistência cirúrgica. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) informa que mais de 300 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente no mundo e que cerca de 10% dos danos evitáveis relacionados à assistência são observados em contextos cirúrgicos, com parcela expressiva dos eventos ocorrendo antes ou depois da operação.

A compreensão contemporânea da segurança cirúrgica precisa, por essa razão, ultrapassar os limites físicos do centro cirúrgico. O sucesso técnico de uma operação representa apenas uma das etapas do percurso terapêutico. Após o procedimento, permanecem riscos relacionados a infecção, sangramento, eventos tromboembólicos, alterações da ferida operatória, dor inadequadamente controlada, interações medicamentosas, descompensação de doenças preexistentes e falhas na interpretação de sinais clínicos. O Global Patient Safety Report 2024 da Organização Mundial da Saúde reforça essa perspectiva ao estimar que complicações podem afetar até 25% dos pacientes submetidos a operações durante internação e que parcela relevante do dano cirúrgico é potencialmente evitável (WHO, 2024).

Essa transferência de responsabilidade torna a transição hospital-domicílio um fenômeno simultaneamente clínico e organizacional. Dusek et al. (2015), ao revisarem práticas de transição do cuidado, descrevem esse período como uma mudança que exige coordenação e continuidade entre condições clínicas, necessidades assistenciais, profissionais e locais de atendimento. A definição é especialmente pertinente à cirurgia, na qual anestesistas, cirurgiões, enfermagem, atenção primária, serviços domiciliares e cuidadores podem participar de um mesmo episódio terapêutico.

A fragmentação desse percurso cria oportunidades para perda de informação e descontinuidade. Prescrições podem ser interpretadas incorretamente, alterações medicamentosas realizadas durante a internação podem não ser adequadamente compreendidas e sintomas potencialmente relevantes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

podem ser subestimados pelo paciente. Rennke et al. (2013), em revisão sistemática sobre intervenções de transição iniciadas no hospital, demonstraram que o período pós-alta deve ser analisado como questão de segurança do paciente e não apenas como problema administrativo ou de utilização de leitos.

A importância dessa discussão também decorre da mudança no perfil dos pacientes submetidos a procedimentos. Envelhecimento populacional, multimorbidade, polifarmácia e maior capacidade de intervenção em pessoas com doenças complexas aumentam a necessidade de planos pós-operatórios individualizados. A mesma cirurgia pode produzir demandas assistenciais muito distintas conforme reserva funcional, suporte familiar, capacidade cognitiva, condições socioeconômicas e presença de comorbidades.

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar a continuidade assistencial do paciente cirúrgico durante a transição entre hospital e domicílio, discutindo os fundamentos da segurança pós-operatória, o planejamento da alta, a comunicação clínica, a educação do paciente, a gestão medicamentosa, a assistência domiciliar, a governança clínica e o papel dos indicadores na avaliação dos resultados. A proposta não é estabelecer um protocolo universal, mas examinar criticamente os componentes capazes de tornar essa passagem mais segura e coerente com as necessidades individuais.

2 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido como revisão narrativa crítico-analítica da literatura, abordagem adequada à integração de evidências provenientes de diferentes desenhos de pesquisa e documentos técnico-institucionais. Foram priorizados estudos indexados no PubMed/MEDLINE, revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos e documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária relacionados à segurança do paciente, cirurgia segura, continuidade assistencial, planejamento da alta e atenção domiciliar.

A estratégia conceitual de busca considerou combinações dos termos patient safety, surgical patients, continuity of care, transitional care, hospital discharge, postoperative care, hospital readmission, home care e expressões correspondentes em português. Trabalhos clássicos foram incorporados quando necessários à compreensão da evolução dos modelos de transição, enquanto publicações recentes foram priorizadas na análise das evidências contemporâneas.

A síntese foi organizada em eixos temáticos, evitando a interpretação isolada de readmissão hospitalar como único indicador de qualidade. Foram considerados resultados relacionados à utilização de serviços, eventos adversos, comunicação, experiência do paciente, continuidade e implementação dos

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

processos assistenciais.

Para preservar rigor interpretativo, resultados de revisões sistemáticas foram descritos de acordo com as populações e intervenções efetivamente estudadas. Assim, evidências produzidas em populações clínicas gerais foram utilizadas para discutir mecanismos de transição, enquanto inferências especificamente cirúrgicas foram ancoradas prioritariamente em estudos de pacientes submetidos a procedimentos.

