

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SARA MARIA BARBOSA MANÇO

Transição do Cuidado na alta hospitalar de pacientes com
doenças crônicas

RIBEIRÃO PRETO

2022

SARA MARIA BARBOSA MANÇO

Transição do Cuidado na alta hospitalar de pacientes com
doenças crônicas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde

Orientador: Ione Carvalho Pinto

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

MANÇO, SARA MARIA BARBOSA

Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas.
Ribeirão Preto, 2022.

111 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Ione Carvalho Pinto

1. Cuidado Transicional. 2. Alta do Paciente. 3. Continuidade da Assistência ao paciente. 4. Enfermagem em Emergência.

MANÇO, SARA MARIA BARBOSA

Transição do Cuidado na alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof.(a) Dr.(a). _____

Instituição: _____

Prof.(a) Dr.(a). _____

Instituição: _____

Prof. (a) Dr.(a). _____

Instituição: _____

Gracias a la vida que me ha dado tanto...

(Violeta Parra)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer, renovar meu ânimo para alcançar todos os meus objetivos.

A minha mãe, uma mulher completa, um exemplo e base para uma vida que me trouxe tantos desafios. Pelo amor incondicional.

Ao meu pai (in memoriam), maior entusiasta da minha profissão, ele que só enxergava bondade e generosidade na Enfermagem.

À professora Dr^a. Ione, que acolheu há um tempo atrás, por pura bondade e generosidade, por me conduzir até aqui com tanta segurança.

Aos meus amores para toda vida, Luiza, Alice e Samuel, pelo amor bondoso que têm por mim, o que permite que vá a todos os lugares e faça todas as coisas para atingir meus sonhos. Vocês são o melhor de mim.

Ao Eduardo, por estar sempre ao lado, aceitar o desafio diário de criar três filhos bons, justos e generosos para o mundo.

Aos meus sobrinhos, irmãos e cunhados (que são também meus irmãos), pela presença e o carinho na minha vida e pelo apoio incondicional, em especial Eliza e Paulo, que caminharam, lado a

lado comigo, outras vezes, e caminham por mim.

*À **Amelia**, ela que é mulher de verdade, pois tive o privilégio de saber que por toda vida ela vai estar sempre ali.*

*As professoras **Dra Diene Monique Carlos** e **Dra Fabiana Costa Machado Zacharias** pelas valerosas contribuições no exame de qualificação para melhoria da construção final desta tese*

*Aos **meus colegas** da Escola de Enfermagem, pelo apoio, companheirismo, acolhimento e carinho.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, especialmente ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, pelas oportunidades e pelo auxílio em todo o curso de Doutorado.*

*À **Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**, pelo incentivo e autorização à pesquisa.*

*Aos **participantes** do meu estudo, que possibilitaram a sua realização.*

*Ao **Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq)**, pela concessão da bolsa de Doutorado (processo nº 143424/2017-3).*

*O presente trabalho foi realizado com o apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES)**. Código do financiamento 001.*

RESUMO

MANÇO, S.M.B. **Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas**. 2022. 111 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

A Transição do Cuidado é definida como um grupo de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando pacientes passam por mudanças em sua situação de saúde, quando são transferidos de um local a outro no mesmo serviço ou ainda, entre diferentes níveis do cuidado à saúde. O objetivo do presente estudo foi analisar a transição do cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, que utilizou o referencial *Care Transitions Intervention* como modelo de intervenção. Essas intervenções fundamentam-se em quatro pilares para garantir uma transição segura a saber: autogestão de medicação, registro pessoal de saúde, acompanhamento com seguimento na atenção primária e identificação de sinais e sintomas de piora da condição. Participaram da pesquisa 12 profissionais, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, diretamente envolvidos no planejamento de alta. A coleta de dados foi realizada, por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, observação e análise documental. Optou-se por entrevistar todos os profissionais do setor que se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo, assim a saturação dos dados foi rapidamente obtida pela repetição dos discursos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à Análise Temática. Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da EERP e Comitê de Ética e Pesquisa HCFMRP- UE e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Os resultados foram organizados de acordo com as etapas de pesquisa, sendo assim, a observação permitiu que se construísse o cotidiano do planejamento de alta, a análise documental o arcabouço de registros de saúde que dão suporte ao desenvolvimento do planejamento de alta e as entrevistas revelaram o planejamento de alta na perspectiva dos profissionais de saúde demonstrando sua compreensão e sua prática sobre o planejamento de alta. Verificou-se um comprometimento e esforço dos profissionais de saúde para assegurar a integralidade da assistência, uma preocupação em envolver os familiares nos cuidados prestados ao paciente, a atuação de uma equipe multiprofissional e ao mesmo tempo um protagonismo do papel do enfermeiro nesse processo. A utilização de documentos para facilitar a comunicação entre os profissionais ou entre os níveis de atenção também foi outro relevante fator observado neste estudo. Por outro lado, os resultados indicaram que quando há dificuldades no fluxo da contrarreferência ou falta de tempo hábil para preparação da alta, o cuidado pode apresentar-se fragmentado prejudicando a comunicação entre os níveis de assistência e colocando em risco a transição do cuidado e segurança dos pacientes. Conhecer o cotidiano do planejamento de alta além da estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da Unidade de Emergência possibilitou uma comparação entre a presença ou ausência de elementos que compõem uma transição do cuidado de um programa o CTI, de reconhecida eficácia no meio científico.

Palavras-Chave: Cuidado Transicional. Alta do Paciente. Continuidade da Assistência ao paciente. Enfermagem em Emergência.

RESUMEN

MANÇO, S.M.B. **Transición asistencial en el alta hospitalaria de pacientes con enfermedades crónicas**. 2022. 111 f. Tesis (Doctorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

La Transición Asistencial se define como un conjunto de acciones destinadas a garantizar una coordinación y continuidad asistencial seguras cuando los pacientes experimentan cambios en su situación de salud, trasladados de un lugar a otro, dentro de un mismo servicio, o entre diferentes niveles asistenciales. El objetivo de este estudio fue analizar la Transición de Cuidados en la planificación del alta hospitalaria de pacientes con enfermedades crónicas. Se trata de un estudio de caso con abordaje cualitativo, que utilizó como modelo de intervención el marco Care Transitions Intervention (CTI) para garantizar una transición segura, basado en los cuatro pilares: autogestión de medicamentos, registro personal de salud, seguimiento con seguimiento en atención primaria e identificación de signos y síntomas de empeoramiento del cuadro. El estudio fue realizado en la Unidad de Urgencias de un Hospital Universitario Público, en el interior de São Paulo. Doce profesionales participaron de la investigación, entre médicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, directamente involucrados en la planificación del alta hospitalaria. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales, con guión semiestructurado, observación no participante y análisis de documentos. Los datos fueron recolectados después de la aprobación del Comité de Ética y la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) por parte de los participantes. Fueron elegidos para la entrevista todos los profesionales del sector de Medicina Interna, que cumplieran los criterios de inclusión del estudio. La saturación de datos se obtuvo mediante la repetición de los discursos. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas íntegramente y sometidas a Análisis Temático. Los resultados se organizaron según las etapas de la investigación. La observación permitió la representación de acciones, en el cotidiano de los profesionales, para la planificación del alta. El análisis documental permitió comprender el marco de los registros de salud, que apoyan el desarrollo de la planificación del alta. El uso de documentos para facilitar la comunicación entre profesionales o entre niveles de atención fue otro factor relevante encontrado en este estudio. Las entrevistas revelaron una comprensión de la práctica de la planificación del alta por parte de los profesionales de la salud. Se constató el compromiso y esfuerzo de los profesionales de la salud para garantizar una atención integral, con la preocupación de involucrar a los familiares en el cuidado brindado al paciente, la actuación de un equipo multidisciplinario y, al mismo tiempo, el papel protagónico del enfermero en este proceso. Además, los resultados indicaron que, si hay dificultades en el flujo de la contrarreferencia o la falta de tiempo para preparar el alta, la atención puede ser fragmentada. Son circunstancias que comprometen la comunicación entre niveles asistenciales y ponen en riesgo la Transición Asistencial y la seguridad del paciente. Conocer la rutina de planificación del alta, además de la estructura formal, que regula y organiza el funcionamiento de la Unidad de Emergencia, fue fundamental. El procedimiento permitió comparar la presencia o ausencia de elementos que componen una Transición Asistencial de un programa como el CTI, de reconocida eficacia en el medio científico.

Palabras-Clave: Atención de transición. Alta del paciente. Continuidad de la Atención al Paciente. Enfermería de emergencia.

ABSTRACT

MANÇO, S.M.B. **Care transition in the hospital discharge of patients with chronic diseases.** 2022. 111 f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Care Transition is defined as a group of actions designed to ensure safe coordination and continuity of care when patients experience changes in their health situation, when they are transferred from one location to another within the same service, or between different levels of health care. The aim of the present study was to analyze the transition of care in hospital discharge planning for patients with chronic diseases. This is a study case of a qualitative nature, which used the Care Transitions Intervention framework as an intervention model. These interventions are based on four pillars to ensure a safe transition, namely: medication self-management, personal health record, follow-up with follow-up in primary care and identification of signs and symptoms of worsening of the condition. Participated in the research 12 professionals, including doctors, nurses, social workers, occupational therapists, directly involved in discharge planning. Data collection was carried out through individual interviews with a semi-structured script, observation and document analysis. We chose to interview all professionals in the sector who fit the inclusion criteria of the study, so data saturation was quickly obtained by repeating the speeches. The interviews were recorded, transcribed and submitted to Systematic Analysis. Data were collected after the project was approved by the EERP Ethics Committee and the EU HCFMRP Research Ethics Committee and the participants signed the Free and Informed Consent Term (TCLE). The results were organized according to the research stages, so, the observation allowed the construction of the daily discharge planning, the document analysis the framework of health records that support the development of the discharge planning and the interviews revealed discharge planning from the perspective of health professionals demonstrating their understanding and practice of discharge planning. There was commitment and effort from health professionals to ensure comprehensive care, concern to involve family members in the care provided to the patient, performance of a multiprofessional team and at the same time a protagonism of the nurse in this process. The use of documents to facilitate communication between professionals or between levels of care was also another relevant factor observed in this study. On the other hand, the results indicated that when there are difficulties in the flow of counter-referral or lack of time to prepare for discharge, care can be fragmented, impairing communication between levels of care and compromising the transition of care and safety of patients. Knowing the routine of discharge planning beyond the formal structure, which regulates and organizes the operation of the Emergency Unit made possible a comparison between the presence or absence of elements that make up a transition of care from a program, the CTI, of recognized effectiveness in the scientific.

Keywords: Transitional care. Patient discharge. Continuity of Patient Care. Emergency nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Seleção dos estudos primários encontrados para revisão integrativa. Ribeirão Preto – SP, 2022.....	30
Figura 2 -	Síntese esquemática das etapas analíticas da pesquisa, Ribeirão Preto Paulo/Brasil, 2022.....	51
Figura 3 -	Planilha de alta e admissão.....	61
Figura 4 -	Registro de Assistência Enfermagem.....	62
Figura 5 -	Relatório Multiprofissional.....	62
Figura 6 -	Planilha de Assistência de Enfermagem.....	63
Figura 7-	Plano de alta.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Aplicação da Estratégia PICO.....	28
Quadro 2-	Descritores controlados e não controlados, segundo a estratégia PICO, interligados por operadores booleanos, para sintaxe nas bases de dados.....	29
Quadro 3-	Identificação dos artigos eleitos conforme código, título, método, nível de evidência, objetivo e resultados (n=10). Ribeirão Preto – SP, 2022.....	33
Quadro 4-	Síntese de componentes de Planos de Alta Hospitalar, para Transição do Cuidado descritos nos artigos eleitos.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo para entrevistas. Ribeirão Preto, 2022.....	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACA	<i>Affordable Care Act</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied</i>
CTI	<i>Care Transitions Intervention</i>
CURM	Central Única Regulação Médica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAAPS	Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
HRRP	Programa de Redução de Readmissões nos Hospitais Medicare
HCFMRPUE	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Unidade de Emergência
IBECS	Índice Bibliográfico <i>Español</i> em <i>Ciencias de la Salud</i>
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCCT	Programa de Transições de Cuidados da Clínica Mayo
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NIR	Núcleo de Regulação interna
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDTC	Programa de Melhoria da Qualidade e de Cuidados Integrados de Transição Pós-Alta

PHR	<i>Personal Health Record</i>
PICo	Paciente, Intervenção e Contexto
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises
PTC / TCP	Programa de Transição do Cuidado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distritais de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Úlcera por Pressão
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO E O PLANEJAMENTO DE ALTA.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 MÉTODO DA REVISÃO.....	27
2.2 RESULTADOS DA REVISÃO.....	32
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO.....	41
3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	44
4 OBJETIVOS.....	47
4.1 OBJETIVO GERAL.....	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
5. MÉTODO.....	49
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	49
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	50
5.3 ETAPAS DO ESTUDO	51
5.3.1 Primeira Etapa - Análise Documental e Observação não Participante	52
5.3.2 Segunda Etapa- Entrevistas.....	53
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	54
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	56
5.7 RIGOR E QUALIDADE DO ESTUDO.....	56
6 RESULTADOS.....	59
6.1 O COTIDIANO DO PLANEJAMENTO DE ALTA.....	59
6.2 A BASE DOCUMENTAL PARA O PLANEJAMENTO DE ALTA.....	61

6.3 O PLANEJAMENTO DE ALTA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	64
6.4 ACOMPANHAMENTO COM SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	65
6.4.1 O Cuidado Integral	65
6.4.2 Planejamento do Cuidado	69
6.5 AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO	72
6.6 REGISTRO PESSOAL DE SAÚDE Erro! Indicador não definido	74
6.7 SINAIS DE PIORA.....	
7 DISCUSSÃO	77
8 CONCLUSÃO	89

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO E O PLANEJAMENTO DE ALTA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tradicionalmente definidas como doenças de longa duração e de progressão lenta, são as principais causas de morte no mundo e, portanto, um dos maiores enfrentamentos de saúde da atualidade (BRASIL, 2015).

As DCNT são consideradas sérios problemas de Saúde Pública. Desenvolvendo-se ao longo da vida, elas produzem graves complicações, de forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, maior risco de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), esse grupo de doenças representou 74,0% das mortes no Brasil, em 2016, e no mundo, 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas em 2016 (OMS, 2018).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico VIGITEL (2018) desses 74% do total de mortes no Brasil a proporção foi de (28%) para doenças cardiovasculares, (18%) para neoplasias, e (6%) para as doenças respiratórias.

As complicações advindas das DCNT têm consequências para o próprio indivíduo, como diminuição da qualidade e aumento do custo de vida; para o sistema de saúde, com o aumento da demanda de atendimentos de emergência e internações; para a sociedade, como a ocorrência de aposentadoria precoce e para sua família, devido à necessidade de prover cuidados domiciliares (MALTA et al., 2014)

Em vista disso, as DCNT representam uma alta demanda para os serviços de saúde, uma vez que os pacientes necessitam com frequência de avaliação de seu estado de saúde. Se forem gerenciadas de forma inadequada, podem precisar de assistência com maior incorporação tecnológica, repercutindo em grande número de internações (MALTA et al., 2017),

Por utilizarem diversos serviços de saúde e contato com diferentes profissionais, os pacientes portadores de DCNT podem receber cuidados fragmentados, o que afeta de forma significativa a saúde desses indivíduos. Com isso, observa-se uma alta demanda para os serviços de emergência de pacientes com problemas agudizados de doenças crônicas (MALTA et al., 2017).

O atendimento pontual e fragmentado, característico dos serviços de emergência, pode ser insuficiente para solucionar as necessidades de saúde dos pacientes, pois quando não há continuidade da atenção, as agudizações e a utilização desses serviços emergenciais podem se tornar mais frequentes e cíclicos (ACOSTA et al., 2015).

As exacerbações dos quadros agudos de DCNT podem indicar assistência fragmentada e o uso frequente de serviços de emergência pode ser compreendido como um evento sentinela, de que a assistência não está adequada (COLEMAN et al., 2010). Além disso, faz com que esses usuários transitem com frequência entre os diferentes níveis de atenção.

As transições, quando inadequadas, podem dar origem a eventos clínicos adversos graves e, ao não serem atendidos, podem gerar baixa satisfação com os cuidados. Observa-se que as transições estão associadas ao aumento das taxas de re-hospitalizações, potencialmente evitáveis (NAYLOR, 2008).

Há um grupo de soluções inovadoras que buscam melhorar a integração e a continuidade do cuidado, que visam diminuir as visitas frequentes destes usuários com condições crônicas, o que impacta sobre os efeitos negativos dessas re-hospitalizações, sendo estas denominadas de planejamento de alta (McMARTIN, 2013).

A OMS denomina alta como sendo a liberação de um paciente de uma unidade de cuidados, usualmente, a data em que o paciente deixa o hospital (OMS, 2013). No entanto, a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado, e sim, como um período que pode ser propício para se desenvolver intervenções que assumam a função de elo entre o ambiente hospitalar e o domicílio, ou o próximo nível de atendimento (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010). Por isso, entende-se a alta hospitalar como um período de transição específico, na qual os cuidados iniciados, desde a admissão do paciente, devem ser previstos e planejados a fim de se obter a continuidade da atenção (FLESCHE; ARAÚJO, 2014).

Concernente a isso, o planejamento do processo de alta, por profissionais de saúde e o acesso às informações sobre a continuidade do cuidado, é fator determinante para a qualidade da assistência prestada (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010). Nesse caso, o planejamento da alta é uma atividade rotineira dos sistemas de saúde, que tem por objetivo reduzir o tempo de internação hospitalar, a readmissão não planejada para o hospital e melhorar a coordenação dos serviços, podendo ser desenvolvido de forma individualizada e antes do paciente deixar o hospital (BRADEY, 2014). O planejamento da alta tem início no momento da admissão hospitalar e tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado recebido pelo paciente no hospital (BRASIL, 2016).

O Medicare, sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos, afirma que o planejamento da alta deve ser um processo usado para decidir quais as reais necessidades de um paciente, ao passar de um nível de cuidado para outro. Apenas um médico pode autorizar a liberação de um paciente do hospital, mas o processo de planejamento de alta pode ser complementado por qualquer outro profissional de saúde ou em uma abordagem de equipe (MEDICARE, 2012).