A análise também incorporou documentos normativos brasileiros por sua relevância para o contexto assistencial nacional. O Protocolo para Cirurgia Segura, elaborado pelo Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz, e os materiais do Programa Melhor em Casa foram utilizados como referenciais institucionais para segurança cirúrgica e atenção domiciliar.

Por se tratar de revisão narrativa baseada exclusivamente em literatura e documentos públicos, não houve intervenção sobre participantes, utilização de prontuários ou coleta de informações identificáveis. Consequentemente, o trabalho não constitui estudo clínico original nem pretende estabelecer relações causais além daquelas sustentadas pelos estudos analisados.

3 SEGURANÇA CIRÚRGICA COMO PROCESSO LONGITUDINAL

A concepção tradicional de segurança cirúrgica concentrou grande parte de sua atenção em riscos diretamente associados ao procedimento, como identificação incorreta do paciente, erro de sítio cirúrgico, falhas anestésicas, hemorragia, infecção e problemas de comunicação dentro da equipe operatória. Esses riscos permanecem fundamentais. No Brasil, o Ministério da Saúde, a Anvisa e a Fiocruz (2013) estabeleceram o Protocolo para Cirurgia Segura com a finalidade explícita de reduzir incidentes, eventos adversos e mortalidade cirúrgica por meio de medidas estruturadas de segurança. Entretanto, a própria distribuição temporal dos danos demonstra que segurança não pode ser circunscrita à sala de operação. A OMS (2023) informa que mais de 300 milhões de cirurgias são realizadas por ano e que a maior parte dos eventos adversos associados ao dano cirúrgico evitável ocorre nos períodos pré e pós-operatório. No relatório global de 2024, a organização também destaca que complicações em operações de pacientes internados podem ocorrer em até 25% dos casos.

Essa perspectiva conduz ao conceito de segurança longitudinal. O resultado cirúrgico depende de uma cadeia de decisões iniciada antes do procedimento e prolongada durante a recuperação. Avaliação pré-operatória, decisão terapêutica, execução técnica, anestesia, recuperação imediata, alta, adesão às orientações, acompanhamento e reconhecimento de complicações pertencem ao mesmo continuum, ainda que ocorram em locais diferentes.

A fragmentação organizacional pode romper esse continuum. Quando o profissional que recebe o

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

paciente não dispõe das informações necessárias, ou quando o próprio paciente não compreende o que ocorreu durante a internação, cria-se uma lacuna entre a decisão clínica e sua execução posterior. A literatura sobre handoffs perioperatórios descreve essas passagens como pontos vulneráveis porque a informação precisa permanecer íntegra apesar da mudança de equipe, ambiente e responsabilidade. A padronização, nesse contexto, funciona como mecanismo de redução de variabilidade indesejada. Checklists, sumários estruturados, critérios de alta e mecanismos formais de transferência podem impedir que informações críticas dependam exclusivamente da memória individual. O Ministério da Saúde (2026) caracteriza os protocolos básicos de segurança como instrumentos sistêmicos e gerenciados que favorecem comunicação, trabalho em equipe e gerenciamento de riscos.

Padronização, contudo, não deve ser confundida com uniformização clínica. Protocolos definem requisitos mínimos e pontos de controle, mas pacientes apresentam diferentes riscos e capacidades de autocuidado. A segurança emerge precisamente da combinação entre uma estrutura confiável e a capacidade profissional de individualizar decisões dentro dela.

4 A ALTA HOSPITALAR COMO INTERVENÇÃO CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

A alta frequentemente é tratada como um evento administrativo determinado pela estabilidade clínica e pela ausência de necessidade imediata de internação. Essa interpretação é insuficiente. A alta modifica o ambiente no qual o tratamento será executado e redistribui responsabilidades entre hospital, profissionais externos, paciente e família. Deve, portanto, ser entendida como uma intervenção clínica planejada.

O ensaio randomizado conduzido por Jack et al. (2009), que avaliou um programa redesenhado de alta hospitalar, tornou-se referência nesse campo. A intervenção reuniu organização do seguimento, reconciliação medicamentosa, educação individualizada e contato farmacêutico após a saída do hospital. Entre 749 adultos hospitalizados, os autores observaram menor utilização hospitalar nos 30 dias subsequentes no grupo submetido ao programa em comparação ao cuidado habitual.

Embora Jack et al. (2009) não tenham estudado exclusivamente pacientes cirúrgicos, seus princípios são aplicáveis à discussão sobre transição. Uma alta segura exige que o plano terapêutico seja convertido em ações executáveis. Isso inclui compreender quais medicamentos serão utilizados, quais foram suspensos, como cuidar da ferida, quais restrições devem ser observadas, quando retornar e diante de quais sintomas o paciente deve buscar atendimento antes da consulta programada.

A literatura específica da cirurgia reforça essa necessidade. Jones et al. (2016), em revisão sistemática que identificou três ensaios randomizados e sete estudos observacionais em populações cirúrgicas, encontraram reduções de readmissão associadas a programas de planejamento da alta, educação do

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

paciente, acompanhamento na atenção primária após cirurgias de maior risco e determinadas estratégias de visita domiciliar. Os próprios autores ressaltaram, porém, a quantidade limitada e a heterogeneidade dos estudos.

Outro aspecto fundamental é a preparação antecipada. Planejar a alta somente quando a decisão de liberar o paciente já foi tomada reduz o tempo disponível para identificar barreiras. Necessidade de cuidador, dificuldade de mobilidade, acesso a medicamentos, capacidade de retornar ao serviço, compreensão das orientações e disponibilidade de assistência profissional podem ser previsíveis antes do momento da saída.

Assim, critérios fisiológicos de estabilidade devem coexistir com critérios funcionais e assistenciais. A pergunta deixa de ser apenas se o paciente pode sair do hospital e passa a incluir em quais condições o tratamento poderá continuar com segurança fora dele. Essa mudança aparentemente semântica traduz uma transformação importante na governança da alta.

5 COMUNICAÇÃO CLÍNICA E TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE

A comunicação é um componente clínico da segurança. Informações incompletas, contraditórias ou transmitidas sem definição clara de responsabilidade podem produzir consequências tão relevantes quanto falhas técnicas. A transição pós-operatória amplia esse risco porque envolve diferentes equipes e, frequentemente, instituições distintas.

Dusek et al. (2015), ao sistematizarem práticas de transição, destacaram a coordenação entre ambientes e profissionais como elemento central da continuidade. Essa lógica é particularmente relevante no pós-operatório, quando dados sobre o procedimento, intercorrências, dispositivos, ferida, medicações e seguimento precisam permanecer acessíveis a quem assume o cuidado.

A comunicação da alta possui pelo menos três destinatários diferentes. O primeiro é o paciente, que precisa compreender seu próprio plano terapêutico. O segundo é o familiar ou cuidador, quando participa efetivamente da recuperação. O terceiro é o profissional ou serviço que dará continuidade ao acompanhamento. A mesma informação pode precisar ser apresentada de maneiras diferentes a cada um deles.

Também é necessário distinguir transferência de informação de transferência de responsabilidade. Enviar um sumário não assegura que exista um profissional efetivamente responsável pelo seguimento. Sistemas fragmentados podem produzir situações nas quais diferentes equipes presumem que outra assumirá a vigilância, criando zonas de indefinição justamente no período em que complicações podem começar a surgir.

Rennke et al. (2013) observaram que intervenções de transição iniciadas no hospital são complexas e

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

frequentemente compostas por múltiplos elementos. Essa característica ajuda a explicar por que uma solução isolada de comunicação raramente é suficiente: documentação, acesso, seguimento, educação e responsabilização precisam funcionar de maneira articulada.

Nesse sentido, uma comunicação de qualidade deve responder não apenas ao que aconteceu, mas ao que acontecerá. Diagnóstico, procedimento realizado e evolução são fundamentais, porém devem ser acompanhados de plano, riscos, pendências, acompanhamento previsto e critérios de escalonamento. Comunicação retrospectiva sem orientação prospectiva é insuficiente para assegurar continuidade.

6 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA E PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A transição hospital-domicílio altera frequentemente o regime farmacológico. Medicamentos utilizados antes da internação podem ser suspensos, doses modificadas e novos fármacos introduzidos. Analgésicos, anticoagulantes, antibióticos e medicamentos relacionados a condições crônicas podem coexistir no pós-operatório, aumentando a complexidade do tratamento.