Em geral, os fundamentos de um planejamento de alta ideal englobam aspectos tais como: avaliação do paciente por um profissional qualificado; discussão com o paciente ou seus representantes sobre a sua condição de saúde; planejamento para regresso ao lar; outras transferências para outro centro de atendimento; levantamento das necessidades de treinamento ou outro tipo de suporte para cuidados com a saúde e apoio da comunidade (COLEMAN et al., 2012).

O planejamento da alta começou a ser difundido nos Estados Unidos na década de 1960. Em 1983, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* e a *American Hospital Association* declararam que o planejamento de alta é obrigatório e deve ser fornecido a todos os pacientes do *Medicare* e *Medicaid* (MEDICARE, 2012).

Em 2012, o *Affordable Care Act* (ACA) estabeleceu o Programa de Redução de Readmissões nos Hospitais Medicare (HRRP). O programa incentivava os hospitais a reduzirem suas taxas de readmissão e impunha sanções financeiras a hospitais cujas taxas de readmissão, em 30 dias, fossem significativamente maiores do que a média nacional (NELSON, 2013).

Considera-se que existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma a complementar a assistência hospitalar e em um tempo adequado. Entende-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes

profissionais, em diferentes níveis de atenção, de uma forma coerente, lógica e oportuna (MENDES et al., 2017).

A discussão a respeito da importância do planejamento de alta, ligado ao acompanhamento do usuário após o período de hospitalização, fez emergirem em meados dos anos 80, as reflexões a respeito da Transição do Cuidado (TC) e os Cuidados de Transição (CT) (BROOTEN et al., 1986; MARY; NAYLOR; MCCAULEY, 1999; PHILLIPS et al., 2008).

Os CT são definidos como “um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes se transferem entre diferentes locais ou em diferentes níveis de atenção” (COLEMAN; BOULT, 2006, p 2). Os cuidados baseiam-se em um plano abrangente de ações e na disponibilidade de uma equipe treinada de profissionais de saúde. Para isso, esses profissionais devem ter informações sobre os objetivos do tratamento, preferências e condições clínicas do paciente, arranjos logísticos, educação do paciente e da família e coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição (WHO, 2016).

A TC ideal envolve elementos fundamentais para seu desenvolvimento, o planejamento de alta é um dos componentes principais deste processo, visto que é nesse momento que são desenvolvidas as principais intervenções (HESSLINK, 2014). Os pacientes, muitas vezes, têm necessidades complexas na alta, que exigem serviços de coordenação com outras unidades de saúde ou profissionais, obtenção de medicamentos e suprimentos ou a organização de serviços clínicos. Os pacientes também precisam de instruções substanciais para continuar os cuidados.

O planejamento da alta do paciente é a parte final do plano terapêutico, e um ponto crucial do atendimento. O plano de alta deve garantir que, a mesma qualidade dos cuidados assistenciais prestados no ambiente hospitalar seja continuada no ambiente ambulatorial e do domicílio do paciente (IBES, 2017).

Entende-se que o processo de planejamento de alta constitui-se em criar um plano individualizado e distinto, para cada paciente que está deixando o hospital, com o objetivo de reduzir custos e otimizar os resultados em sua recuperação. Deve-se garantir, no planejamento da alta, que os pacientes deixem o hospital no momento apropriado do seu tratamento e que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada (GONÇALVES-BRADLEY; LANNIN, 2016)

Esse período de transição, somado à ausência de um bom planejamento de alta, é reconhecido como cenário de alto risco para a segurança do paciente. O bom

planejamento que vise a segurança da transição tem impacto direto para diminuir as internações hospitalares e reduz as reinternações causadas por complicações (PALASSON, 2021).

Para Naylor e Keating (2012), os resultados negativos dos problemas identificados nessa transição incluem: aumento da mortalidade; morbidade; eventos adversos; atrasos no recebimento de tratamento adequado; fraco apoio da comunidade; maior frequência de visitas no serviço de emergência; exames duplicados ou perdidos durante o acompanhamento; readmissões evitáveis ao hospital; dor emocional e física, gerando sofrimento para os usuários, cuidadores e/ou familiares; insatisfação do paciente com a coordenação e com a continuidade do cuidado.

Segundo o parecer de Naylor (2008), muitos fatores contribuem para as lacunas no atendimento durante as transições. Dentre eles, o autor cita: comunicação deficiente, transferência incompleta de informações, educação inadequada de idosos, seus cuidadores e/ou familiares, acesso limitado aos serviços assistenciais e a carência de profissionais para garantir a continuidade dos cuidados.

O *Care Transitions Intervention* (CTI) é um programa de TC multiprofissional, originalmente desenvolvido por Eric Coleman, da Universidade do Colorado, e implementado em vários hospitais, nesta mesma região. O objetivo do CTI é facilitar o autogerenciamento do paciente na própria saúde e capacitar o cuidador, após a hospitalização.

Existem quatro pilares ou domínios, que são considerados basilares para o desenvolvimento desse programa: (1) autogestão de medicação, (2) desenvolvimento de um registro pessoal de saúde, que é realizado de um local para outro, (3) acompanhamento com seguimento na atenção primária e (4) a identificação de “bandeiras vermelhas” ou sinais de piora que devem levar esses pacientes a contatar o serviço de saúde (COLEMAN, 2008)

Há também a figura de um “técnico de transição” ou *coach*, um enfermeiro de prática avançada, que realiza visitas domiciliares pós-alta e ligações telefônicas, enfatizando o engajamento do paciente e o autogerenciamento no cuidado de doenças crônicas. O programa foi estudado, em diversos contextos de cuidados intensivos, com reduções estatisticamente significativas, nas readmissões de 30 dias (COLEMAN, 2008).

Costa et al. (2019) aponta estratégias para o atendimento integralizado e a garantia da continuidade do cuidado, nesse processo de transição entre os níveis de assistência no sistema de saúde da Espanha, na Catalunha, de enfermeiras hospitalares de enlace, cujo trabalho é identificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta. Este trabalho é realizado por meio de interconsulta com equipe multiprofissional e a realização de busca ativa no sistema de informação hospitalar dos pacientes pós- internação.

As enfermeiras têm conhecimento sobre as necessidades dos pacientes e os recursos essenciais para realizar a continuidade, realizam contato com os profissionais da área de origem do paciente (cuidados primários, centros de saúde, hospital e/ou residência) por telefone, e-mail ou por sistemas informatizados. O contato é compartilhado entre níveis de assistência, a fim de assegurar uma visita ao paciente, realizada pelo enfermeiro ou médico da atenção primária, até 48 horas após o paciente deixar o hospital (COSTA et al., 2019).

No Brasil, existe experiência semelhante ao modelo espanhol, desenvolvido em uma região do São Paulo. Nestes locais, existe a função do gestor de casos, que atua articulando o período de internação hospitalar com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com o serviço de assistência domiciliar. A figura do gestor de casos, que pode ser assumida por um enfermeiro ou assistente social, identifica os possíveis pacientes que apresentem condições crônicas complexas durante a alta hospitalar e realiza o encaminhamento para a UBS de referência, para que seja acompanhado. Caso seja necessário, o paciente é avaliado para ser admitido no serviço de assistência domiciliar logo após a alta. (MACEDO; MORAES, 2015)

Se for considerada a magnitude e o crescimento das condições crônicas e a necessidade de cuidados planejados para a alta, que se iniciam no período de hospitalização, no momento em que os mesmos transitam entre os pontos de atenção na rede, configuram-se as perguntas de investigação. Como ocorre a Transição do Cuidado no planejamento de alta na Unidade de Emergência de pacientes com condições crônicas? Quais são os pilares desenvolvidos nesse planejamento de alta de usuários com condições crônicas?

2 REVISÃO DALITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

As transições entre os serviços de saúde são períodos de extrema vulnerabilidade, especialmente para usuários com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que possuem regimes de tratamento complexos. Por isso, práticas que tenham a intenção de aprimorar a alta hospitalar podem garantir a continuidade da assistência ao paciente, e evidenciam um olhar cuidadoso para a transição do cuidado (REIDT, 2016).

A transição bem-sucedida é desejável em todos os contextos, especialmente aos relacionados às DCNT. As evidências sugerem que um planejamento de alta durante a TC coordenado, resulta em uma redução na internação hospitalar e nas taxas de readmissão para pacientes adultos com necessidades médicas complexas (DIPLOCK et al., 2017).

O planejamento da alta tem como objetivo atender às necessidades dos pacientes, no que se refere à transição de um nível de assistência para outro, após análise do contexto em que ocorre a alta do hospital para a comunidade, e pode ser um domínio central na prestação dos cuidados. Nesse sentido, observa-se a importância do planejamento de alta durante a TC, com atividades desenvolvidas por equipes multidisciplinares, cuja proposta objetive a eficiência dos cuidados de saúde, por meio da coordenação e continuidade do cuidado, quando esses indivíduos transitam entre diferentes níveis de atenção (SOTO et al., 2018).

Nessa direção, para o desenvolvimento desta tese, foi realizada, previamente, uma revisão integrativa da literatura para identificar evidências científicas, referentes aos domínios ou pilares desenvolvidos na TC, no planejamento de alta.

2.1 MÉTODO DA REVISÃO

Uma revisão integrativa permite que, apoiado em uma temática específica, o agrupamento e síntese de estudos no extenso acervo da literatura científica, além de possibilitar gerar análises e conclusões em relação a determinado tema abordado (Garcia *et al.*, 2016).

Para tanto, foram adotadas as etapas estabelecidas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção de uma revisão integrativa: 1) elaboração da pergunta da pesquisa, 2) seleção da amostragem dos estudos primários encontrados

na literatura científica, 3) extração dos dados, 4) avaliação e síntese dos estudos primários incluídos, 5) análise e discussão dos resultados encontrados e 6) apresentação da revisão.

Quanto à construção da pergunta de pesquisa para o estudo, utilizou-se a estratégia PICO, acrônimo da língua inglesa para Paciente, Intervenção e Contexto, que visa auxiliar a formulação da pergunta de pesquisa e identificar as palavras-chave adequadas para o processo de busca dos estudos primários (KLUWER, 2011). Nesse caso, o elemento (P) consiste no adulto e idoso com condições crônicas; o elemento (I) em Planos de Alta Hospitalar e o elemento (Co), Transição do Cuidado em unidades de Emergência (Quadro 1). Portanto, a pergunta de estudo definida para este estudo de revisão de literatura foi: “Como ocorre a Transição do Cuidado no planejamento de alta de adultos e idosos, com condições crônicas, na Unidade de Emergência e os domínios ou pilares desenvolvidos nesse planejamento?”

Quadro 1- Estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Aplicação
P	População	Adulto e idoso com condições crônicas
I	Intervenção	Planos de Alta Hospitalar
Co	Contexto	Transição do Cuidado em unidades de Emergência

Fonte: Construção da autora (2022).

A estratégia de busca foi realizada na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS); nas bases de dados do Portal Integrado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que incorpora as bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS); além da *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE), *Web of Science*, *Scopus* e *Cinahl*. As buscas ocorreram no mês de dezembro de 2021.

Os seguintes descritores controlados foram utilizados para pesquisa nas bases de dados, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS; *Medical*

Subject Headings (MeSHterms); e *Emtree*: Adulto; Idoso; Doença Crônica; Alta do Paciente; Cuidado Transicional; Serviço Hospitalar de Emergência. As principais palavras-chave (descritores não controlados) selecionadas foram: Planejamento de Alta Hospitalar; Instrumento; e Componentes. O cruzamento das palavras-chave e descritores controlados foi efetuado com a utilização de Operadores Booleanos AND e OR.

Quadro 2 – Descritores controlados e não controlados, segundo a estratégia PICO, interligados por operadores booleanos, para sintaxe nas bases de dados.

Acrônimo	Descritores e palavras-chave
P – População	(Adulto OR Idoso) AND Doença Crônica
I – Intervenção	Alta do Paciente AND (Planejamento de Alta Hospitalar OR Instrumentos OR Componentes).
Co – Contexto	Cuidado Transicional AND Serviço Hospitalar de Emergência.

Fonte: Construção da autora (2022)

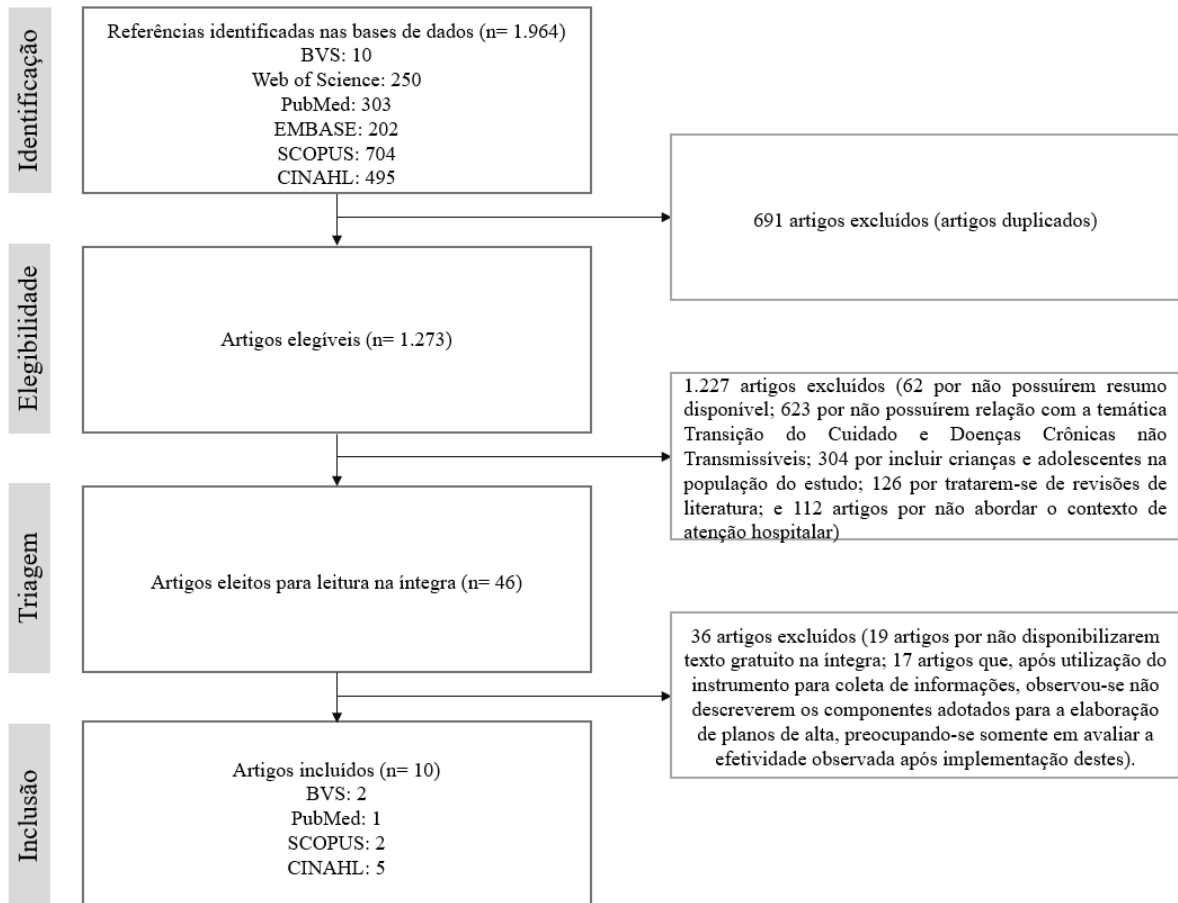
Para este estudo de revisão foram elencados os seguintes critérios de inclusão: publicações sem limite de datas, encontradas nos idiomas em português, inglês e espanhol. Foram excluídas revisões de literatura, artigos com resumo e texto completo indisponíveis, normas técnicas e estudos que não contemplassem a pergunta de pesquisa proposta.

Após a busca de artigos nas bases de dados, utilizando as estratégias supracitadas, os estudos encontrados foram exportados para a ferramenta computacional denominada Rayyan, que dá suporte à organização e seleção dos artigos encontrados nas bases de dados. Por meio dessa ferramenta são identificados artigos duplicados e classificados estudos primários, de acordo com os critérios de elegibilidade do estudo, esquematiza de forma dinâmica o processo de tratamento da amostragem encontrada, para melhor gestão e visualização dos resultados (OUZZANI et al., 2016).

O processo para a seleção da amostra foi realizado por dois revisores, de forma independente, de modo que, caso houvesse discordância entre os artigos eleitos, um

terceiro revisor seria convidado para a avaliação de elegibilidade. A Figura 1 apresenta os estudos primários selecionados:

Figura 1. Seleção dos estudos primários encontrados para revisão integrativa. Ribeirão Preto – SP, 2022.



Fonte: Construção da autora (2022).

Inicialmente, a amostra total de artigos encontrados nas bases de dados (n=1.964) foi exportada para o *software* Rayyan, o qual identificou, para respectiva exclusão, os artigos duplicados (n=691). Após a exclusão de duplicatas, realizou-se a avaliação da amostragem restante (n=1.273).

Na primeira análise, após leitura de título e resumo, os dois revisores obtiveram uma amostra de (n=46) artigos selecionados para leitura na íntegra. Os estudos excluídos não atenderam aos critérios de elegibilidade (n=1.227), a saber: estudos desenvolvidos em contextos de Transição do Cuidado para idosos entre o lar e casas de repouso; estudos com foco em abordagens humanizadas durante o processo de alta de crianças e adolescentes em situação de cuidados paliativos; instrumentos de avaliação da qualidade da Transição do Cuidado nos diferentes níveis de atenção e

conflitos gerados entre a equipe multiprofissional e os familiares durante processos de alta hospitalar.

Na segunda análise, ao final da leitura dos artigos, na íntegra, chegou-se a uma amostra final harmoniosa entre os dois revisores (n=10), na qual ampara-se a exclusão dos outros artigos (n= 36), posto que, embora versassem sobre planejamento de alta hospitalar em processos de Transição do Cuidado, não tinham como objetivo discutir, apresentar componentes ou pilares do planejamento de alta. Outros artigos foram excluídos por estarem indisponíveis em texto completo e/ou gratuito, passíveis de avaliação.