A OMS (2023) estima que metade do dano evitável relacionado à assistência esteja associada a medicamentos e informa que o dano medicamentoso afeta aproximadamente um em cada 30 pacientes em cuidados de saúde. A reconciliação medicamentosa, portanto, não deve ser considerada atividade burocrática, mas processo de comparação sistemática entre os esquemas utilizados antes, durante e depois da internação.

Jack et al. (2009) incorporaram reconciliação e revisão farmacológica entre os componentes de sua intervenção de alta. O resultado global favorável do programa não permite atribuir o efeito isoladamente à reconciliação, mas demonstra que a gestão de medicamentos integra modelos de transição capazes de reduzir utilização hospitalar posterior.

Em pacientes cirúrgicos, o risco pode ser intensificado pela coexistência de prescrições temporárias com tratamentos crônicos. Uma orientação que diga apenas para manter medicações habituais, por exemplo, pode ser inadequada quando houve mudanças durante a internação. A lista de alta deve representar o regime efetivamente pretendido para aquele momento clínico.

A comunicação também precisa considerar letramento em saúde. Termos tecnicamente corretos não garantem compreensão. Horários, duração, indicações, principais precauções e diferenças em relação ao tratamento anterior precisam ser apresentados de modo inteligível, sem perda de precisão clínica.

A reconciliação torna-se, assim, um exemplo claro da interação entre decisão médica e organização assistencial. O medicamento correto pode ter sido prescrito e ainda assim ocorrer dano caso a transição não assegure que o paciente compreenda qual esquema deve seguir.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

7 EDUCAÇÃO DO PACIENTE E RECONHECIMENTO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES

A educação do paciente não constitui complemento opcional da alta. Ao deixar o hospital, ele passa a ser um dos principais observadores de sua evolução. Sua capacidade de reconhecer alterações e comunicar sintomas pode determinar a velocidade com que uma complicação é avaliada.

Jones et al. (2016) encontraram, entre estudos de populações cirúrgicas, reduções de readmissão associadas a determinadas intervenções educativas, embora nem todos os resultados tenham alcançado significância estatística. Essa heterogeneidade sugere que educação não deve ser tratada como intervenção homogênea: conteúdo, momento, método de comunicação, reforço e perfil do paciente modificam sua efetividade.

A orientação precisa distinguir sintomas esperados de sinais que justificam avaliação. Dor, edema, alterações do trânsito intestinal, limitação funcional e características da ferida variam de acordo com o procedimento e o período de recuperação. Listas genéricas excessivamente amplas podem produzir ansiedade; orientações vagas, por outro lado, podem atrasar a procura por assistência.

Além disso, receber informação não equivale a compreendê-la. Dor, efeito residual de anestésicos, ansiedade e volume de informações recebidas no momento da alta podem comprometer a retenção. A participação do cuidador e a utilização de materiais escritos ou digitais podem funcionar como mecanismos de redundância informacional.

Jack et al. (2009) incorporaram educação individualizada ao desenho de sua intervenção, enquanto Jones et al. (2016) identificaram educação do paciente entre os componentes avaliados especificamente em populações cirúrgicas. A convergência entre esses estudos sustenta a importância de transformar informação em capacidade prática de autocuidado, sem extrapolar os limites das evidências disponíveis.

Esses resultados demonstram que participação ativa não significa transferência indevida de responsabilidade. O paciente precisa receber instrumentos para participar da própria segurança, mas o sistema continua responsável por oferecer canais adequados de comunicação, seguimento e acesso quando surgem intercorrências.

8 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E CONTINUIDADE PÓS-OPERATÓRIA

A assistência domiciliar ocupa posição particular no continuum pós-hospitalar. Para determinados pacientes, o domicílio pode permitir continuidade de cuidados com menor exposição ao ambiente hospitalar e maior proximidade da rotina familiar. Para outros, a complexidade clínica pode exigir permanência institucional ou outra modalidade assistencial. A decisão deve ser baseada em critérios

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

clínicos e capacidade de suporte.

No Brasil, o Ministério da Saúde diferencia modalidades de atenção domiciliar segundo estabilidade clínica, dificuldade de locomoção, frequência de cuidados e necessidade de recursos. A modalidade AD1 contempla situações de menor intensidade assistencial, enquanto AD2 e AD3 se destinam a usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos e acompanhamento contínuo (BRASIL, 2024).