Para síntese dos resultados, utilizou-se um instrumento desenvolvido por pesquisadores da Enfermagem, o qual descreve características pertencentes aos estudos eleitos na amostra desta revisão de literatura, permitindo sua identificação e melhor gestão da síntese. Dentre os componentes presentes no instrumento de coleta de informações destacam-se: metodologia aplicada ao estudo, nível de evidência científica, objetivos e principais resultados (URSI; GALVÃO, 2006).

A classificação do nível de evidência dos estudos eleitos foi efetivada por meio da classificação proposta pela “Prática baseada em evidências em enfermagem e saúde”, sistematizada por Melnyk et al., (2001). Desta forma, a partir da metodologia descrita nos estudos, foi possível classificá-los em sete níveis, que são: nível 1 (mais forte), as evidências derivadas de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, as evidências resultantes de ensaios clínicos randomizados controlados bem delimitados; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização; nível 4, evidências obtidas de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados; nível 5, as evidências resultantes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências originárias de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível de evidência 7 (mais fraco), que abrange evidências obtidas a partir de opinião de autoridades/relatório de comitês de especialistas.

A análise dos resultados ocorreu de forma descritiva, apresentando a síntese dos estudos eleitos e dos componentes observados nos planos de alta implementados em unidades de internação de urgência.

2.2. RESULTADOS DA REVISÃO

A amostra de artigos selecionados para esta revisão integrativa, foi estabelecida por 10 artigos, em que 2021 (n=2) e 2018 (n=2) foram os anos com maior número de publicações, seguidos por 2020 (n=1), 2019(n=1), 2017 (n=1), 2013 (n=1), 2011 (n=1) . Quanto às bases de dados, não foram encontrados artigos elegíveis, conforme critérios estabelecidos, na EMBASE e *Web of Science*, entretanto nas outras bases, foram eleitos: BVS (n=2), PubMed (n=1), SCOPUS (n=2) e CINAHL (n=5). Com relação ao idioma, dois artigos encontraram-se disponíveis em português e o restante da amostra (n= 8) na língua inglesa. Apenas um estudo foi realizado no Brasil, o que indica a escassez de estudos publicados sobre a temática no país.

Quanto ao nível de evidência, verificou-se nível IV (n =5), nível VI (n=2) , nível V (n=2), e nível II (n=1), conforme descrito no quadro 3:

Quadro 3 - Identificação dos artigos eleitos conforme código, título, método, nível de evidência, objetivo e resultados (n=10).
Ribeirão Preto – SP, 2022.

Artigo	Título/Autores/Ano/País	Método	Nível de evidência	Objetivo	Principais resultados
E1	<p>Título: Enfermeiras de Ligação na Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas.</p> <p>Autores: Bernardino, E. <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2021.</p> <p>País: Brasil.</p>	Estudo descritivo	IV	Apresentar o trabalho desenvolvido pelas Enfermeiras de Ligação no Serviço de Gestão de Altas em um hospital.	A proposta estabeleceu estratégias de integração com a rede de atenção durante a Transição do Cuidado, promovendo a elaboração de protocolos assistenciais em planos de alta hospitalar e implementação de ações estratégicas, como o monitoramento telefônico pós-alta.
E2	<p>Título: <i>Optimization of heart failure patients discharge plan in Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center: Action research.</i></p> <p>Autores: Shabani, F. <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2021.</p> <p>País: Irã.</p>	Pesquisa-ação participativa	IV	Melhorar o planejamento de alta para reduzir a readmissão hospitalar.	O plano de alta operacional demonstrou efeitos significativos na promoção do autocuidado e redução das hospitalizações, bem como redução no tempo de permanência hospitalar.

(Continua)

E3	<p>Título: Continuidade do cuidado de alta hospitalar para a atenção primária à saúde: prática espanhola.</p> <p>Autores: da Costa, M. F. B. N. A. <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2020.</p> <p>País: Espanha.</p>	Estudo qualitativo e exploratório.	VI	Compreender o plano de alta e as facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde após hospitalização.	O planejamento de alta demonstrou eficácia em avaliações de pacientes, familiares e membros da equipe de atenção primária que receberam cuidados de transição pós alta hospitalar.
E4	<p>Título: <i>Networks of hospital discharge planning teams and readmissions.</i></p> <p>Autores: Prusaczyk, B.; Kripalani, S.; Dhand, A.</p> <p>Ano: 2019.</p> <p>País: EUA.</p>	Estudo retrospectivo	IV	Melhorar o processo de alta hospitalar para prevenir a reinternação durante processos de Transição do Cuidado.	Uma rede foi criada para fornecer orientações e suporte para cada paciente no processo de planejamento de alta.
E5	<p>Título: <i>Management of care transition and hospital discharge.</i></p> <p>Autores: Zurlo, A.; Zuliani, G.;</p> <p>Ano: 2018.</p>	Revisão integrativa	V	Elaborar um plano de alta viável para idosos em processos de transição do cuidado.	Os planos de alta apresentaram impacto positivo na redução das taxas de readmissão hospitalar após alta.

(Continuação)

	País: Itália.				
E6	<p>Título: <i>Implementation Requirements for Patient Discharge Planning in Health System: A qualitative study in Iran.</i></p> <p>Autores: Gholizadeh M; Janati A; Delgoshaei B; Gorji HA; Tourani S.</p> <p>Ano: 2018.</p> <p>País: Irã.</p>	Estudo qualitativo	VI	Identificar os requisitos do planejamento de alta na perspectiva dos profissionais do sistema de saúde do Irã.	Observou-se ser essencial que os gestores de saúde e os formuladores de políticas estejam atentos aos requisitos essenciais de um planejamento de alta eficaz.
E7	<p>Título: <i>Nurse-Led Discharge Care Protocol: A Randomised Control Trial.</i></p> <p>Autores: Siew P. L. D.; Bee K. L.;</p> <p>Ano: 2017.</p> <p>País: Singapura.</p>	Estudo prospectivo de controle randomizado.	II	O objetivo deste estudo foi usar um protocolo estruturado de alta liderado por enfermeiros, para avaliar seu efeito nas taxas de readmissão de pacientes em 15 e 30 dias.	Um protocolo de cuidados de alta conduzido por enfermeiros não foi eficaz na redução do tempo de internação e na prevenção de readmissões não planejadas e visitas de emergência em pacientes com câncer.

(Continuação)

E8	<p>Título: <i>Project Re Engineered Discharge (RED) Lowers Hospital Readmissions of Patients Discharged from a Skilled Nursing Facility.</i></p> <p>Autores: Berkowitz, R. E. <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2013.</p> <p>País: EUA.</p>	Estudo de intervenção com controle histórico.	V	Implementar o Projeto de planejamento de alta para aumentar a preparação do paciente para as transições de cuidados e reduzir as taxas de reinternação nos 30 dias após a alta hospitalar.	Os pacientes da intervenção apresentaram menor taxa de retorno ao hospital, em até 30 dias após a alta, e foram mais propensos a comparecer às consultas médicas, além de estarem mais bem preparados para a Transição de Cuidado.
E9	<p>Título: <i>The Enhanced Discharge Planning Program Eases a Patient's Transition Home.</i></p> <p>Autores: Rooney, M.; Markovitz, D.; Packard, M.</p> <p>Ano: 2011.</p> <p>País: EUA.</p>	Coorte retrospectivo.	IV	Criar um programa de planejamento de alta para melhorar os resultados de saúde de idosos em risco, concentrando-se em questões não médicas que contribuem para	O estudo observou que os pacientes que receberam esses serviços de Cuidado de Transição tiveram uma melhor compreensão de como gerenciar medicamentos e cuidados, após a hospitalização

(Continuação)

				eventos adversos pós-alta hospitalar.	
E10	<p>Título: <i>Effectiveness of an advanced practice emergency nurse role in a minor injuries unit.</i></p> <p>Autores: Wallis M. <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2009.</p> <p>País: Brasil.</p>	Estudo comparativo prospectivo	IV	Avaliar o efeito de planos de alta elaborados por enfermeiros nos processos de alta e nos resultados de Transição de Cuidado do paciente.	Os pacientes atendidos foram significativamente mais propensos a receber informações de alta por escrito, carta de alta, informações sobre equipamentos, informações sobre efeitos colaterais de medicamentos e ter acompanhamento agendado, do que aqueles não atendidos.

Fonte: Autores (2022).

(Conclusão)

Os estudos eleitos foram conduzidos com foco na elaboração ou avaliação de planos de alta especializados com base, principalmente, em instruções acerca de: reconciliação medicamentosa; sinais clínicos que merecem atenção para retorno em consulta médica; educação do paciente e acompanhante; cuidados com curativos, oxigenoterapia e/ou drenos, quando necessários e prevenção de queda. Os principais motivos que geraram a internação dos pacientes abordados tiveram origem na agudização de condições crônicas de saúde.

Tendo em vista as evidências das pesquisas, sobre a importância do planejamento e implementação de planos de alta especializados para a efetivação de processos de Transição do Cuidado, o quadro 4 descreve os principais componentes presentes na condução da alta hospitalar:

Quadro 4 – Síntese de componentes de Planos de Alta Hospitalar para Transição do Cuidado descritos nos artigos eleitos.

Componentes necessários em planos de alta hospitalar para Transição do Cuidado
<ul style="list-style-type: none">● Identificação dos pacientes que receberão alta precocemente (E1; E2; E5)● Planejamento de altas com, no máximo, 48h de antecedência, para que seja possível a realização do encaminhamento de informações de forma precoce, para o paciente, cuidador e/ou familiar para melhor absorção das orientações. (E3; E7)● Elaboração do plano de alta por escrito com a descrição dos: diagnósticos principais, cuidados realizados no hospital; situação clínica atual do paciente, medicamentos em uso, o plano terapêutico de enfermagem, agendamento de consulta de retorno e o contato em caso de emergência. (E3; E8; E9)● Elaboração de Relatório de Continuidade do Cuidado, que contenha as informações médicas e de enfermagem: dados do paciente desde a internação, avaliação/processo clínico, descrição dos padrões funcionais, exames e resultados; tratamento prescrito, resumo da permanência hospitalar, diagnósticos e também algumas informações para a alta, como o tratamento a ser seguido, plano de cuidados de enfermagem; orientações para o cuidado no domicílio; seguimento das visitas domiciliares; e informações do centro de saúde ao qual o paciente estará vinculado (E3; E1; E8).

(Continua)

- Plano educacional para explicar o processo de Transição do Cuidado e definir para o paciente e cuidadores a rede de apoio após alta hospitalar. (E5; E8; E9; E10)
- Institucionalização da contrarreferência; (E1)
- Integração formal com a rede e equipe de atenção do município e estado. (E1).
- Elaborar uma rede de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional do hospital com pacientes, cuidadores e/ou familiares, seja por ligações de supervisão ou visitas domiciliares. (E4; E5; E10).
- Realização de reuniões com o gestor de saúde municipal e equipe multiprofissional para definir os critérios de inclusão de gerenciamento, formulário de encaminhamento e sistemas de integração em processos de Transição do Cuidado do Hospital para a Atenção Primária.
- Conciliar o plano de alta com as diretrizes nacionais (E8).
- Avaliação do grau de compreensão do paciente acerca do plano de cuidados administrado (E8).

Fonte: Construção da autora (2022).

(Conclusão)

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO

Segundo Gholizadeh M. et al., (2018), um plano de alta bem estruturado se faz necessário para a redução dos riscos de resultados negativos durante o processo de alta hospitalar e Transição do Cuidado para domicílio. Nesse aspecto, o plano de alta deve considerar a assistência integral ao paciente compreendendo suas necessidades e dependências frente ao plano de reabilitação prescrito.

Conforme Gholizadeh M. et al., (2018) orientam, é necessário estabelecer os componentes essenciais para o planejamento de planos alta hospitalar. Para isso, deve incluir: a) atenção integral; b) respeito às necessidades; c) planejamento e organização da equipe multiprofissional que estará envolvida no processo de alta; d) estruturação da rede de apoio para a transição de cuidados; e) comunicação com a equipe de Atenção Primária à Saúde.

Feito isso, observa-se que o impacto direto do desenvolvimento de Planos de Alta está, em grande parte, na redução das taxas de readmissões hospitalares e, conseqüentemente, na redução dos custos com serviços de internação. Efeito esse observado por Berkowitz et al (2013), após estruturação de um plano de cuidados baseados em um grupo de ações, agendamento de consultas; organização de equipamentos para o paciente; orientação para reconciliação medicamentosa e plano educacional para alta, que resultaram no decréscimo da taxa de hospitalização em até 30 dias, após a alta, de 18,9% para 10,2%, o que resultou em maior satisfação dos pacientes quanto à avaliação dos serviços.

Quanto ao momento para planejar a alta, Costa e colaboradores (2020) referem que deve iniciar durante o processo de internação do paciente, no momento em que for identificado que o mesmo necessitará de cuidados após alta hospitalar, devendo ser implementado em até 48h antes da alta. No entanto, deve ser considerado o motivo da internação, seja ela programada, o paciente encaminhado ou admitido por agudização de comorbidades.

No que tange à implantação de Planos de Alta e o processo de Transição do Cuidado, o enfermeiro tem se destacado como peça-chave para assegurar a integralização do cuidado durante o processo. Tem como função orientar os pacientes, familiares e/ou cuidadores para as ações necessárias após a alta hospitalar; coordenando o agendamento de consultas e encaminhamentos e a realização de visitas domiciliares após alta hospitalar, bem como realizar a

comunicação com a atenção básica, por meio de sistemas informatizados ou até mesmo de telefone (BERNARDINO et al., 2021; DA COSTA et al., 2020; SIEW et al., 2017).

Diante dessas considerações, há concordância entre os autores (BERNARDINO et al., 2021; DA COSTA et al., 2020; ZURLO; ZULIANI, 2018; SIEW et al., 2017), que compete ao enfermeiro, ainda no processo de internação do paciente, a contribuição ímpar para assegurar a efetivação de Planos de Alta, por meio do preparo de alta a partir da prescrição de cuidados necessários para o processo de TC até o domicílio; provimento de insumos, conforme terapêutica prescrita ao paciente (sondas, curativos e medicações) e a coordenação do plano educacional para o paciente, familiares e/ou cuidadores.

Dentro desse cenário, é importante reconhecer que deve haver alinhamento entre os protocolos criados nas instituições, de modo que atinjam a eficácia observada com a implantação de Planos de Alta (BERKOWITZ et al., 2013), sempre em consonância com as políticas públicas vigentes.

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A Transição de Cuidado (TC) consiste no conjunto de ações que tem por objetivo promover a transferência do paciente, de um nível de assistência para outro nível, por exemplo, da internação hospitalar para casa, de forma adequada e com segurança, oportunamente, por meio de modelos de assistência que visam garantir a continuidade do cuidado (COLEMAN et al., 2006; COLEMAN; BOULT, 2003; HIRSCHMAN et al., 2015; KIM; THYER, 2015).

Vale destacar que a TC, quando realizada de forma apropriada, pode ocasionar melhor qualidade de vida ao paciente e familiares, além de reduzir as reinternações hospitalares (CARVALHO et al., 2019). A fragilidade da comunicação, como vazios assistenciais e incipiência na sistematização das informações, compromete a integração do sistema e fragiliza a garantia da continuidade do cuidado à DCNT que ainda não foi alcançada (NÓBREGA et al., 2017).

Os debates sobre a TC e continuidade do cuidado são cada vez mais evidenciados na literatura nacional e internacional, visto que a convivência com as DCNT, muitas vezes sem perspectiva de cura, leva os profissionais a focar em intervenções de promoção da saúde, prevenção de agudizações e agravos, aumento da qualidade e expectativa de vida (HAGGERTY et al., 2013; WAIBEL et al., 2015; BARKER; STEVENTON; DEENY, 2017)

A transição ocorre em um contexto que inclui o paciente, familiares e/ou cuidadores, os profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência. Portanto, é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades (CARVALHO, 2019).

A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, no qual há acréscimo de medicações e cuidados, em domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta (WEBER; WEBER, 2017).

A alta é uma etapa que requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente de idosos e pessoas com doenças crônicas, que têm necessidades de saúde persistentes e contínuas. No entanto, as orientações de alta, com frequência, são realizadas de forma mecânica e apressada, sem

considerar as condições e as necessidades de cada paciente, muitas vezes, fornecidas apenas no momento da saída do hospital (GUERRERO et al., 2014).

Uma TC adequada traz benefícios para o paciente, familiares e/ou cuidador, para profissionais e sistema de saúde, pois influencia a qualidade de vida de pessoas com DCNT, de modo a contribuir para a prevenção de readmissões desnecessárias e redução de custos. Enquanto em outros países existem programas e intervenções, destinadas a qualificar transições do hospital para o domicílio, no Brasil isso é escasso (ACOSTA, 2016).

Sob essa perspectiva, essa pesquisa se justifica pela abordagem da Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar, em Unidade de Emergência, setor que atende, essencialmente, pacientes com condições crônicas. De mais a mais, justifica-se pela possibilidade de que seus resultados contribuam para reflexão e mudança na prática dos profissionais de saúde, gestores e que possa trazer benefícios para a atenção à saúde dos pacientes, familiares e/ou cuidadores. Este estudo poderá contribuir para o conhecimento apropriado ao contexto nacional e no manejo de pacientes DCNT, no desenvolvimento de novas maneiras de cuidar que incrementem a TC, no sentido de aperfeiçoar a qualidade da assistência.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o planejamento de alta realizado para pacientes com doenças crônicas;
- Identificar ferramentas (protocolos, *checklist*, normativas, formulários, rotina e procedimentos) utilizadas pela equipe de saúde no planejamento de alta;
- Identificar os pilares (autogestão de medicação, registro pessoal de saúde, acompanhamento com seguimento na atenção primária e a identificação de sinais e sintomas de piora) da Transição do Cuidado no planejamento de alta;
- Analisar as potencialidades e/ou fragilidades da Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas.

5. MÉTODO

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Nesta seção, será apresentado o percurso metodológico desenvolvido com a finalidade de atingir os objetivos propostos e responder às perguntas de investigação.

A tese em questão é um desdobramento do estudo intitulado: “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, desenvolvido pelo Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”.

Esta tese integra o conjunto de estudos que compõem a atividade 1.1 (aumentar o número de atividades de pesquisa colaborativas sobre recursos humanos para a saúde e áreas prioritárias de saúde) do Termo de Referência 1 (colaborar com a Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no fortalecimento da pesquisa em Enfermagem, para o desenvolvimento de recursos humanos e da prática em enfermagem nas áreas prioritárias), do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, vigente no período de 2018 a 2022.

Trata-se de um estudo de caso único holístico, exploratório, de abordagem qualitativa e tem como finalidade analisar a Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com DCNT, embasado pelo *Care Transitions Intervention* como modelo de intervenção.

Como referencial metodológico, utilizou-se o Estudo de Caso, que Yin (2015) conceitua como uma investigação empírica, a respeito de um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especificamente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto apresentem-se pouco evidentes. Justifica-se o uso de estudo nas situações em que a unidade de análise apresente caráter revelador, e “[...] quando um pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação da ciência social [...]” (YIN, 2015, p55). O “caso” refere-se à unidade de análise, o objeto em estudo que deve representar um fenômeno real de impactos concretos.

Para Yin (2015), há quatro variantes de estudo de caso: único holístico, em que a unidade de análise é o próprio caso e está envolvido por um contexto; único incorporado, em que há múltiplas unidades de análise em um mesmo caso envolvido pelo mesmo contexto; múltiplos holísticos, em que há vários casos com suas unidades de análise específicas e envolvidos por contextos diferenciados; múltiplos incorporados, em que há vários casos com várias unidades de análise, envolvidos por contextos diferenciados. De fato, a unidade de análise delimitada para este estudo foi a Transição do Cuidado no planejamento de alta da Unidade de Emergência, segundo a variante único holístico, descrita por Yin (2015).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Emergência (UE), hospital que faz parte do complexo de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP/USP), especificamente no setor de Clínica Médica da UE. Trata-se de um hospital público que oferece toda sua capacidade instalada ao SUS.

A HCFMRP-UE/USP insere-se na Rede de Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, classificada como hospital especializado tipo II, sendo referência para a população do DRS XIII, que compreende 26 municípios e um total de 1.500.000 habitantes (um milhão e quinhentos mil), e para a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) XIII, que engloba também os DRS de Franca, Araraquara e Barretos, com um total de 4.000.000 (quatro milhões) de habitantes. Eventualmente, este serviço atende outras DRS em alguns agravos mais complexos (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2017).

A UE-HCFMRP/USP conta com 167 leitos de internação e possui uma equipe multiprofissional: médicos, equipe de enfermagem, nutrição, assistência social, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, dentre outros. O hospital realiza cerca de 2.500 (dois mil e quinhentos) atendimentos mensais de urgência referenciada, que geram cerca de 900 (novecentas) internações mensais. Além disso, são realizadas, em média, 450 (quatrocentas e cinquenta) cirurgias de alta complexidade, por mês.

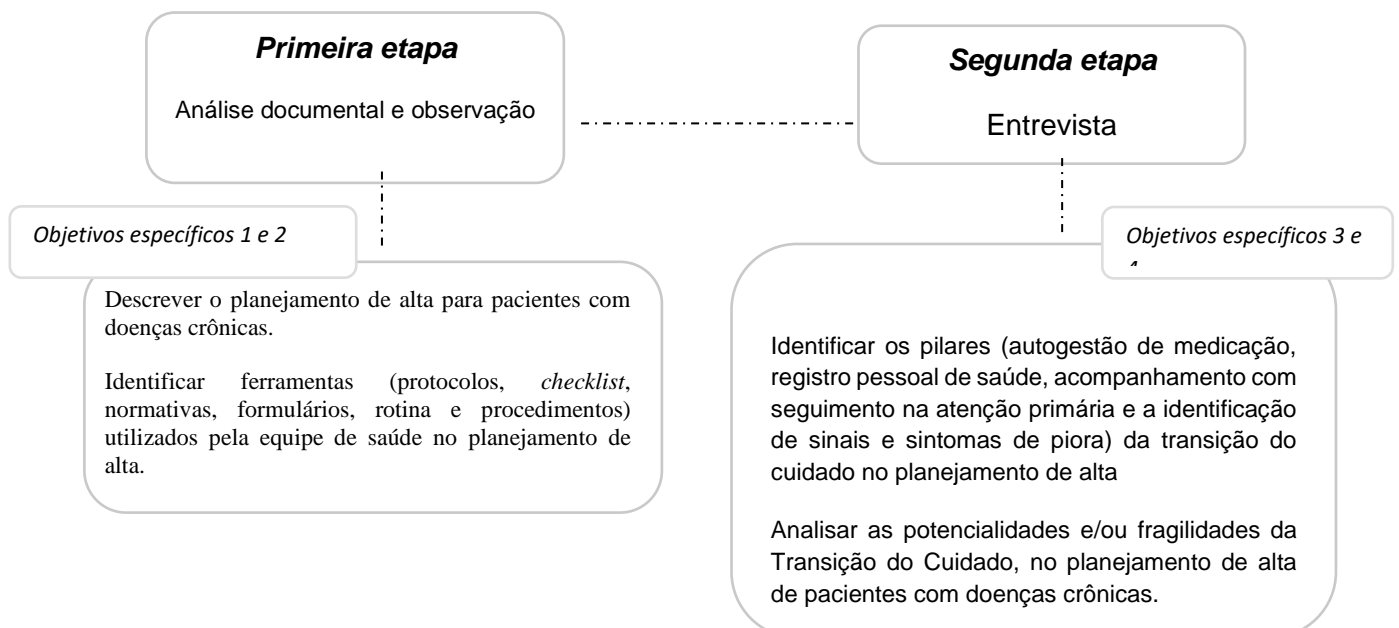
O UE-HCFMRP/USP é uma unidade referenciada, ou seja, o acesso se dá após atendimento pelo SAMU, em Unidade Básica de Saúde (UBS), em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou, no caso de Ribeirão Preto, em Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS). O referenciamento é feito pela Central Única de Regulação Médica (CURM), que analisa os pedidos de internação e transferência, estabelece prioridades a partir da classificação de risco e o fluxo de pacientes (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2017).

O setor de clínica médica possui 5 (cinco) leitos semi-intensivos, 2 (dois) leitos de isolamento e 16 (dezesesseis) leitos de enfermaria. Para atender à demanda de cuidados de enfermagem, o setor conta com nove enfermeiros assistenciais e dois supervisores. A escolha deste setor ocorreu em função da característica dos pacientes internados, que apresentavam condições crônicas agudizadas e deram entrada pela Rede de Emergência e Urgência, local em que os pacientes são estabilizados e preparados para alta hospitalar.

5.3 ETAPAS DO ESTUDO

Este estudo seguiu duas etapas. Na primeira etapa foi realizada a análise documental e observação não participante e, na segunda etapa, foram efetivadas as entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuam no setor de clínica médica do HCFMRP-UE.

Figura 2– Síntese esquemática das etapas analíticas da pesquisa, Ribeirão Preto Paulo/Brasil, 2022.



Fonte: Construção da autora (2022)

5.3.1 Primeira Etapa - Análise Documental e Observação não Participante

Fonte de informação e coleta de dados

A fim de responder aos objetivos específicos, 1- Descrever o planejamento de alta realizado para pacientes com doenças crônicas; e 2- Identificar ferramentas (protocolos, checklist, normativas, formulários, rotina e procedimentos) utilizadas pela equipe de saúde no planejamento de alta, foi realizada a observação do processo de alta hospitalar, durante dez dias, no mês de julho de 2021, em todas as altas que ocorreram no período de inserção da pesquisadora em campo. A pesquisadora assumiu o papel de observadora não participante, com postura passiva, dentro do cenário observado, sem se envolver com o processo de planejamento de alta.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi feito contato com a Diretora de Enfermagem, para propor um cronograma de permanência no setor e, durante aqueles dez dias, os profissionais do setor ficaram cientes da presença da pesquisadora. Foi acordado, previamente, com os enfermeiros responsáveis pelo setor que, quando houvesse alta a pesquisadora deveria ser chamada para acompanhar os procedimentos.

Foram definidos critérios prévios de seleção para participar, de inclusão dos sujeitos: trabalhar no hospital há mais de um ano e desenvolver atividades no planejamento de alta. Critérios de exclusão: o profissional estar em período de férias, licenças/afastamentos.

Durante o período de dez dias, foi possível acompanhar 20 (vinte) altas, com duração média de 20 (vinte) minutos cada uma, perfazendo um total de 400 (quatrocentos) horas de observação. Essa observação foi feita com todos os profissionais de nível superior, integrantes da equipe multiprofissional, que realizam o planejamento de alta, a saber: enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistente social. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido, (TCLE) utilizado na observação, foi o mesmo assinado pelos profissionais de saúde, para realização das entrevistas.

Foi elaborado um diário de campo para anotar as informações referentes à observação. Observou-se desde a movimentação do profissional junto ao leito do

paciente ao repassar as orientações e entrega de documentos, até o preenchimento de relatórios de alta por meio de computadores, na bancada de atendimento.

Para análise documental, por motivos operacionais do *software* de gestão, os documentos não puderam integrar a pesquisa em seu formato original. Os documentos foram fotografados pela pesquisadora e transcritos em arquivos do Word, de modo a ser remontada a estrutura, o mais próximo possível do seu formato original, e, posteriormente, analisados. Todos os documentos foram recolhidos no local de pesquisa, com anuência da diretoria de enfermagem. Foram analisados cinco documentos: planilha de alta e admissão, registro de assistência de enfermagem, relatório multiprofissional, assistência de enfermagem - alta hospitalar e gestão de alta. Para o desenvolvimento da etapa de análise documental, foi destinada uma tarde, média de quatro horas. O coordenador do setor designou duas enfermeiras consideradas experientes, para apresentar os documentos de alta, explicar a finalidade, o destino dos documentos e a periodicidade em que devem ser emitidos. Para este estudo os documentos foram agrupados por similaridade, segundo as etapas de alta.

Os dados resultantes da etapa de observação e da análise documental foram complementares à discussão dos relatos dos participantes. A análise documental permitiu a identificação das ações e práticas da equipe multiprofissional relacionadas à Transição do Cuidado, no planejamento de alta na Unidade de Emergência do HCFMRP-UE.

5.3.2 Segunda Etapa – Entrevistas

Fonte de informação e coleta de dados

Para responder aos objetivos específicos, 3 - Identificar os pilares (autogestão de medicação, registro pessoal de saúde, acompanhamento com seguimento na atenção primária e a identificação de sinais e sintomas de piora) da transição do cuidado no planejamento de alta e 4 - Analisar as potencialidades e/ou fragilidades da Transição do Cuidado, no planejamento de alta de pacientes com doenças crônicas. Os dados foram coletados de fontes primárias de informação, por meio de entrevistas semiestruturadas. Para isso, foi realizado um pré-teste com duas enfermeiras, com a

finalidade de ajustar o roteiro e verificar a compreensão das perguntas. É oportuno destacar que o pré-teste foi excluído da composição final da amostra.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os profissionais que atuavam no setor de clínica médica foram os participantes do estudo, que se dispuseram a participar, obedecendo-se aos critérios de inclusão. Salienta-se que não houve recusa por parte de nenhum profissional. Dessa forma, a amostra foi composta por 12 profissionais de nível superior, que atuavam diretamente no processo de alta hospitalar. Apenas um enfermeiro assistencial foi excluído, uma vez que possuía apenas 4 meses de trabalho no setor de clínica médica, como mostra a tabela 1. A saturação das falas foi rapidamente atingida, com repetição dos discursos, no entanto, optou-se por entrevistar todos os profissionais.

As entrevistas foram realizadas no próprio setor, em uma sala destinada à equipe multiprofissional. A cada manhã, o Coordenador do setor designava os profissionais disponíveis, naquele dia, e a pesquisadora aguardava o melhor momento para realização das entrevistas. Cada entrevista durou em torno de 20 minutos.

Antes do início das entrevistas, a pesquisadora fez uma breve explicação sobre a temática e, em seguida aos esclarecimentos, foram entregues os TCLE e o questionário de identificação aos participantes. Observe-se que o mesmo TCLE utilizado para concessão das entrevistas foi utilizado na observação, já que se tratava dos profissionais da equipe. Após a assinatura, deu-se início às entrevistas, que foram gravadas em dois dispositivos de áudio, guiadas pelas perguntas contidas da entrevista semiestruturada. A entrevista foi construída com questões norteadoras para a discussão:

- Descreva o planejamento de alta nesta Unidade.
- Quais são os domínios/pilares envolvidos neste planejamento?
- Quais atividades são desenvolvidas ou ferramentas que vocês utilizam para garantir a continuidade da atenção?
- Quanto à autogestão de medicação, quem realiza essa atividade e como ela é desenvolvida?

- Em relação ao reconhecimento dos sinais de piora, como é feita essa orientação e por quem?
- Há algum documento ou uma espécie de diário em que o paciente possa registrar suas condições de saúde? Apêndice III

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere à etapa de observação, os dados foram anotados em um diário de campo, o que permitiu uma análise descritiva das informações. A análise documental propiciou a identificação dos relatórios de alta, as principais informações de saúde coletadas, bem como os registros de evolução de cada paciente. Documentos avaliativos da evolução clínica dos pacientes e previsão de alta também fazem parte do escopo de documentos. A descrição e título de cada documento foram agrupados em figuras com informações sobre os documentos de alta, a fim de facilitar a compreensão.

Para o tratamento dos dados obtidos por meio das entrevistas, foi utilizada a análise temática, guiada pelos quatro pilares para uma transição segura: autogestão de medicação, registro pessoal de saúde, acompanhamento com seguimento na atenção primária e identificação de sinais e sintomas de piora da condição.

A análise temática difere de outros métodos que procuram descrever padrões entre os dados qualitativos. Portanto, buscam capturar algo importante sobre os dados para responder à questão de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006). Consiste em um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos (SOUZA et al., 2019).

A análise temática possui seis fases, a saber: familiarização com os dados; gerar códigos iniciais; busca de temas; revisão de temas; definir e nomear os temas; produzir o relatório (BRAUN; CLARKE, 2006). Em relação às entrevistas, seguindo as sequências citadas acima, procedeu-se à transcrição das mesmas em um editor de texto do Google Docs, com o auxílio da ferramenta digitador por voz. Foi realizada a transcrição literal das entrevistas e, a partir disso, uma primeira leitura do material transcrito e a inserção de frases ou palavras registradas pela pesquisadora, à medida que as falas chamavam a atenção.

Na sequência, deu-se a confecção dos primeiros códigos iniciais e, posteriormente, a fase de agrupamento e/ou separação (BRAUN; CLARKE, 2006). Os códigos iniciais foram escritos em forma de colunas, em uma página do editor de texto *Word*, com o objetivo de verificar a possibilidade de agrupamento entre os códigos e, ao mesmo tempo, tentando manter a coerência entre as informações. Após essa fase, os temas potenciais foram transcritos para uma nova página do editor de texto *word*, e agrupados, a fim de se construir uma relação entre os dados, para obter ao final, o tema central. É apropriado ressaltar que, durante o processo, foi realizada a discussão com pares integrantes dos grupos de pesquisa, orientador, e coorientadores, bem como a devolutiva para os participantes, com a finalidade de verificar e complementar a pesquisa.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o Parecer nº 4.628.212 (AnexoIII), com anuência da UE de Ribeirão Preto, por atender às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 46.612.

Riscos: os riscos estão relacionados à possível identificação dos participantes, por meio de apresentação dos resultados. A fim de minimizar esses riscos, foram utilizadas informações em código, para garantir o anonimato dos participantes.

Benefícios: acredita-se que os participantes poderão se beneficiar com os resultados desta pesquisa, no sentido de estimular e refletir sobre sua prática profissional, as potencialidades e fragilidades da Transição do Cuidado, no planejamento da alta de pacientes DCNT.

5.7 RIGOR E QUALIDADE DO ESTUDO

Para realizar esse estudo qualitativo, foram incorporados alguns aspectos que dão qualidade à investigação, como a credibilidade, transferibilidade, consistência e a reflexibilidade (LINCON; GURA, 1985).

A credibilidade é a aproximação dos resultados obtidos, por meio da coleta rigorosa de dados e análise dos dados, com o fenômeno observado. Para isso, a pesquisadora retornou ao campo estudado e apresentou o resultado da investigação aos participantes, realizado por meio de conversas e anotações, quanto à representatividade ou não das falas e dos resultados.

Diante da apresentação dos resultados a pesquisadora obteve resposta positiva quanto à análise do processo de alta hospitalar, confirmando os achados obtidos a partir dos dados de coleta.

Utilizou-se a triangulação de técnicas, mediante observação não participante com diário de campo, entrevistas semiestruturadas e análise documental com o objetivo de alcançar um conhecimento mais aprofundado do fenômeno estudado.

Para o aspecto da transferibilidade, a pesquisadora buscou detalhar o cenário estudado e os participantes do estudo, com a tentativa de ter selecionado os melhores representantes para abordar o tema. Acredita-se que este estudo é passível de ser aplicado em outros cenários e participantes.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 O COTIDIANO DO PLANEJAMENTO DE ALTA

A fim de responder a um dos objetivos específicos, que é descrever o planejamento de alta realizado com pacientes com DCNT, durante a Transição do Cuidado, utilizou-se a técnica de observação não participante.

A observação foi realizada dos dias 05 a 14 de julho de 2021, no período matutino e vespertino, durante seis horas diárias ininterruptas, totalizando 60 (sessenta) horas de observação, com a meta de acompanhar o planejamento de alta dos pacientes, desde a decisão da equipe até o momento do paciente deixar o leito. Os profissionais foram observados em relação às intervenções dessa atividade e ao fluxo desse processo. Some-se a isso, que o período da observação ocorreu de forma alternada com as entrevistas, conforme a disponibilidade dos participantes. Portanto, a observação foi realizada com os mesmos profissionais que se dispuseram a participar das entrevistas.