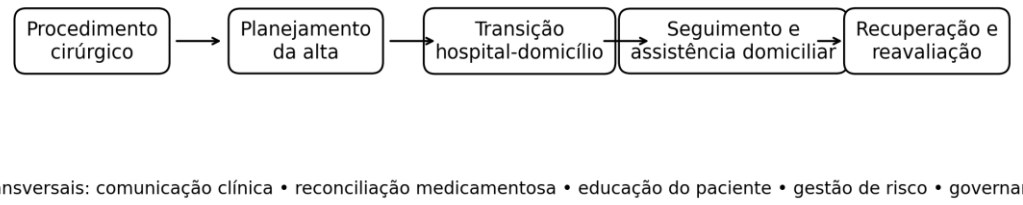
Essa estratificação é importante porque cuidar em casa não representa uma única intervenção. Pode significar acompanhamento periódico, curativos, reabilitação, manejo de dispositivos, administração de terapias ou assistência multiprofissional de maior intensidade. A indicação precisa relacionar necessidade clínica e capacidade operacional.

Os materiais do Programa Melhor em Casa incluem instrumentos de avaliação de elegibilidade e complexidade para atenção domiciliar, reforçando que a transferência para o domicílio exige critérios e planejamento. Essa estrutura institucional converge com a literatura de transição ao reconhecer que continuidade depende da adequação entre necessidade do paciente e capacidade do ambiente assistencial.

No paciente cirúrgico, a assistência domiciliar deve permanecer articulada à possibilidade de escalonamento. Determinadas alterações podem ser manejadas em casa; outras exigem avaliação presencial, exames ou retorno hospitalar. Um modelo seguro precisa estabelecer previamente os limites de atuação e os fluxos para situações que ultrapassem a capacidade daquele ambiente.

Assim, assistência domiciliar e hospitalar não devem ser compreendidas como estruturas concorrentes, mas como pontos diferentes de uma rede. A qualidade da transição depende da capacidade de preservar informação, responsabilidade e acesso ao longo dessa mudança.

Figura 1 – Continuidade assistencial no percurso cirúrgico e eixos transversais de segurança



Fonte: elaboração própria, com base em WHO (2023; 2024), Jack et al. (2009), Dusek et al.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

(2015) e Jones et al. (2016).

9 GOVERNANÇA CLÍNICA, PROTOCOLOS E GESTÃO DE RISCO

A segurança pós-operatória depende de decisões clínicas individuais, mas também da qualidade do sistema no qual essas decisões são executadas. Governança clínica pode ser compreendida, nesse contexto, como a criação de estruturas capazes de sustentar responsabilidade, avaliação de resultados, padronização de processos críticos e melhoria contínua.

Protocolos constituem uma dessas estruturas. O Ministério da Saúde (2026) caracteriza seus protocolos básicos de segurança como instrumentos sistêmicos e gerenciados, associados à melhoria da comunicação, ao trabalho em equipe e ao gerenciamento de riscos. O valor de um protocolo, entretanto, não está apenas em sua existência documental, mas na adesão e na capacidade de produzir comportamento assistencial consistente.

A experiência internacional com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica ilustra essa lógica. O protocolo brasileiro de cirurgia segura, baseado na iniciativa da OMS, utiliza verificações estruturadas para reduzir incidentes e mortalidade. A relevância desse modelo reside em transformar ações reconhecidamente importantes em etapas deliberadas e reproduzíveis (BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

O mesmo princípio pode ser aplicado à alta. Critérios estruturados podem contemplar estabilidade, revisão de medicamentos, compreensão das orientações, agendamento de seguimento, necessidades de curativo, dispositivos, mobilidade, suporte domiciliar e definição de sinais de alerta. A lista não substitui julgamento médico, mas reduz a probabilidade de omissões previsíveis.

Governança também implica examinar falhas sem restringir a análise ao indivíduo. Uma readmissão potencialmente evitável pode decorrer de orientação insuficiente, dificuldade de acesso, atraso no acompanhamento, problema medicamentoso ou progressão inevitável da própria doença. A investigação deve procurar distinguir esses mecanismos.

Essa abordagem permite substituir uma cultura exclusivamente reativa por gestão prospectiva de riscos. Quanto mais previsíveis forem os pontos de vulnerabilidade, maior a possibilidade de construir barreiras antes que um evento adverso aconteça.

10 INDICADORES, READMISSÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A readmissão hospitalar tornou-se um dos desfechos mais utilizados para avaliar transições. Sua relevância é evidente: retorno não planejado pode indicar complicação, falha de continuidade ou

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

necessidade assistencial não resolvida. Entretanto, utilizar readmissão isoladamente como sinônimo de qualidade produz interpretações inadequadas.

Jones et al. (2016) encontraram reduções de readmissões associadas a diferentes estratégias em populações cirúrgicas. Programas de planejamento da alta apresentaram reduções de 11,5%, 12,5% e 23% nos estudos incluídos; intervenções educativas apresentaram reduções de 14% e 23,5%; acompanhamento na atenção primária após cirurgias de alto risco reduziu readmissões em 8,3%; e visitas domiciliares apresentaram reduções de 7,69% e 4%. Nem todos os resultados foram estatisticamente significativos, o que reforça a necessidade de interpretar magnitude e contexto conjuntamente.

Rennke et al. (2013), ao analisar intervenções hospitalares de transição como estratégia de segurança, observaram evidência variável entre modelos e componentes. A conclusão é metodologicamente importante: a existência de benefício em determinados programas não autoriza assumir que qualquer intervenção de transição produzirá o mesmo resultado.

O ensaio de Jack et al. (2009) acrescenta outro ponto relevante. Ao combinar múltiplos componentes, o estudo demonstrou redução de utilização hospitalar após a alta, mas não permite identificar um único elemento responsável pelo efeito. Em sistemas complexos, resultados frequentemente decorrem da interação entre várias barreiras de segurança.

A avaliação da qualidade deve, portanto, combinar indicadores. Readmissão, procura por emergência, complicações, eventos medicamentosos, infecção, adesão ao seguimento, contato não programado, experiência do paciente e mortalidade podem fornecer dimensões complementares. Indicadores de processo — como proporção de pacientes com reconciliação medicamentosa ou seguimento programado — também ajudam a identificar onde a cadeia está falhando.

O objetivo não deve ser eliminar toda readmissão. Alguns retornos são clinicamente necessários e representam resposta apropriada a uma complicação. A meta é reduzir eventos evitáveis e garantir que, quando a deterioração ocorrer, ela seja reconhecida e tratada no momento adequado.

11 INTEGRAÇÃO ENTRE PRÁTICA CIRÚRGICA, GESTÃO E FORMAÇÃO MÉDICA

A complexidade das transições evidencia que excelência técnica individual, embora indispensável, não é suficiente para produzir sistemas seguros. O médico contemporâneo atua dentro de redes compostas por processos, equipes, tecnologias e diferentes níveis de assistência. Compreender essa estrutura tornou-se parte relevante da prática clínica.

Na cirurgia, essa integração é particularmente evidente. O cirurgião toma decisões que terão consequências depois que o paciente deixa o centro cirúrgico e, posteriormente, o hospital. A

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

qualidade da prescrição, do registro, das orientações e da comunicação com quem continuará o cuidado influencia a capacidade do sistema de executar adequadamente essas decisões.

A gestão clínica acrescenta instrumentos para transformar conhecimento médico em processos reproduzíveis. Auditoria, análise de eventos, construção de protocolos, indicadores e revisão de fluxos permitem identificar diferenças entre o cuidado planejado e aquele efetivamente entregue. Os protocolos do Ministério da Saúde (2026) explicitam essa relação ao vincular segurança a comunicação, trabalho em equipe e gerenciamento de risco.

A formação médica também possui papel decisivo. Ensinar segurança do paciente apenas como prevenção de erro técnico é insuficiente. O futuro médico precisa compreender comunicação, continuidade, transição, trabalho multiprofissional e fatores organizacionais como elementos diretamente relacionados aos resultados clínicos.

O Global Patient Safety Report 2024 da OMS reforça a dimensão sistêmica do problema ao mostrar que o dano relacionado à assistência permanece relevante internacionalmente e que parcela substancial é potencialmente evitável. No campo cirúrgico, o relatório relaciona a magnitude das complicações à necessidade de intervenções de segurança em diferentes etapas do percurso assistencial (WHO, 2024).

A formação de profissionais capazes de transitar entre raciocínio clínico e compreensão sistêmica constitui, portanto, uma estratégia de segurança. Não se trata de transformar médicos em administradores, mas de reconhecer que decisões clínicas são implementadas por organizações e que a qualidade dessas organizações interfere no resultado terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura permite concluir que a segurança do paciente cirúrgico deve ser compreendida como um processo longitudinal. O procedimento constitui um momento central, mas não autossuficiente, de uma trajetória que começa antes da operação e continua durante recuperação, alta e acompanhamento. A qualidade técnica da cirurgia e a qualidade da transição assistencial pertencem, portanto, ao mesmo sistema de segurança.