No setor de clínica médica há uma reunião diária, que recebe o nome de *Daily Huddle*, ocorre sempre às 9h da manhã, e todos os profissionais do setor são convidados a participar. É um momento de discussão de casos, com ênfase na evolução e planejamento de alta de cada paciente. É o resultado dessa avaliação que determina o início do planejamento de alta.

Durante essa reunião, cada profissional expõe as condições de alta do paciente e todos os aspectos relacionados à transição para o próximo nível de assistência. Os participantes buscam o consenso sobre a alta desse paciente, que só acontece caso todos os profissionais considerem que há condições adequadas para tal. Caso o paciente tenha condição de ir para casa ou continuar seus cuidados em um local de menor complexidade, a alta é executada e dá-se início a uma série de passos para efetivação desse processo.

O médico comunica à enfermeira do setor que o paciente está de alta e avisa também o paciente. Em seguida, os enfermeiros iniciam os registros de assistência.

O enfermeiro comunica ao técnico de enfermagem, ao setor de farmácia, ao serviço de nutrição que o paciente está de alta e passa a acessar os documentos de

alta. Somente a planilha de alta e admissão é preenchida manualmente, os demais documentos estão contidos no *Athos software* de gestão utilizado no hospital.

A forma de transporte para casa ou outra instituição, desse paciente, é sempre uma preocupação para a equipe, especialmente quando o paciente não reside no município, no caso, em Ribeirão Preto. Caso o paciente more na região, os relatórios de alta são gerados no sistema, pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR). O enfermeiro responsável pelo NIR entra em contato com o município de origem e solicita ambulância municipal, de acordo com o nível de complexidade do paciente. Caso ele more em Ribeirão, mas não possua transporte próprio, o NIR é responsável por providenciar essa remoção, junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Durante esses trâmites, as enfermeiras do setor fazem uma visita ao leito do paciente e entregam os documentos de alta. São visitas rápidas, que objetivam esclarecer as principais dúvidas dos pacientes, em relação ao esquema medicamentoso e cuidados pós-alta. Destaca-se que, a depender do tipo de cuidado que será continuado, fora do setor de clínica médica, há uma preparação de alta com tempo bem mais longo. Nos casos de pacientes ostomizados, com necessidade de sondagem ou qualquer outro cuidado que exija um mínimo de treinamento por parte do paciente e possua capacidade cognitiva para realizar o autocuidado, o familiar e/ou cuidador, a preparação pode começar alguns dias antes da alta. São necessários treinamentos diários e, só após a confirmação de que o treinamento foi completamente compreendido pelo paciente, familiar e/ou cuidador é que se dá seguimento ao processo de alta.

Logo que a equipe médica anuncia o aviso de alta do paciente, os familiares são comunicados. Caso o paciente esteja com acompanhante na internação, a enfermeira faz a comunicação pessoalmente. Caso esteja sozinho, são feitos contatos telefônicos, avisando sobre a alta hospitalar

Sem dificuldade em estabelecer o contato com o transporte que esse paciente utilizará para retornar ao domicílio, e nenhuma mudança no quadro clínico, o paciente aguarda a ambulância no próprio setor, seus pertences são conferidos, a roupa trocada e o paciente pode deixar o hospital.

6.2 A BASE DOCUMENTAL PARA O PLANEJAMENTO DE ALTA

Para a construção desta etapa da pesquisa, foram utilizados documentos de registro de assistência, provenientes do campo de coleta dos dados. Esses dados foram obtidos por meio de documentos impressos padronizados oficiais ou compartimentos específicos, dentro de um *software* de gestão (ATHOS), utilizado na UE. Buscou-se, por meio de materiais e documentos existentes, complementar as entrevistas e a observação que serviram como apoio para o entendimento da Transição do Cuidado, no planejamento de alta hospitalar.

Foram incluídos, nessa parte do estudo, documentos que tinham ligação com a alta hospitalar, que se relacionavam aos objetivos da pesquisa e que estavam disponíveis e acessíveis ao pesquisador. Os documentos contemplados nesta análise foram: planilhas de alta e admissão; registro da assistência de enfermagem; relatório multiprofissional; assistência de enfermagem-alta hospitalar e gestão de alta.

Por motivos operacionais do *software* de gestão, os documentos não foram transpostos para a pesquisa no seu formato original. Todos os documentos foram recolhidos no local de pesquisa, com a devida permissão da UE. Deve-se ainda destacar que os documentos analisados são utilizados em todos os setores do hospital, com algumas particularidades, a depender do tipo de cuidado prestado.

Figura 3 -- Planilha de alta e admissão.

Doc. 1

Título: Planilha de alta e admissão

Autores: Rodrigo Aguiar Ramos

Local e data: UE, jan. 2021

Conteúdo: Planilha a ser preenchida diariamente, a partir da admissão e tem como objetivo a prevenção, tratamento e evolução da úlcera de pressão. Utilizar como instrumento de coleta de dados, a escala de Braden. Apenas enfermeiros utilizam essa planilha.

Fonte: Autora

Esta planilha contém o nome de todos os pacientes internados no setor, possui uma versão impressa, na qual as informações a respeito do paciente são lançadas por escrito e uma cópia no *software* do *Google Drive*, em que os demais enfermeiros do turno podem lançar as informações. As principais informações dessa planilha são: nome, idade, leito, diagnóstico, procedência, se já possui Úlcera por Pressão (UPP) no momento da internação, estágio dessa UPP e a classificação de Braden. Este documento é finalizado só no último dia de internação, momentos antes da saída do paciente do setor.

Figura 4 -Registro de Assistência Enfermagem.

Doc. 2

Título: Registro de assistência enfermagem

Autores: ATHOS

Conteúdo: Documento a ser preenchido diariamente com as informações sobre as condições físicas e mentais do paciente. Registra-se também as condições dos acessos periféricos e curativos. Apenas os enfermeiros fazem esse registro.

Fonte: Autora

Este documento é preenchido a cada 24 horas, preferencialmente, pelo enfermeiro da manhã. Trata-se de um registro detalhado das condições do paciente após um exame físico minucioso. Os tópicos a serem registrados são: nível de consciência, condição de deambulação, comunicação, avaliação toracoabdominal e integralidade da pele.

Figura 5 - Relatório Multiprofissional

Doc. 3

Título: Relatório Multiprofissional

Autores: ATHOS

Conteúdo: Relatório entregue no momento da alta, digitado por todos os profissionais que prestam algum tipo de atendimento aos pacientes. As informações digitadas neste relatório estão relacionadas às condições atuais do paciente e aos cuidados a serem seguidos após a alta. Medicamentos, atestados, receitas, contra referência e relatórios são registrados neste documento, quando entregues. Possui assinatura e registro de cada profissional.

Fonte: Autora

O relatório multiprofissional é impresso e entregue ao paciente, para que ele possa entregar no serviço de saúde que vai dar continuidade ao atendimento. Uma versão fica a salvo no sistema no *software* de gestão Athos.

Figura 6 - Planilha de Assistência de Enfermagem

Doc. 4
Título: Assistência de enfermagem - alta hospitalar
Autores: Athos
Conteúdo: Documento a ser preenchido no dia da alta hospitalar. Apenas os enfermeiros utilizam esse relatório. Este documento tem como finalidade registrar as condições gerais do paciente e os procedimentos a serem seguidos em domicílio, bem como repassadas aos demais envolvidos . Formato de <i>Checklist</i> .

Fonte: Autora

Este documento fica salvo no *software* de gestão e aborda nove itens. Aqui é registrado a data e horário da alta, as condições de locomoção de saída, drenos, sonda, ostomias (com datas de procedimentos), lesão de pele, orientações para o tratamento em domicílio. A Planilha de Assistência de Enfermagem deve apresentar o nome de quem recebeu as orientações e relaciona todos os documentos entregues na ocasião da alta como, cartão de retorno, pedidos de exames, carta de referência, receituários e atestados médicos, com nome de quem recebeu tais documentos.

Figura 7 - Plano de alta.

Doc. 5
Título: Plano de Alta
Autores: Athos
Conteúdo: Documento a ser preenchido por todos os profissionais que realizam a alta. Destaca o nome do familiar de referência e todas as necessidades do paciente fora da UE. Menciona as condições de transporte na saída do paciente.

Fonte: Autora

O plano de alta é preenchido semanalmente, de preferência às segundas-feiras pela manhã. Trata-se de um formulário em formato de *checklist*, com vários campos a serem avaliados sobre as condições do paciente. Ao término de todos os itens, apenas os locais nos quais foram registradas informações do paciente são visualizados. Ao ser finalizado e salvo, não poderão ser inseridas informações adicionais sobre o paciente. O NIR acessa esse documento e, caso o paciente seja morador de Ribeirão Preto, envia a comunicação via e-mail da UBS de referência do paciente. Caso ele seja morador da região, o plano de alta é enviado à SMS, que encaminha para a Unidade de referência do paciente.

6.3 O PLANEJAMENTO DE ALTA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A fim de responder aos objetivos desta pesquisa, identificar os domínios da transição do cuidado no planejamento de alta e analisar as potencialidades e fragilidades do planejamento de alta pacientes com DCNT, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que desenvolvem o cuidado direto a esses pacientes, no setor de clínica médica da UE.

Além da observação do ambiente de trabalho, buscou-se identificar os participantes da pesquisa, que são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo para entrevistas. Ribeirão Preto - SP, 2022.

Variável	Total (n = 12)
Idade	Média: 28 anos
Sexo	
Masculino	(02) 16%
Feminino	(10) 84%
Categoria profissional	
Terapeuta Ocupacional	(01) 8,3%
Assistente Social	(01) 8,3%
Médicos	(01) 8,3%

(continua)

(Conclusão)

Enfermeiros	(08) 66,8%
Escolaridade	
Superior	(02) 16,6%
Pós graduação	(10) 83,4%
Anos de trabalho na EU	
<1	(01) 8,3%
>1	(08) 66,8%
>5	(02) 16,6%
<5	(01) 8,3%

Fonte: Construção da autora 2022

A faixa etária média dos entrevistados foi de 28 anos. Quanto ao tempo de atuação no setor, observou-se que a maioria (8) possuía mais de 1 ano. Entre os participantes da pesquisa, a maioria (10) é do sexo feminino e (2) do sexo masculino. Em relação à categoria profissional, verificou-se que os enfermeiros (8) foram os profissionais de maior predominância. Quanto à escolaridade, a maioria (10) é pós-graduada.

6.4 ACOMPANHAMENTO COM SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O primeiro pilar do CTI, acompanhamento com seguimento na atenção primária à saúde, resultou em duas importantes subcategorias: o Cuidado Integral e o Planejamento do Cuidado.

6.4.1 O Cuidado Integral

No subtema Cuidado Integral foram identificados dois aspectos recorrentes nas falas dos entrevistados: a participação da família integrada aos cuidados, durante e no pós-alta hospitalar, e a presença de uma equipe multiprofissional atuando de forma conjunta, garantindo a continuidade do cuidado e uma transição segura. Na visão dos

entrevistados, a continuidade do cuidado é garantida por meio de um cuidado integral no planejamento de alta:

[...] Planejamento de alta acredito que sejam as medidas que a gente pode usar, os instrumentos que a gente pode adotar para identificar qual é a necessidade do paciente na recuperação e no pós-atendimento hospitalar. [...]E3

[...]A gente primeiro faz a identificação das necessidades do paciente, é feito de forma bem individualizada, os pacientes são bem diferentes, a gente aproxima a família, próximo da alta, faz o treinamento, verifica as necessidades e o que o paciente vai precisar para rede básica lá para o setor primário. Então a gente encaminha nosso plano de alta, do que a gente fez e o que ele vai precisar pós-alta para eles continuarem no domicílio a assistência.[...] E4

As falas dos participantes demonstram clara preocupação com a oferta desse cuidado integral:

[...]É como o paciente vai continuar o cuidado em casa, por exemplo, se ele vai conseguir seguir com a medicação que já é seguida aqui no hospital, seguir as consultas de continuidade nos retornos, ver quem vai cuidar dele, o grau de cuidado, o grau de dependência, ver se o que ele precisa, onde ele mora. Por exemplo, paciente acamado com sonda que precisa de uma assistência, que tem uma lesão por pressão, se tem como ter essa assistência no domicílio. Eu acho que tudo isso tem que ser planejado antes dele ir embora.[...] E1

[...] muitas vezes o que acontece é que o diagnóstico médico está resolvido, só que o diagnóstico das necessidades do paciente não, então são essas necessidades que são vistas, a gente precisa ver o paciente não como uma patologia, apesar de a gente estar trabalhando dentro de um hospital-escola onde tem muito residente. Os médicos veem essa questão, o restante da equipe tá aqui pra ver isso, as necessidades do paciente, muitas vezes não é uma necessidade biológica, mas sim uma necessidade social, uma necessidade psíquica que se ela não for atendida esse paciente vai reincidir para cá[...].E4

Pela apreensão das entrevistas, observa-se que a equipe está atenta a essa complexidade e desenvolve suas práticas baseadas nessas individualidades. Para garantir a concretização da integralidade dessa assistência, é possível identificar a presença efetiva do trabalho de uma equipe multiprofissional, neste setor. A maioria dos entrevistados indica que o trabalho da enfermagem está articulado com outros profissionais como, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Isso posto, o trabalho em equipe é percebido pelos entrevistados como um ponto essencial na Transição do Cuidado, no desenvolvimento do planejamento de alta:

[...]depende de como o paciente está, se o paciente é acamado por exemplo, a assistente social já entra em contato aonde ele mora no município dele, quem mora com ele, o grau de dependência dele, o que ele vai precisar para alta, se vai precisar de assistência para tomar medicação, quem vai dar, quem vai ajudar, tudo isso é visto antes de ele ir embora, se ele precisa de oxigênio, quem vai pôr, como que vai pôr, como que vai disponibilizar, se ele tem condições de receber[...] E8

[...]é um processo elaborado tanto com a equipe médica quanto com a equipe de enfermagem e as outras áreas para dar seguimento no cuidado após a alta hospitalar do paciente[...] E9

Os entrevistados consideraram que a atuação multiprofissional ocasiona um cuidado individualizado, personalizado, que tenta suprir todas as demandas a fim de garantir a continuidade do cuidado:

[...] Eu vejo o planejamento de alta como um processo que a gente começa quando o paciente interna até ele ir de alta, então aqui é multiprofissional, nós temos nutrição, terapia ocupacional, médico e enfermagem e nós tentamos organizar para que ele não vá pra casa sem orientações. Se vai terminar antibioticoterapia em outro hospital de retaguarda, vai para alguma outra instituição a gente tenta sanar as necessidades dele e manter melhor do que quando ele entrou e tentar melhorar a questão pra ele ficar independente e ter o processo dele de cura[...] E5

[...]Pensando no meu serviço da terapia ocupacional eu acho que na minha percepção, na minha visão, o paciente tem que ter condições de

continuar o tratamento sem risco de reinternação então um exemplo, se ele vai com uma gama de medicamentos ele precisa ter essa condição de uso após a internação e para isso a gente já aciona alguns equipamentos que fazem parte da rede de suporte dele para auxiliar nesse sentido[...] E8

A participação familiar é outro ponto de apoio desse atendimento, segundo os entrevistados, é um suporte rotineiro na Transição do Cuidado no planejamento de alta. Os profissionais acreditam que o envolvimento familiar no cuidado, durante o preparo para alta, deve ser realizado visando a solução de problemas que estejam além dos pontuais de saúde daquele momento, a fim de instrumentalizar os familiares para continuidade do cuidado em domicílio:

[...]eu acredito que quando a gente aproxima a família e começa o treinamento aqui, o risco do paciente voltar pelo mesmo problema é muito menor. Nós capacitamos os familiares aqui, muitas vezes a gente não consegue fazer isso para os pacientes que vão para um hospital de retaguarda. O hospital tem esse benefício até que a família consiga cuidar desse paciente lá no domicílio, ele sai daqui com a assistência planejada, com a família qualificada para melhora do paciente, reabilitação ou até mesmo para uma vida digna porque temos muitos pacientes paliativos[...]E4

[...]O ponto forte aqui eu acho que é o segmento familiar, a gente recebe família, cuidador e os responsáveis, a gente recebe mais de um porque são altas complexidades.

Esse envolvimento da família e, posteriormente, com a rede a nossa DRS [Diretoria Regional de Saúde] que é informada do que ele vai precisar. A gente acredita que garanta o seguimento do cuidado sem precisar retornar para o setor terciário[...]E3

Sob outra perspectiva, alguns profissionais relatam o fracasso desse processo, quando a participação da família é incipiente ou não atuante, o que compromete o sucesso do planejamento de alta.

[...] A questão do cuidado do paciente é muito importante, de quem vai assumir esse cuidado, ontem mesmo no quarto dessa paciente ela não

foi de alta porque o filho dela não pode ficar e não tinha quem ficar, ela é acamada, confusa, não tem condições de ensinar, precisava de uma pessoa da família, um cuidador que pudesse passar as questões do banho do leito, os curativos pois ela está com duas lesões, e cancelou a alta dela por isso, eu peguei o plantão, ontem no começo da tarde era para eles terem sido treinados e aí o filho dela não estava mais aí, teve um compromisso e a gente suspendeu a alta para hoje .A nora dela disse que pode vir, eu vi que a nora estava aí para começar o treinamento para poder ir embora[...].E7.

6.4.2 Planejamento do Cuidado

Identifica-se nas falas dos depoentes, o protagonismo do Enfermeiro(a) na Transição do Cuidado no processo de planejamento da alta hospitalar:

[...]eu acho que o que faz uma alta qualificada é quando a gente consegue dialogar com a equipe médica e a equipe de enfermagem. Eu acho que especialmente o enfermeiro, ela traz muito de como vai ser a demanda desse paciente. Então a qualidade da alta está atrelada no meu ponto de vista à interdisciplinaridade. Quando o enfermeiro consegue me passar todas as informações sobre como aquele paciente está e como ele pode evoluir, a gente consegue planejar essa alta de uma forma muito solidificada[...].E7

A observação permite afirmar que o enfermeiro mostra-se como um dos profissionais mais envolvidos no planejamento de alta, desenvolvendo atividades no planejamento de cuidados, auxílio para reabilitação social, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta, para assegurar a continuidade do cuidado:

[...]A gente faz o relatório multiprofissional, sempre que identificado nas reuniões quando o paciente vai ter alta a gente já conversa com a equipe médica, a fisioterapia, para cada um fazer o seu relatório e deixar planejado e encaminhado às vezes para serviço necessário que ele irá precisar no domicílio. É feito uma planilha identificando os dispositivos que ele está usando e basicamente quais são os medicamentos, como o paciente está. Os retornos que ele vai ter no serviço médico, às vezes no próprio HC ou no próprio serviço de saúde básico mais próximo[...]

*[...]Eu acho que um ponto forte do planejamento de alta é essa parte da assistência integral mesmo, de ver tudo que ele vai precisar na hora que ele sair daqui, então ele já vai com tudo certo, não vai assim jogado[...]*E2

Nota-se que a enfermagem, além de assumir o protagonismo no planejamento de alta, ainda identifica a necessidade de atuação de outros profissionais para garantir uma assistência completa aos usuários:

*[...] os médicos não conseguem ver todo o planejamento. Eles apenas dão a alta. Se está com oxigênio, vai embora com o oxigênio, mas e aí? Em casa? Eles não se atentam para essas questões. Nós acionamos a assistente social para resolver algumas questões que nós da enfermagem não conseguimos. Assim o paciente já vai embora com tudo preparado. Inclusive se não tem família, ou se elas não estão preparadas, a gente já consegue intervir e pedir vaga numa assistência de retaguarda para ele ter uma assistência melhor[...]*E7

Alguns profissionais enfermeiros (as) relatam utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no planejamento de alta. Observa-se a existência de protocolos, de instrumentos sistematizados e padronizados pela instituição que garantam um cuidado planejado para a alta do usuário:

*[...] Planejamento de alta é quando você recebe um paciente e a gente já começa a planejar os cuidados que ele precisa ter em casa, seja na assistência em domicílio ou hospital primário ou secundário, para a gente garantir a sistematização da assistência, e tenha o cuidado garantido, tenha uma continuidade do cuidado recebido aqui.[...]*E4

*[...]Normalmente, assim que o paciente dá entrada no setor a gente já tem um instrumento de enfermagem que a gente faz e preenche através de opções que são disponibilizadas pelo próprio sistema e a gente faz o preenchimento das necessidades do paciente de acordo com o diagnóstico que o paciente recebe do médico e do diagnóstico de enfermagem do planejamento que faz de cuidados[...]*E4

Outro ponto importante a destacar, dentro do planejamento de alta, é o planejamento precoce deste processo. Observa-se que as orientações e planejamento são feitos antes da alta e de forma rotineira nesta instituição:

*[...] o processo de alta inicia na admissão do paciente, a gente não pode pensar em alta somente na hora que acaba a medicação ou na hora que tem a resolução de uma patologia, então essa visão tem que se iniciar na entrada do paciente, a gente vai ver as necessidades que esse paciente vai ter dentro do domicílio ou num hospital de menor complexidade[...]*E5

*[...]se o paciente vai precisar de um tempo prolongado de internação já planejamos a alta dele para um hospital de baixa complexidade, onde o risco de infecção é menor. Tentamos fazer a transição de medicações para medicações mais simples, que ele possa fazer uso fora do hospital. Todo esse conjunto de ações fazem com que o paciente ganhe e dentro disso a gente tem alguns formulários e micro processos que ajudam. A visita que acontece todos os dias às nove horas da manhã o daily huddle [reunião multiprofissional para discutir possíveis altas daquele dia], serve pra mostrar o paciente que tem a probabilidade de alta, muitas vezes a gente planeja a alta que ele vai ter em 24 ou 48 horas[...]*E8

Apenas um dos entrevistados apontou a falta de tempo como um fator dificultador para o planejamento de alta:

*[...]Aqui, diferente de outros lugares que eu conheço, é um processo muito mais dinâmico, o paciente fica pouco. A rotatividade é grande. Eu percebo que a maioria dos pacientes vai para outras instituições do que para casa. Então é um processo muito rápido, a gente não tem o tempo que precisa para programar uma alta. Eu me sinto ruim com isso. Meio mal comigo mesmo por não conseguir olhar com calma uma alta, porque tem que liberar leito, tem que fazer tal coisa, tem que correr. Teve alta, passa o plantão, limpa o leito que já vem o próximo(risos) é difícil!![...]*E11

Observa-se ainda no planejamento do cuidado uma responsabilização dos entrevistados pela garantia da contra referência adequada deste usuário.

*[...] A gente tem parcerias, trabalhamos bastante com as unidades de saúde e outros hospitais e normalmente eles têm o nosso telefone, o nosso e-mail, se eles precisarem de algum apoio a gente também dá, em relação a todos os pacientes que a gente deu alta[...]*E10

[...]Tem a gestão de alta, um formulário no sistema HC onde ele é preenchido multiprofissionalmente, então às vezes o paciente tem uma demanda que é de enfermagem e de fisioterapia, esse formulário é preenchido e encaminhado ao NIR [Núcleo Interno de Regulação]. O NIR vai entrar em contato com o local que vai esse paciente. Imaginemos que esse paciente vá sair para Cássia dos Coqueiros, esse formulário será encaminhado para Cássia dos Coqueiros para que a unidade se prepare para receber o paciente, então eles vão providenciando material, medicação e se ele precisar de algum cuidado especial, o que faz com que o paciente ganhe e isso é realizado para todos os locais[...]

6.5 AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO

No que diz respeito ao pilar da autogestão da medicação, o que se observa nas falas dos entrevistados é, mais uma vez, o protagonismo da enfermagem em assumir essa função e uma forte preocupação para assegurar essa atividade:

[...]Aqui, são os enfermeiros mesmos. Os médicos mostram a prescrição e dizem o senhor vai tomar isso e isso. Muitas vezes a gente tem que perguntar para os médicos sobre os medicamentos. Às vezes é uma alta às 17h da sexta feira, daí nós nos perguntamos se ele vai conseguir pegar a medicação no posto? Será que ele tem dinheiro pra comprar na farmácia? Não sei! A gente tenta liberar algum medicamento para ele. Aí o médico tem que prescrever, passa pelo hospital dia, pelo NIR. Mas é a enfermagem mesmo. Eu costumo fazer o aprazamento de tudo que ele fez aqui, os horários que ele toma, se precisa continuar tomando no mesmo horário, se tem que ser o horário do hospital, então a gente dá uma olhada e orientada[...] E5

[...]Atualmente, é a enfermagem que faz a gestão da medicação. Eu peço para os residentes também sempre conversar até porque muitas

vezes os pacientes vão sair, por exemplo, com um anticoagulante que ele não tomava antes, tem que ver qual é o melhor anticoagulante que ele vai tomar. Muitas vezes, o melhor anticoagulante o SUS não fornece, então a família tem que comprar. Tem que perguntar para a família se eles vão ter condições de continuar esse tratamento e tentar adequar na medida da questão financeira da família. Mas o papel de alta e a receita geralmente é a enfermagem mesmo que orienta[...] E10

Mesmo quando há participação de outros profissionais envolvidos nesse processo, há sempre a menção da enfermagem como apoio para desenvolvimento dessa atividade, para identificar eventuais dificuldades para os usuários realizarem a autogestão da medicação:

[...] esse é um processo de gestão da medicação que, geralmente, é a equipe de enfermagem que faz ou dependendo do que a gente identifica na família, a gente faz um esquema junto com a equipe de farmácia. Já acompanhei alta que o paciente tinha dificuldade de manejar várias medicações, então a gente aciona a equipe de farmácia que faz uma caixinha de medicação que tenta aí junto com a terapia ocupacional fazer um esquema de uma linguagem mais próxima ao paciente para ele entender quais medicações que ele tem que tomar em determinados momentos[...] E8

Além da utilização da comunicação verbal, feita pela enfermagem e outros profissionais, a respeito do esquema medicamentoso, observou-se que a gestão de medicação é abordada nos documentos de alta:

[...] a gente sempre faz um relatório de alta, uma planilha identificando todos os dispositivos que ele está usando e basicamente quais são os medicamentos. Ele poderá tirar dúvidas no próprio serviço médico que às vezes é no próprio HC ou num serviço de saúde básico nas unidades de saúde mais próxima[...] E7

[...] Atualmente, é a enfermagem mais eu peço para os residentes também sempre conversar. Até porque, muitas vezes, os pacientes vão sair por exemplo com um com coagulante que ele não tomava antes a gente tem que ver qual que é o melhor anticoagulante que ele vai tomar. Muitas vezes o melhor coagulante o SUS não fornece, então a família tem que comprar. Temos também que perguntar para a família se eles vão ter condições de continuar esse tratamento e a gente tenta adequar

*na medida da questão financeira da família. Mas o papel de alta e as receitas são entregues pelo médico e enfermeira. Geralmente, é a enfermagem mesmo que orienta[...]*E10 .

6.6 REGISTRO PESSOAL DE SAÚDE

O registro pessoal de saúde é um instrumento em que o próprio usuário faz o registro da sua condição de saúde, uma espécie de diário, muito utilizado quando pacientes fazem a Transição do Cuidado (TC). No entanto, este diário pessoal de saúde não é utilizado nesta instituição:

*[...]Que eu saiba, não. O que a gente tem é uma pesquisa de satisfação que vai para o e-mail ou SMS [mensagem de texto], e ele classifica na verdade, escreve sobre o atendimento no hospital, mas ele não fala dele, então esse dispositivo que eu nunca vi[...]*E4

Apenas uma entrevistada fez menção a um registro de saúde, mas declara que isso não é rotineiro na Unidade:

*[...]na verdade, em alguns casos, por exemplo, quando o paciente vai ter um retorno daqui vinte dias a gente orienta ele a fazer tabelas diárias, para eles poderem preencher mas isso é uma coisa muito específica por que depende de cada perfil e cada necessidade do paciente então não tem isso fixo, só quando nós encontramos a necessidade de auto monitoramento?[...]*E8

6.7 SINAIS DE PIORA

O reconhecimento dos sinais de piora da condição dos usuários, na perspectiva dos profissionais de saúde, é um importante domínio na Transição do Cuidado de pacientes com DCNT. Nas entrevistas, os profissionais trouxeram as seguintes falas a respeito das orientações dos sinais de piora:

*[...]Eu costumo orientar até porque a maioria dos pacientes perguntam, o que eu faço se eu passar mal de novo? Eu ligo aqui, eu venho? Vou para o posto?[...]*E5

[...]A enfermagem é bem presente e a equipe médica também. Normalmente, essas orientações [sinais de piora] são passadas por essas duas categorias a fisioterapia também orienta algumas questões. A fonoaudiologia também. Porém, essas orientações gerais de piora são da equipe médica e da equipe de enfermagem. A fisioterapia participa quando entra parte de respiratória[...] E6

7. DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A Transição do Cuidado é um conjunto de ações destinadas para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado, na transferência intra/extra hospitalar do paciente/cliente e/ou para alta domiciliar. Transições de cuidados seguros baseiam-se em implementar uma comunicação eficaz entre as equipes prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar o esclarecimento preciso de informações. De fato, estas ações contribuem para reduzir a ocorrência de erros e evitam lacunas ao transmitir a informação mais eficiente, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (WEBER; WEBER 2017).

A TC eficaz resulta em melhores desfechos da condição de saúde de crianças e jovens com DCNT, de modo a aperfeiçoar o funcionamento psicossocial familiar e consequente redução nas readmissões hospitalares (FOSTER et al., 2017)

Com o intuito de melhorar as transições de cuidados, na Califórnia, USA, Eric Coleman, médico e professor da Universidade do Colorado, desenvolveu o *Care Transitions Intervention* (CTI), baseado em quatro pilares de intervenção para realizar transições seguras e qualificadas do hospital para o domicílio. Esse programa é fundamentado em um plano de cuidado individualizado e na disponibilidade de profissionais de saúde que conhecem os objetivos e as preferências dos pacientes. (ACOSTA, 2016).

Quatro pilares fundamentam a intervenção: autogerenciamento das medicações; utilização de registros centrados nos pacientes, os quais incluem lista de medicações, de problemas de saúde e de outras informações úteis, que permanecem com os pacientes; acompanhamento na atenção primária e na especializada em tempo oportuno; e conhecimento pelos pacientes de eventos que sugerem piora do estado de saúde (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Por se tratar de uma experiência extremamente exitosa, com redução significativa nas taxas de reinternações hospitalares, especialmente em pacientes com condição crônica, é que surgiu o interesse em apreender as similaridades entre esse programa de intervenção e o planejamento de alta hospitalar da Unidade de Emergência.

Ao analisar as falas dos depoentes, sobre o acompanhamento com seguimento na atenção primária, nota-se que trazem consigo elementos como o atendimento

integral às necessidades do paciente, a visão holística desse indivíduo, transcendendo uma prática meramente curativa e, principalmente, que considere o indivíduo em seu contexto social e familiar. Segundo Suter et al. (2017), a Transição do Cuidado é um importante domínio relacionado ao princípio da integração dos sistemas de saúde.

Ao ouvir profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma pesquisa qualitativa sobre a prática do cuidado integral, a integralidade também foi entendida como uma abordagem benéfica ao paciente. O cuidado integral constitui-se, em suas diferentes dimensões, como a articulação das formas de cuidar; identificação e atendimento das necessidades em saúde; esforço da equipe em produzir saúde e cuidado a grupos específicos (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

Nesse contexto, Cecilio e Mehy (2016) afirmam que a atenção integral de um paciente no hospital é o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisa de cuidados hospitalares.

No entanto, o que se observa, na atenção à saúde, no Brasil, é uma *práxis* fragmentada e desarticulada, resultando em segregação do indivíduo, sem considerar o contexto em que o paciente se insere. Entre os aspectos que interferem na garantia de um modelo de atenção integral, observa-se a falta de recursos, estrutura, gestão política e de maiores investimentos em formação profissional e educação em saúde (SOUZA *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado Brasil em crianças com DCNT, verificou-se a ausência de uma rede integrada de serviços de saúde que permita a continuidade da assistência. As maiores dificuldades observadas foram a estruturação deficiente do fluxo, falha de comunicação entre os pontos da rede e ausência de compartilhamento de responsabilidades. Além disso, não foram identificadas ações específicas direcionadas à atenção das crianças portadoras de DCNT, o que causa a fragilidade nessa linha de cuidado do sistema de saúde (NÓBREGA et al., 2017).

Segundo o parecer de Cecílio e Merhy (2003), o momento da alta do paciente deve ser visto como um momento privilegiado para o cuidado, a fim de planejar a continuidade do tratamento em outros serviços, e não apenas como um protocolo de contrarreferência.

Neste sentido, por meio da observação, foi possível identificar que os enfermeiros priorizam o preenchimento de relatórios e formulários, no planejamento de alta. Contudo, relatam que, após alta não há nenhuma garantia de que esses documentos serão utilizados para a continuidade do cuidado, no próximo nível de atenção, o que poderá, algumas vezes, ter a conotação de um mero protocolo de contrarreferência.

Na visão de Silva (2012), em estudo em um hospital universitário público e Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município da Região Sul do Brasil, com pacientes com DCNT, verificou uma lacuna no processo de transição de pacientes no pós alta hospitalar, causada pela ausência de articulação da atenção hospitalar e básica. O referido autor ressalta que a ação integral de cada profissional nem sempre consegue ultrapassar as limitações do seu espaço de trabalho. Como principal limitação, verificou a falta de protocolos de comunicação entre os níveis de atenção e, como potencialidade, a alta cobertura de equipes de Estratégia Saúde da Família e o perfil do enfermeiro.

A fragilidade da comunicação entre os serviços da rede, os vazios assistenciais e a incipiência na sistematização das informações são fatores que comprometem a integração do sistema e fazem com que a garantia da continuidade do cuidado ao paciente com DCNT ainda não tenha sido alcançada (NÓBREGA et al., 2017).

Essa condição também foi elucidada nesta pesquisa, pois os entrevistados afirmam que, por mais que haja esforços por parte da equipe de profissionais da atenção hospitalar, caso haja uma contrarreferência fraca, todo trabalho poderá ser perdido e, conseqüentemente, haverá falhas nesse atendimento.

Um atendimento integral constitui um desafio contínuo, devido à complexidade da sua operacionalização. Envolve diferentes atores e estratégias de articulação, em diferentes cenários, que se configuram em redes, seja no plano assistencial, na gestão ou na construção de políticas públicas (SILVA, 2018).

A Atenção Primária tem a função de coordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de promover um cuidado integral, com a gestão de serviços organizados em redes (OLIVEIRA; PEREIRA, 2015). A intervenção deve assumir o seu papel nas redes, ao oferecer qualidade de cuidado aos pacientes, evitar o agravamento de doenças crônicas, que representam necessidade de maiores recursos tecnológicos e causam elevada demanda ao setor terciário. Caso haja fragmentação desse cuidado todo trabalho desenvolvido, em qualquer nível de atenção, estará comprometido.

Todavia, a fragmentação nas intervenções causada pelo modelo biomédico, não é uma exclusividade da Atenção Primária, ainda é uma forma predominante de produzir saúde no Brasil. Esse modelo é afetado pelas demandas geradas pelos usuários, que trazem um conjunto de necessidades que o trabalhador da área da saúde deve resolver e nem sempre o faz de maneira integral (ARAUJO; ROCHA, 2017).

Portanto, o cuidado orientado pela integralidade não se limita ao serviço oferecido no ambiente hospitalar, encerrando-se com a alta do paciente. As necessidades de saúde perpassam o serviço hospitalar, abarcando os diversos serviços de saúde, como a Rede Básica e os ambulatórios de especialidades médicas, profissionais, entre outros. Por esta razão, as ações de referência e contrarreferência entre os serviços, configuram-se de extrema importância, garantindo a continuidade do tratamento (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Os depoimentos sinalizam um ponto de alto impacto do atendimento desses pacientes, que é o trabalho desenvolvido no setor de clínica médica, por uma equipe multiprofissional, ocasionando uma assistência ampla e completa ao paciente, segundo os entrevistados. Isso foi identificado, igualmente, no período de observação da pesquisadora, ao verificar, em reuniões de equipe, diálogos constantes a respeito do planejamento de alta dos pacientes.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia, para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar, verticalmente, o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde (ALVES; LOPES, 2019)

Dessa forma, na instituição hospitalar, o trabalho em equipe é uma estratégia que pode ser utilizada para enfrentar as especializações, esteve presente nas observações, nas falas dos participantes e nos formulários e planilhas preenchidos pela equipe, no planejamento de alta na UE.