A passagem do hospital para o domicílio representa uma das etapas mais sensíveis desse percurso. O paciente deixa um ambiente caracterizado por vigilância profissional contínua e passa a executar parte importante do tratamento em um contexto no qual o reconhecimento de alterações depende, em maior grau, de sua própria compreensão e da participação de familiares ou cuidadores. Essa mudança precisa ser planejada como intervenção clínica.

As evidências disponíveis sugerem que estratégias estruturadas de transição podem reduzir

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

readmissões e utilização não programada dos serviços, mas não sustentam a ideia de uma intervenção isolada ou universalmente eficaz. Jones et al. (2016) demonstraram benefícios de diferentes componentes em populações cirúrgicas, enquanto Rennke et al. (2013) enfatizaram a heterogeneidade das intervenções e a necessidade de cautela na definição de modelos universais.

Essa constatação tem implicação prática relevante. A busca por segurança não deve ser orientada pela multiplicação indiscriminada de protocolos, mas pela identificação dos riscos predominantes em cada população e pela construção de barreiras proporcionais a esses riscos. Protocolos são mais úteis quando definem mínimos de segurança e permitem individualização clínica.

A comunicação ocupa posição transversal em todas essas estratégias. Dusek et al. (2015) demonstram que continuidade depende de coordenação entre ambientes e profissionais, enquanto Jack et al. (2009) evidenciam que programas estruturados podem integrar educação, medicamentos e seguimento. Um plano terapêutico tecnicamente correto perde efetividade quando não acompanha o paciente entre diferentes ambientes.

A atenção domiciliar, por sua vez, deve ser compreendida como parte de uma rede e não como substituição automática da estrutura hospitalar. Sua indicação depende de elegibilidade, complexidade, capacidade operacional e existência de fluxos para escalonamento quando o quadro exceder aquilo que pode ser realizado com segurança no domicílio. As modalidades brasileiras AD1, AD2 e AD3 materializam essa necessidade de estratificação.

Também é necessário qualificar a utilização de indicadores. Readmissões são relevantes, mas não representam isoladamente falha ou sucesso. Avaliação adequada deve incorporar desfechos clínicos, utilização de emergência, eventos adversos, experiência do paciente e indicadores dos próprios processos de transição. Uma assistência segura não é aquela em que ninguém retorna ao hospital, mas aquela capaz de evitar retornos preveníveis e reconhecer rapidamente quando um retorno é necessário.

Sob a perspectiva da governança clínica, a transição hospital-domicílio demonstra como assistência e gestão se tornam inseparáveis. Decisões individuais precisam de sistemas que assegurem continuidade, comunicação, documentação, responsabilização e avaliação. A segurança emerge da interação entre competência profissional e confiabilidade organizacional.

Finalmente, reconhecer a alta como parte do tratamento modifica a própria definição de resultado cirúrgico. O êxito não pode ser medido apenas pela execução técnica imediata, mas pela capacidade de conduzir o paciente de maneira segura por todo o período de recuperação. A cirurgia termina em determinado momento; a responsabilidade pela continuidade do cuidado precisa permanecer organizada até que o paciente alcance uma condição compatível com autonomia e estabilidade clínica.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 28/04/2026 | aceito: 07/05/2026 | publicação: 22/05/2026

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Protocolo para cirurgia segura. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Modalidades de Atenção Domiciliar. Brasília, DF, atualização 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF, atualização 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Publicações do Programa Melhor em Casa. Brasília, DF, atualização 2026.

DUSEK, B.; PEARCE, N.; HARRIPAUL, A.; LLOYD, M. Care transitions: a systematic review of best practices. Journal of Nursing Care Quality, v. 30, n. 3, p. 233-239, 2015. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000097.

JACK, B. W. et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. Annals of Internal Medicine, v. 150, n. 3, p. 178-187, 2009. DOI: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007.

JONES, C. E. et al. Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. The American Journal of Surgery, v. 212, n. 2, p. 327-335, 2016. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.

RENNKE, S. et al. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of Internal Medicine, v. 158, n. 5 Pt 2, p. 433-440, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety. Geneva: WHO, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2009.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.