Dentre os aspectos positivos do trabalho em equipe, destacam-se a possibilidade de constituição de redes relacionais baseadas em respeito, autonomia e vínculo. Sob esse prisma, identifica-se a superação do processo de especialização, o estabelecimento de trocas de saberes com vistas à integralidade da assistência, que podem conduzir a uma prática inovadora (MERHY, 2003).

O trabalho em âmbito hospitalar é dinâmico, voltado para atender necessidades específicas dos usuários, revestidas de singularidade e que requerem abordagem

reflexiva e individualizada, portanto um trabalho em equipe de forma integrada. Entretanto, como ainda é característico do cenário hospitalar, o modelo clínico vigente especializado, biologicista, repercute na organização do trabalho, de enfoque funcionalista, que não favorece a criatividade, a corresponsabilização e a compreensão dos profissionais acerca de seu próprio trabalho (CHAVES *et al.*, 2016).

Nesse tocante, Uchoa et al. (2016) ressalta que um fator dificultador para este trabalho em equipe, muitas vezes, é a alta demanda de usuários, articulada ao número insuficiente de pessoal, que pode impactar no desenvolvimento e operacionalização do trabalho, além do baixo incentivo da gestão/gerência para esta prática.

Dentro das fortalezas desse cuidado de pacientes com condição crônica, destaca-se a participação da família no planejamento de alta hospitalar. Os entrevistados relatam que, somente quando o cuidado está totalmente compreendido pelo paciente, familiar e/ou cuidador, por meio de treinamentos diários, é que se discute a possibilidade de alta.

A família exerce um papel significativo no hospital, notadamente na internação de adultos e idosos. Os familiares devem ser parte integrante de qualquer intervenção em saúde, em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência, o que aponta para a relevância da relação entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar, como um fator indispensável ao cuidado integral (MARTINS; GONÇALVES, 2012).

Os enfermeiros que se mostram abertos para atitudes mais favoráveis ao envolvimento das famílias, nos cuidados, sabem que a relação recíproca entre enfermeiro e família é fundamental. Por isso, devem preparar e capacitar a família para a prestação e envolvimento nos cuidados de cooperação, de forma a obter uma maior qualidade nos cuidados prestados (KHOLIAF et al., 2018).

Para Lozano et al., (2019), as intervenções de enfermagem que visam capacitar a família na prestação e envolvimento em cuidados de colaboração, devem centrar esforços em dar segurança ao cuidado, aumentar a proximidade do doente e da família/pessoa, facilitar a informação, propiciar conforto e reforçar o apoio na assistência.

A participação dos enfermeiros na Transição do Cuidado foi evidenciada em um estudo de revisão de escopo, com crianças pós-transplantes. A importância da continuidade do cuidado influencia na confiança dos pais e na percepção sobre maior qualidade do cuidado prestado à criança. Ser acompanhado, ao longo do tempo, pelos

mesmos enfermeiros transmite aos pais um senso de alívio e confiança na qualidade do cuidado (PEITER et al., 2021).

É interessante mencionar um estudo realizado por Fernandes *et al.*, (2015), que se debruçaram sobre as atitudes dos enfermeiros perante a inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem. Os autores revelam que, grande parte dos enfermeiros portugueses que trabalham nos cuidados hospitalares tem uma atitude positiva com as famílias, o que representa um indicador favorável para a integração das famílias no processo de cuidados. No entanto, as intervenções de fato de enfermagem às famílias, em ambientes hospitalares, foram poucas e privilegiam a família como contexto e não como foco no contexto observado.

Além do envolvimento da família no processo de reestabelecimento da saúde, em geral, os depoimentos sinalizam para um protagonismo do enfermeiro em todas as etapas do cuidado. Pela observação do cenário em estudo, foi possível identificar que o enfermeiro é referência na equipe, para realizar contatos com outros profissionais, para as transferências de pacientes, controle de documentos, solicitação dos transportes e agendamento de exames, já que desempenha um papel importante de planejamento e organização da assistência de enfermagem, por isso reconhecido elemento essencial para o trabalho da equipe multiprofissional.

De acordo com Melo (2019), em um estudo sobre a transferência de cuidado, em Belo Horizonte, identificou os (as) enfermeiros (as) como atores de maior destaque durante a transferência da responsabilidade pelo paciente. O autor considera o (a) enfermeiro (a) como o maior articulador do cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, priorizando as individualidades de cada paciente (SILVA; ABA, 2015).

As ações foram comprovadas por Lima et al. (2018), em uma revisão integrativa sobre atividades de Transição do Cuidado (TC), realizada por enfermeiros, pois encontraram uma variedade de atividades em que enfermeiras se envolvem, dentre elas a educação dos pacientes para promoção do autogerenciamento da sua condição de saúde, construção de protocolos de cuidado com a devida participação e realização de compartilhamento de informações por profissionais e pacientes, durante a transições.

É no desenrolar dessas intervenções que os profissionais de saúde desenvolvem estratégias educacionais ou instrucionais, criadas de modo a facilitar a adesão ao tratamento pelos pacientes. A utilização de estratégias de educação em saúde é essencial para transições de cuidado eficientes, pois permite que os

pacientes participem do seu planejamento de cuidado, junto aos profissionais de saúde (LIMA et al., 2018).

O planejamento de alta hospitalar é uma responsabilidade de todos os profissionais da equipe, contudo, o(a) enfermeiro(a) tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e na coordenação do processo de transição hospital/domicílio. Este profissional avalia as habilidades do paciente para o autocuidado e também o interesse e as condições dos familiares, quando necessário. O(a) enfermeiro(a), desde sua formação, é instrumentalizado para realizar ações de educação em saúde e prescrições de cuidados que fazem parte de um bom planejamento de alta (GONÇALVES; BRADEY 2018).

Uma implementação adequada da assistência de enfermagem, sistematizada pela realização do planejamento de alta eficiente, faz com que a internação se torne uma experiência de aprendizado, em um ambiente humanizado. A ação possibilita, dessa forma, uma alta hospitalar com resolutividade e não apenas como solução para o problema de saúde mais agudo do paciente (DELATORRE et al., 2013).

Tanto nos relatos dos entrevistados, quanto na observação, no período de coleta de dados, verificou-se que os (as) enfermeiros(as) são profissionais muito envolvidos no processo. Por iniciativa própria, desenvolvem atividades no planejamento de cuidados, auxílio para reabilitação social, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde. Desse modo, confirma-se o(a) enfermeiro(a) como profissional-chave na Transição do Cuidado no planejamento de alta.

Conforme Fialho (2017) concluiu, em estudo sobre os planejamentos de altas hospitalares implementados por enfermeiros e seus impactos na transição hospital/domicílio, que o planejamento de alta é de grande importância na transição hospital/domicílio. No entanto, ainda não se trata de uma atividade totalmente implementada de forma sistematizada pela equipe da Enfermagem, com isso, os pacientes estão deixando os hospitais inseguros e sem informações suficientes para continuidade do cuidado em domicílio.

Lopes et al., (2019) buscaram avaliar a participação do(a) enfermeiro(a) no planejamento de alta hospitalar. Os autores afirmam que há uma concordância da equipe de Enfermagem sobre a importância da inclusão do paciente no planejamento de alta. Ao mesmo tempo, verificaram lacunas nesse processo, e essas dificuldades

se deram, principalmente, por falhas na comunicação multiprofissional e no dimensionamento inadequado de enfermeiros, para a inclusão de pacientes no planejamento de alta.

Salienta-se a importância das instituições em saúde manterem a sua escala de enfermeiros e o dimensionamento adequado, conforme as necessidades dos pacientes, pois a ausência de profissionais poderá acarretar danos e comprometer a segurança do paciente, no processo de alta hospitalar.

Um outro aspecto importante a ser levado em consideração quando se deseja realizar uma Transição do Cuidado segura é a transferência da informação. Qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, deve ter como foco a continuidade e segurança dos pacientes (SUTER et al., 2017).

A pesquisa descrita nesta Tese, levou a pesquisadora a observar uma transferência de informação oportuna, na Transição dos Cuidados, no planejamento de alta, no setor de clínica médica da UE. Nesse cenário, foram examinados cinco documentos com essa finalidade. Observou-se uma quantidade considerável de informações sobre cuidados de saúde transferidas entre os profissionais, com dados relevantes, precisos e em tempo hábil. Quanto à forma de registro dessa informação, verificou-se que alguns formulários ficam arquivados em um *software* do hospital, outras são impressas e entregues diretamente ao paciente, para que o mesmo leve à UBS mais próxima.

Em desdobramento, observou-se que há uma rotina desses registros de informações, diários e semanais e que, ao fim do processo de alta, estas são repassadas diretamente ao município de origem da UBS de referência, assegurando assim a contrarreferência segura da informação.

A Enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas, para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar. Os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representam 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário. Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COFEN, 2016) os registros refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, desse modo, suas ações (COREN, 2016)

Como descrito por Valente e Maia (2018), em estudo sobre a produção e utilização dos registros de saúde, a produção de registros e dados que irão se constituir em informação, envolve processos de trabalho técnicos e organizacionais, dentre outros. A contribuição da enfermagem por meio do registro de suas ações e procedimentos é notória. Percebe-se que a coleta de dados, assim como os registros de enfermagem, concretiza-se sob a forma de prontuários impressos/eletrônicos, ou em formato de formulários padronizados e servem de base para gerar conhecimento. Entre outros aspectos, refletem a qualidade da assistência, garantem a continuidade das atividades, além de representar uma importante ferramenta para processos decisórios, fornecer dados para investigações científicas e, eventualmente, constituem subsídios para demandas ético-legais.

Alguns entrevistados relatam que, por mais que haja esforços para assegurar uma continuidade de informação, por parte da equipe hospitalar, caso o próximo nível de atenção não a utilize de forma correta, todo o trabalho poderá ser perdido e, conseqüentemente, ocorrerão falhas no atendimento. O que corrobora com Loiola (2018), em um estudo sobre a referência e contrarreferência, no município de Campo Maior, no Piauí. Os achados na pesquisa indicam que o sistema de saúde, no cenário estudado, está longe de atingir um funcionamento correto e ideal, pois há graves problemas nesse fluxo, sendo na maior parte dos casos unilateral, partindo apenas dos profissionais da atenção básica sem fluxo de volta o que prejudica a continuidade do atendimento ao usuário. O autor encontrou muitas questões relacionadas a dúvidas dos profissionais sobre qual formulário devem preencher, ao encaminhar seus pacientes.

O segundo pilar que Coleman et al. (2006) destaca quando se deseja realizar uma transição segura do cuidado é a autogestão de medicamentos. O aumento da incidência de doenças crônicas está relacionado à demanda pelo uso de medicamentos, para o controle ou retardo do processo de deterioração do organismo, o que contribui para a polimedicação. A baixa adesão à medicação, nesse público, é ainda é um problema que afeta entre 50% e 60% desses pacientes (PASSOS; CRUZ, 2020)

Some-se a isso, o achado de Galo e Vendrusculo (2019), em uma revisão integrativa sobre estratégias de Transição do Cuidado na alta hospitalar, utilizadas por enfermeiros(as) para o fortalecimento da continuidade do cuidado, encontraram como uma das principais categorias de análise a presença da reconciliação medicamentosa.

A categoria consiste em uma estratégia de comparação da lista completa e detalhada dos medicamentos utilizados em admissões, transferências, consultas ambulatoriais e alta hospitalar. Esta atividade permite a utilização de medicamentos nos momentos de Transição do Cuidado, de forma segura, reduzindo o risco de erros.

Os depoimentos dos profissionais e a observação evidenciaram intervenções bastante breves e pouco sistematizadas, na realização de tal atividade. Além disso, apesar de haver uma equipe multiprofissional para atendimento, verificou-se que, na maioria das vezes, apenas o enfermeiro desempenha esse papel, para assegurar esse pilar na Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar.

O regime terapêutico do paciente com condição crônica mostra-se complexo, com necessidade de intervenção farmacológica e não farmacológica, implicando na adesão à gestão individual, para que resultados efetivos em saúde sejam visíveis. Nesse quadro, pressupõe-se uma intervenção planejada, para dotá-la de competência para a gestão do regime terapêutico, de modo a manter a saúde do paciente e a evitar ao máximo possíveis limitações ou recorrência da doença (GONÇALVES et al., 2019)

O terceiro pilar de intervenção está relacionado ao treinamento e conhecimento dos sinais de piora. Nos relatos dos entrevistados, observou-se um interesse por essa demanda, no entanto, a prática hospitalar demonstrou uma intervenção reduzida dessa atividade, e nem sempre presente durante o planejamento de alta.

Na literatura nacional e internacional foram encontrados poucos trabalhos a respeito desse tema, em geral essas orientações são dadas junto a outras informações e de forma pontual. Destaca -se que o reconhecimento de sinais de piora é um fator modificável pela melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa, por meio da sua ação educativa.

Por fim, o quarto e último pilar de intervenção é o uso de um registro pessoal de saúde. O Registro Pessoal de Saúde – *Personal Health Record* (PHR) é um registro no qual os dados e outras informações relacionadas ao cuidado de um paciente são preservadas. Isso contrasta com os prontuários eletrônicos, amplamente utilizados, que são operados por instituições, como hospitais ou serviços de saúde que contêm dados inseridos por médicos (SARVAL, 2021).

A intenção do PHR é fornecer um resumo completo e preciso do histórico médico de um indivíduo que seja acessível *on-line*. Os dados de saúde em um PHR, podem incluir dados de um desfecho relatado por um paciente, resultados de um

laboratório, dentre outros dispositivos. O PHR não é novo, o termo já foi utilizado em 1956 e em 1978. O PHR pode ser aplicado tanto em papel, quanto informatizado (MEDICARE, 2020).

Durante a última década, geralmente, mostra-se na forma de um aplicativo eletrônico usado para coletar e armazenar dados de saúde. Contudo, tanto nas entrevistas quanto na observação, não se verificou a existência desta ferramenta.

Esta investigação apresenta limitações, por ser um estudo de caso único, realizado por meio de entrevistas, observação e análise documental, abordando um contexto hospitalar singular. Em vista disso, os resultados devem ser submetidos à prova em novos estudos, que podem apresentar de forma diferente, dependendo de outros cenários e sujeitos a serem avaliados e podem abrir possibilidades para futuras investigações.

Apesar dos fatores limitantes, este estudo pode contribuir para o conhecimento sobre a Transição do Cuidado no planejamento de alta, uma importante atividade quando se deseja garantir a continuidade e integralidade da atenção, que são fatores protetores durante a TC e fundamentais para uma assistência segura. Acredita-se que os resultados deste estudo podem fornecer apoio e contribuir para as instituições de saúde que prezem por um cuidado integral. Os resultados evidenciam a importância de se promover outras discussões sobre o tema, e que essas discussões promovam avanços na pesquisa e no cuidado à saúde.

8. CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou analisar a Transição do Cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas. Nesse enfoque, confirma-se que as necessidades e as demandas de saúde neste grupo estão cada vez mais complexas, em decorrência de expressiva mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população.

Conhecer o cotidiano do planejamento de alta, além da estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da Unidade de Clínica Médica, possibilitou uma análise comparativa como a presença ou ausência de elementos que compõem uma Transição do Cuidado de um programa como o CTI, de reconhecida eficácia no meio científico.

Os resultados evidenciaram um planejamento de alta orientado por estratégias que visam garantir a continuidade do cuidado, de forma integral, garantindo assim a presença de um importante pilar de intervenção, o acompanhamento com seguimento na Atenção Primária.

Os registros de saúde, que são os documentos padronizados na Unidade configuraram-se em um suporte para a transmissão de informações a respeito da condição de saúde dos pacientes, cruciais para a Transição do Cuidado.

Ficaram evidentes os elementos importantes que compõem essa atividade, realizada predominantemente pelos (as) enfermeiros(as) do setor. A participação da família nos cuidados, durante e nos pós alta hospitalar, a presença de uma equipe multiprofissional ainda que o enfermeiro assuma um papel de centralidade nesse processo, o planejamento precoce de alta e a transferência de informação adequada e oportuna dos pacientes, ficaram evidenciadas como suporte desse serviço.

Mediante essas ponderações, os resultados mostraram que vários fatores podem comprometer a Transição do Cuidado. Quando a família não se envolve no cuidado, sem compreender a importância de sua participação, somando-se à falta de tempo hábil para o desenvolvimento da alta hospitalar, por motivos de sobrecarga de trabalho e rápida liberação do leito, além de uma frágil contrarreferência por parte do próximo nível de atenção, acontecem falhas na continuidade e no atendimento integral desse paciente

Acredita-se que os outros três pilares do CTI, pouco observados neste trabalho, não comprometam a qualidade do trabalho desenvolvido no planejamento de alta hospitalar e que talvez esses conceitos sejam relativamente inacessíveis, diante da realidade brasileira.

Espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios para intervenções de avanços na Transição do Cuidado na alta hospitalar, em serviços de saúde, assim como possam motivar novos estudos sobre este tema, em diferentes cenários.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre:2012.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, p. e20190155, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

ALBERGARIA, E. T. et al. Identificando propriedades essenciais de registros eletrônicos de saúde. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento**, v. 5, n. 1, p. 33-43, 2016. ISSN 2237-826X. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/44738/28301>>. Acesso em: 05 jun. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/atoz.v5i1.44738>.

ALVES, A. K. S.; SANTOS, J. M. S.; LOPES, R. F. 2019 . O papel da enfermagem na equipe multiprofissional no contexto da atenção primária: revisão integrativa de literatura. **Gep. News**, v. 2, n. 2, p. 359-366, 2019.

ALVES, L. R.; GIACOMINI, M. A.; CAMELO, S. H. H.; LAUS, A. M.; LEAL, L. A.; GOULART, B. F.; BALDERRAMA, P.; CHAVES, L. D. P. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 2, 2016.

ARAÚJO, L. U. et al. Patient safety in primary health care and polypharmacy: cross-sectional survey among patients with chronic diseases* * Paper extracted from doctoral dissertation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2019, v. 27, p. e3217, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3123.3217>>. Epub 05 Dez 2019. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3123.3217>.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. (2017). Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2017.

BERNARDINO, E. et al. Enfermeiras de Ligação na Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas. **Enfermagem em foco (Brasília)** – v. 12, n. 7, p. 72-76, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5164/1162>. Acesso em: Janeiro 2022.

BERKOWITZ, M. R. Assessing Impact of Not Attending Lectures on Osteopathic Medical Student Performance: Brief Survey of the Literature and Proposed Future Research. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 16, n. 4, p. 212-215, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2013.06.001> (in press, available online)

BERKOWITZ, R. E. Project ReEngineered Discharge (RED) Lowers Hospital Readmissions of Patients Discharged From a Skilled Nursing Facility. **Journal of the American Medical Directors Association**, V. 14, n. 10, p. 736-740, 2013.

Disponível em:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104230210&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: Janeiro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2014. Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS, 2014. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf Acessado em 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018. Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: MS 2018. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acessado em 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2018 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf/view> Acessado em 08 jun. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 19 dez. 2021.

BROOTEN D, KUMAR S, BROWN LP, BUTTS P, FINKLER SA, BAKEWELL-SACHS S, GIBBONS A, DELIVORIA-PAPADOPOULOS M. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. **New England Journal of Medicine**, v. 315, n. 15, p. 934-939, 1986. doi: 10.1056/NEJM198610093151505. PMID: 3531852.

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.

CARVALHO, T. et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 5, p. 943-987, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200407>>. Epub 01 Jun 2020. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

- COLEMAN, E. A. et al. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, v. 26, n.4, p. 93-104, 2007.
- COLEMAN, E. A.; PARRY, C.; CHALMERS, S.; MIN, S. J. The care transitions intervention - results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine Journal**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2006.
- COLEMAN, E. A.; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **Journal for Healthcare Quality**, v. 37, n. 1, p. 12-21, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de Enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de Enfermagem. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf> Acessado em 08 jun. 2022.
- COSTA, A. O papel do enfermeiro no plano de alta do paciente. **IBES**, 2017. Disponível em: [https://www.ibes.med.br/o-papel-enfermeiro-no-plano-de-alta-paciente/#:~:text=O%20plano%20de%20alta%20deve,se%20evitar%20a%20re%2Dhospitaliza%C3%A7%C3%A3o](https://www.ibes.med.br/o-papel-enfermeiro-no-plano-de-alta-paciente/#:~:text=O%20plano%20de%20alta%20deve,se%20evitar%20a%20re%2Dhospitaliza%C3%A7%C3%A3o.). Acessado em 08 jun. 2022.
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. Continuity of hospital discharge care for primary healthcare: spanish practice. **Texto & Contexto Enfermagem** – V. 29, n. 0, p. e20180332-e20180332, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100342 . Acesso em: Janeiro 2022. DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, p. 7151-7159, 2013.
- DIAS, M. D. M.; FREIRES DA SILVA, M. F. F.; SANTOS, S. L. S. O.; SILVA, E. M., ANDRADE ABDALA, G. A. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, p. 394-400, 2018. [fecha de Consulta 26 de Mayo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955551016>
- DIPLOCK, G.; WARD, J.; STEWART, S.; SCUFFHAM, P.; STEWART, P.; REEVE, C. et al. The Alice Springs Hospital Readmission Prevention Project (ASHRAPP): a randomised control trial. **BMC Health Services Research**. v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017. [http:// dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2077-7](http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2077-7). PMID:28219383.
- DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; ISER, B. P. M.; MALTA, D. C.; SILVA, G. A.; SCHMIDT, M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010. Brasília, 2011 [citado em 15 fev. 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf. Acessado em 08 jun. 2022

FERNANDES, C. S.; GOMES, J. A.; MARTINS, M. M.; GOMES, B. P.; GONÇALVES, L. H. A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 7, p. 21-30, 2015. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>>. Epub 26 Ago 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>.

FERREIRA, S. R. S., PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

FIALHO, F. H.; LACERDA, L. H. R.; BORBOREMA, T. R. F. B. **Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG, 2019.

FILHA, C. et al. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 265-278, 2014.

FLESCH, L. D. A.; FERREIRA, T. C. C. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>>. Epub 16 Dez 2014. ISSN 1678-4669. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>.

FOSTER, C. C.; JACOB-FILES, E.; ARTHUR, K. C.; HILLMAN, S. A.; EDWARDS, T. C.; MANGIONE-SMITH, R. Provider perspectives of high-quality pediatric hospital-to-home transitions for children and youth with chronic disease. **Hospital Pediatrics**, v. 7, n. 11, p. 649-659, 2017.

GALVÃO C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GALLO, V. C. L.; KHALAF, D. K.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTIAGO, M. L.; VENDRUSCOLO, C. (2021). Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, v. 11, p. e79, 2021. <https://doi.org/10.5902/2179769264383>

GARCIA, A. K. A.; FONSECA, L. F.; ARONI P.; GALVÃO, C. M. Strategies for thirst relief: integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1148-1155, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>

GHOLIZADEH M. et al. Implementation Requirements for Patient Discharge Planning in Health System: A qualitative study in Iran. **Ethiopian journal of health sciences**, v. 28, n. 2, p. 157-168, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29983513/>. Acesso em: Janeiro 2022.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; CAMERON, I. D.; SHEPPERD, S. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database System Review**, n. 1, p. CD000313, 2016. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub5. PMID: 26816297; PMCID: PMC7073416.

GUERRERO, K. S.; PULS, S. E.; ANDREW, D. A. Transition of care and the impact on the environment of care. **Journal of Nursing Education Practice**, v. 4, n. 6, p. 30-36, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n6p30>.

HAGGERTY, J. L.; ROBERGE, D.; FREEMAN, G. K.; BEAULIEU, C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative meta summary. **The Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 3, p. 262-271, 2013.

HESSELINK, G.; FLINK, M.; OLSSON, M.; BARACH, P.; DUDZIK-URBANIAK, E.; ORREGO, C. et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 1, 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>

KHOLIAF, S. N.; NURSALAM, M. N.; MERRUANA, A.; AHSAN, B. N.; TANTUT, S. Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. **International Journal of Caring Sciences**, v. 11, n. 2, p. 914-926, 2018. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf

LIMA, M. A. D. S. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e20180119, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>>. Epub 29 Nov 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LINCOLN, Y.; & GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage, 1985.

- LOPES, V. J. et al. Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 4, p. 1142-1150, 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236850>>. Acesso em: 05 jun. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a236850p1142-1150-2019>.
- LOZANO, M. G.; MARLES, L. P.; GIRALDO, B. P.; HERRERA, B. S. Commitment and human tone: The difference between traditional service and nursing care. **Nursing Research and Education**, v. 37, n. 1, p. 1-5, 2019. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e05>
- LOIOLA, M F.; OLIVEIRA, I. C. P. Os desafios da referência e contra referência em saúde no município de Campo Maior- PI, 2020. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14737> Acessado em 08 jun. 2022.
- MACEDO, F.; MORAES, M. C. L. O Assistente Social como Gestor de Casos: Relato de Experiência em uma UBS do Município de São Paulo. **International Journal of Health Management Review**, v. 1, n. 1, p. 32–49, 2015. <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v1i1.87>
- MACHADO, W. C. A. et al. Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 10, p. 3161-3170, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17232016>>. ISSN 1678-4561.
- MAIA, D. A.; CAVALCANTI, V. G. S. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 20, n. 2, 2018.
- MALTA, D. C.; GOSCH, C. S.; BUSS, P.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R.; FREITAS, P. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
- MALTA, D. C. et al. Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, p. e180020, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>>. Epub 29 Nov 2018. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>.
- MALTA, D. C. et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 04, p. 661-675, 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>>. ISSN 1980-5497.
<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S. G.; TAKASE, L. H. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 685-690, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>>. Epub 17 Dez 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia Saúde da família: saberes e práticas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 263-271, 2011.

McMARTIN, K. Discharge planning in chronic conditions: an evidence-based analysis. **Ontario health technology assessment series**, v. 13, n. 4, p. 1, 2013.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice**. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 3-24.

MEDICARE. **The oficial U. S. Government Site for Medicare**. Acessado em 25 set. 2019, Disponível em: <<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/get-started-with-medicare>>.

MEYERS, A. G.; SALANITRO, A.; WALLSTON, K. A.; CAWTHON, C.; VASILEVSKIS, E. E.; GOGGINS, K. M. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **BMC Health Service Research**, 2014; v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-10>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins.

MELO, C. L. **Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência**. 2019. 181p. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

MENDES, Á.; CARNUT, L. G.; SILVA, L. D. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. (v. 2)

MERLANE, H.; BOOTH, Z. Discharge planning in end-of-lifecare. **British Journal of Nursing**, v. 29, n. 4, p. 202-203, 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=141964372&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: Janeiro 2022.

NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **The Commonwealth Fund**, v. 103, p. 1-12, 2010.

NAYLOR, M.; KEATING, S. A. Transitional care: moving patients from one care setting to another. **The American Journal of Nursing**, v. 108, n. 9, p. 58-63, 2008.

NOBREGA, V. M. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03226, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Epub 30 Set 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PALASSON, R. R. et al. Internações hospitalares por Diabetes Mellitus e características dos locais de moradia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02952, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta->

ape/2021AO02952>. Epub 05 Maio 2021. ISSN 1982-0194.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02952>.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; WACHOLZ, L. F.; GOMES, V. C.; SCHIMITT, M. D.; SANTOS, J. L. G. 1 Continuidade e transição do cuidado de crianças com condições crônicas: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e559101019043, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19043>

POLISAITIS, A.; TEMPUS, A. M. M. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 105-122, 2019.

PRUSACZYK, B.; KRIPALANI, S.; DHAND, A. Networks of hospital discharge planning team sander admissions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, n. 1, p. 85-92, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85053238453&doi=10.1080%2f13561820.2018.1515193&partnerID=40&md5=69bb547676cb51a2d1879ee78c703c78>. Acesso em: Janeiro 2022.

REID, A. M.; CHAPMAN, W. K.; PRESCOTT, C. E.; NIJLAND, W. Using excess greenness and green chromatic coordinate colour indices from aerial images to assess lodgepole pine vigour, mortality and disease occurrence. **Forest Ecology and Management**, v. 374, p. 146-153, 2016. ISSN 0378-1127, <https://doi.org/10.1016/j.foreco.2016.05.006>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378112716302298>)

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Complexo Regulador** 2020. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/crregulador/>. Acesso :em 03 outubro 2021

ROONEY, M.; MARKOVITZ, D.; PAKARD, M. The Enhanced Discharge Planning Program Eases a Patient's Transition Home. **Generations**, v. 35, n. 4, p. 78-80, 2011. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=72679362&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: Janeiro 2022.

SANTOS, C. O. et al. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121 , p. 368-377, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 2358-2898.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>.

SIEW P. L. D.; BEE K. L. Nurse-Led Discharge Care Protocol: A Randomised Control Trial. **Singapore Nursing Journal**, v. 44, n. 3, p. 2-6, 2017. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=129386266&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: Janeiro 2022.

SILVA, M. M. F. et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, p. 394-400, 2018. Universidade Federal do Triângulo Mineiro
<https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/> acesso 10 janeiro 2022

SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; CHAVES, L. D. P.; Santos, F. C. et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 51, p. e03206, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>

SOTO, G. E.; HUENEFELDT, E. A.; HENGST, M. N.; REIMER, A. J.; SAMUEL, S. K.; SAMUEL, S. K. et al. Implementation and impact analysis of a transitional care pathway for patients presenting to the emergency department with cardiac-related complaints. **BMC Health Service Research**, v. 18, p. 672, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3482-2>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.
<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2011.

SOUZA, M. C.; ARAUJO, T. M.; JUNIOR, W. M. R.; SOUZA, J. N.; VILELA, A.; FRANCO, T. B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SUTER, E.; OELKE, N. D.; ADAIR, C. E.; ARMITAGE, G. D. Ten key principles for successful health systems integration. **Healthcare Quarterly**, v. 13, n. Spec N^o, p. 16-23, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. The care transitions intervention: health care services for improving quality and safety during care hand-offs. **Aurora: CTP**, 2014. Disponível em . Acesso em: 04 mar. 2020.

- UCHOA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physics**, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012. Available from <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100021&lng=en&nrm=iso>. access on 05 June 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100021>.
- ULIN, K; OLSSON, L.E; WOLF, A; EKMAN, I. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursery**, v.15, n.3. 2015.
- URSI E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenções de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p.124-31, 2006.
- TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.
- VALENTE, G. S. C.; MAIA, D. A. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. **Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo**, v. 20, n. 2, 2018. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.gias>
- WEBER, F.; WEBER, L. A. et al. Care transition from hospital to home: integrative review. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2018.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015
- ZURLO, A.; ZULIANI, G. Management of care transition and hospital discharge. **Aging Clinical & Experimental Research**, v. 30, n. 3, p. 263-270, 2018. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128548053&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: Janeiro 2022

APÊNDICE

Apêndice I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO

Leito observado

Fluxo do profissional

Locais onde ocorre o registro de alta

Processo do registro de alta

Tipo de registro

Qual profissional insere o registro

Comentários e expressão dos participantes

Apêndice II

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante!

1. Sexo: feminino masculino

2. Data nascimento: _____ / _____ / _____

3. Categoria Profissional: _____

4. Grau de escolaridade: _____

5. Pós-Graduação:

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Especialização | Área: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | Área: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | Área: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outros | Especifique: _____ |

6. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade? _____ anos _____ meses

APÊNDICE III

Roteiro de entrevista semiestruturado

Descreva o planejamento de alta nesta Unidade?

Quais são os domínios/pilares envolvidos neste planejamento?

Quais atividades são desenvolvidas ou ferramentas que vocês utilizam para garantir a continuidade da atenção?

Em relação a autogestão de medicação, quem realiza essa atividade e como ela é desenvolvida?

Em relação ao reconhecimentos dos sinais de piora, como é feita essa orientação e por quem?

Há algum documento, ou uma espécie de diário onde o paciente possa registrar suas condições de saúde?

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coleta de dados da etapa qualitativa do estudo

Bom dia/tarde/noite, Sr (a) _____ . Meu nome é _____, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Venho por meio deste convidá-lo a participar voluntariamente pesquisa intitulada “Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas. O que lhe peço é o tempo, de aproximadamente 20 minutos, que você terá de gastar para responder sobre sua experiência com o planejamento de alta sendo utilizada uma ficha de identificação, com as seguintes informações: nome, profissão, idade, sexo, grau de escolaridade e tempo de trabalho na instituição. Ao aceitar participar desta etapa do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador por meio de entrevistas e ser observado durante o processo de alta hospitalar. A entrevista será gravada e as informações obtidas serão mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. Os possíveis benefícios para a população serão a médio e longo prazo pois, os resultados da pesquisa poderão auxiliar para a melhoria do atendimento e da transição do cuidado no planejamento de alta, bem como aumento da satisfação do usuário do serviço. Os riscos deste estudo podem ser: invasão de privacidade, para evitar isto, nos comprometemos a utilizar as informações restritamente na pesquisa e os resultados obtidos serão divulgados em eventos na área da saúde nacionais e internacionais e em revistas científicas e, portanto, não daremos outro destino às informações que você nos fornecerá; tomada de tempo para responder o questionário, sendo que, caso ocorra, a entrevista será interrompida e remarcada para nova data de escolha do participante; e desconforto para responder sobre algum item, sendo que, caso ocorra, tem a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem a liberdade de se recusar a fazer parte desta etapa do estudo, sem que isto acarrete em quaisquer prejuízos em futuros atendimentos na unidade. Caso haja surgimento de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso

jamais ocorra, você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no País. Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber quaisquer esclarecimentos quanto a dúvidas sobre assuntos relacionados ao estudo. Caso necessário, o contato com a pesquisadora responsável pelo estudo Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto é pelo telefone (16) 3315-3395, pelo e-mail ionecarv@eerp.usp.br ou pelo endereço da EERP-USP, na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, sala 109 ou pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (16 3315 9197) que funciona de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas). Este documento possui duas vias iguais, as quais serão assinadas pela pesquisadora responsável e por você, sendo que, uma das vias ficará com você e outra com a pesquisadora. E, estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Ao final do estudo você terá contribuído para a avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

PREENCHIMENTO PELO PESQUISADOR: Participante nº _____. Data da coleta: ____/____/_____.

Anexo II

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO UNIDADE DE EMERGÊNCIA <i>Centro de Estudos de Emergência em Saúde</i>	
Fone: (16) 3805-3818/3819 cees@hcrp.usp.br www.hcrp.usp.br		Rua Bernardino de Campos, 1000 14015-130 - Ribeirão Preto - SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E. - HCFMRP-USP

PARECER

O projeto "O planejamento de alta na perspectiva da transição do cuidado" apresentado sob a responsabilidade da Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto, como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pela graduada em Enfermagem Sara Maria Barbosa, foi aprovado pelo Conselho Científico do CEES.

Ribeirão Preto, 16 de abril de 2020.


P | **Prof. Dr. OCTAVIO MARQUES PONTES NETO**
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP

Rua Bernardino de Campos nº 1000
14015 - 130 Ribeirão Preto - SP

Centro de Estudos de Emergência em Saúde -U.E.
Fone: (16) 3805-3818/3819
e-mail: cees@hcrp.usp.br



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 095/2021, de 25/03/2021

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 24 de março de 2021.

Protocolo CAAE: 39240720.2.0000.5393

Projeto: Planejamento de alta hospitalar de usuários com condições crônicas na transição do cuidado em uma Unidade de Emergência em Ribeirão Preto

Pesquisadores: Sara Maria Barbosa Manco
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilm^ª. Sr^ª.

Prof. Dr^ª. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP