



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM- MODALIDADE PROFISSIONAL

CARINA MANARA

INSTRUMENTO PARA A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS

2021

CARINA MANARA

**INSTRUMENTO PARA A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós – Graduação
Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade
Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão
do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Izabel Jatobá de Souza.

FLORIANÓPOLIS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Manara, Carina

Instrumento para a Alta Hospitalar: Contribuições para a Sistematização da Assistência de Enfermagem / Carina Manara ; orientador, Ana Izabel Jatobá de Souza, 2021.

150 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. . 2. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 3. Planejamento da Alta. 4. Cuidado de Enfermagem. 5. Continuidade da Assistência de Enfermagem. I. Jatobá de Souza, Ana Izabel. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III. Título.

Carina Manara

Instrumento para a alta hospitalar: contribuições para a Sistematização da Assistência de Enfermagem

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Ana Izabel Jatobá de Souza, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Profa. Dra. Adriana Dutra Tholl, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Gisele Knop Aued, Dr.(a)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Lúcia Nazareth Amante, Dra

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Ana Izabel Jatobá de Souza, Dr.(a)

Orientador (a)

Florianópolis, 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, que sempre está presente em todos os momentos, me amparando, confortando e dispendo-se a estar próximos, mesmo que separados fisicamente por 800 km de distância. A saudade é um sentimento que sempre está conosco, entre os abraços calorosos das chegadas e os choros confortantes das despedidas.

Aos meus pais, Flabio Justino Manara e Sônia Longo Manara que sempre me fortaleceram para conquistar tudo que eu pudesse almejar. Pessoas de quem, desde muito jovem, ouço a frase “*não podemos te dar as riquezas financeiras, mas tudo que for necessário para seus estudos iremos realizar*” e que com sua sabedoria genuína, venho tentando orgulhá-los através desta busca.

A minha irmã, Karen Manara, com quem este ano passamos por momentos difíceis, quando perdemos o controle das situações em função de adoecimentos. Penso que os caminhos tomaram rumos inesperados, as incertezas foram dolorosas, submergimos em sentimentos difíceis de serem descritos, mas o fortalecimento do nosso amor e a esperança de dias melhores nos fez criar vínculos indestrutíveis.

Agradeço minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Izabel Jatobá de Souza por toda a disposição em me auxiliar, pela compreensão e paciência em toda esta trajetória, sentimentos de gratidão por todo o seu desempenho comigo.

Agradeço à Juliana Araújo Martins, que conheci durante a trajetória do Mestrado e que se tornou uma amiga muito especial, me incentivando em vários momentos, dando forças para continuar o caminho árduo.

E a todos que passaram pelo meu caminho durante este período, com certeza deixaram algo que contribuíram de alguma forma nesta minha trajetória.

DAS UTOPIAS

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mario Quintana , Espelho Mágico. Porto Alegre: Editora Globo.1951

Manara, Carina. **Instrumento para a alta hospitalar: contribuições para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2021. 150 p. Dissertação. (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Izabel Jatobá de Souza.

RESUMO

Introdução: a alta hospitalar envolve vários significados, dentre estes os de incerteza e angústia no momento da desospitalização. Portanto, torna-se importante que orientações para a alta hospitalar sejam realizadas de forma atenta e qualificada. Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem traz o embasamento científico necessário para contribuir com este processo. Esta pesquisa tem por **objetivo geral** construir um instrumento de orientações de enfermagem para a alta hospitalar para pacientes com grau de dependência e/ou em uso de dispositivos tecnológicos fundamentada na teoria do Cuidado Baseado nas Forças como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Como **objetivos específicos:** caracterizar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência de pacientes hospitalizados em unidades de internação a partir de dados provenientes da Sistematização da Assistência de Enfermagem contida no Sistema Informatizado da instituição; Identificar as necessidades de cuidados no domicílio em consonância com o grau de dependência e com as necessidades humanas básicas afetadas; Identificar o saber dos enfermeiros sobre o planejamento da alta hospitalar dos pacientes internados como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Método:** estudo metodológico, tendo como cenário um hospital privado na cidade de Florianópolis/SC/Brasil. A coleta de dados ocorreu em quatro etapas: a primeira com a caracterização das necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência dos pacientes hospitalizados em unidade de internação avaliados a partir do levantamento dos dados anonimizados, retrospectivos, proveniente dos prontuários a partir dos registros contidos na Sistematização da Assistência de Enfermagem no Sistema Informatizado da instituição e pela utilização da escala de Fugulin (1994) respectivamente, no período setembro de 2019 a fevereiro de 2020, com a inclusão de 88 prontuários de pacientes; a segunda etapa teve como participantes 9 enfermeiros cujos dados foram coletados em outubro de 2020, utilizando-se a entrevista semiestruturada; na terceira etapa houve a construção do Instrumento Informatizado para o Planejamento da Alta Hospitalar fundamentada em Pressman (2011) que tem como foco o ciclo de vida de desenvolvimento de sistemas, e, por fim, na quarta etapa houve a avaliação do instrumento de alta proposto por 7 participantes utilizando-se um questionário baseado nos pilares de qualidade de Donabedian (1990). Os dados relacionados a caracterização dos pacientes foram analisados por estatística descritiva simples e os provenientes da entrevista e do questionário utilizados com os enfermeiros foram analisados com o uso da análise de conteúdo de Bardin (2011). **Resultados:** obteve-se como caracterização dos pacientes a partir da avaliação de dados do prontuário eletrônico, a prevalência do sexo masculino (51,1%); faixa etária acima de 60 anos; período de internação médio de 13 dias; cujo maior motivo de internações foram as intercorrências clínicas (70,4%); Sobre o grau de dependência dos pacientes 82,9% caracterizavam-se como cuidados intermediários; Quanto às necessidades humanas básicas afetadas identificou-se 6 categorias sendo 25 relacionadas às necessidades fisiológicas pelo uso de diferentes dispositivos tais como: sondas para suporte nutricional, dispositivos para oxigenoterapia, e entre outros; foram encontrados 5 diagnósticos de enfermagem, destacando-se o risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, risco de quedas e integridade da pele prejudicada, sendo que apenas 4,5% possuíam orientações para alta hospitalar registradas no prontuário informatizado. Dos prontuários analisados constatou-se uma taxa de reinternação de 51,1 %, destes, 55,5% corresponderam a um período inferior a 30 dias e 44,4% acima de 30 dias após alta hospitalar. Quanto aos enfermeiros emergiu da análise das entrevistas a percepção frente ao planejamento da alta hospitalar originando cinco

categoriais: o momento e os cuidados necessários para a alta hospitalar; elementos facilitadores e dificultadores no processo de planejamento de alta hospitalar; a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a alta hospitalar; enfermeiro, paciente e família elementos centrais para uma alta hospitalar efetiva; orientações e registros para a alta hospitalar e as novas perspectivas para o planejamento. As etapas de coleta e análise dos dados permitiram a construção de um instrumento como produto. A partir da avaliação do instrumento de alta elaborado realizada por 7 enfermeiros participantes, este foi caracterizado como representativo para a prática profissional conforme os critérios de qualidade de Donabedian (1990). **Conclusão:** identifica-se a importância do planejamento da alta hospitalar mediado pelo enfermeiro; a construção de ações sob a perspectiva interdisciplinar; a inclusão de orientações para o cuidado com foco no paciente e família; o fortalecimento de ações voltadas para a continuidade do cuidado além do espaço hospitalar. Evidencia-se a importância da inclusão de intervenções para a alta como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem da instituição; a sensibilização do enfermeiro sobre a importância da alta como um processo que se inicia no primeiro dia de internação do paciente e, de que estas estejam embasadas em conhecimentos científicos proporcionando uma assistência qualificada, segura, respeitando-se a integralidade do Ser Humano.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Planejamento da Alta. Cuidado de Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Manara, Carina. **Instrument for hospital discharge**: contributions to the Systematization of Nursing Care. 2021. 150 p. Dissertation. (Professional Master's degree in Nursing Care Management) Center for Health Sciences, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Advisor: Prof. Dr. Ana Izabel Jatobá de Souza.

ABSTRACT

Introduction: hospital discharge involves several meanings, among these those of uncertainty and anguish at the time of dehospitalization. Therefore, it is important that guidelines for hospital discharge be carried out attentively and qualifiedly. In this sense, the Systematization of Nursing Care brings the necessary scientific basis to contribute to this process. This research has the general objective of constructing an instrument of nursing guidelines for hospital discharge for patients with a degree of dependence and/or in the use of technological devices based on the theory of Force-Based Care as part of the Systematization of Nursing Care. **Specific objectives** are: to characterize the affected basic human needs and the degree of dependence of hospitalized patients in hospitalization units based on data from the Systematization of Nursing Care contained in the computerized system of the institution; Identify home care needs in line with the degree of dependency and the basic human needs affected; To identify nurses' knowledge about hospital discharge planning of hospitalized patients as part of the Systematization of Nursing Care. **Method:** methodological study, based on a private hospital in the city of Florianópolis/SC/Brazil. Data collection occurred in four stages: the first with the characterization of the affected basic human needs and the degree of dependence of patients hospitalized in an inpatient unit evaluated from the collection of anonymized, retrospective data from medical records from the records contained in the Systematization of Nursing Care in the institution's Computerized System and by the use of the Fugulin scale (1994) respectively, from September 2019 to February 2020, with the inclusion of 88 patient records; the second stage had as participants 9 nurses whose data were collected in October 2020, using the semi-structured interview; in the third stage there was the construction of the Computerized Instrument for Hospital Discharge Planning based on Pressman (2011) which focuses on the life cycle of systems development, and finally, in the fourth stage there was the evaluation of the discharge instrument proposed by 7 participants using a questionnaire based on the quality pillars of Donabedian (1990). Data related to the characterization of patients were analyzed by simple descriptive statistics and those from the interview and questionnaire used with nurses were analyzed using Bardin's content analysis (2011). **Results:** the prevalence of males (51.1%) was obtained as characterization of patients from the evaluation of data from the electronic medical records; age group over 60 years; average hospitalization period of 13 days; whose main reason for hospitalizations were clinical complications (70.4%); On the degree of dependence of patients, 82.9% were characterized as intermediate care; Regarding the basic human needs affected, 6 categories were identified, 25 of which were related to physiological needs by the use of different devices such as: probes for nutritional support, oxygen therapy devices, and among others; five nursing diagnoses were found, highlighting the risk of infection, risk of impaired skin integrity, risk of falls and impaired skin integrity, and only 4.5% had hospital discharge guidelines recorded in the computerized medical records. From the medical records analyzed, a reiterater rate of 51.1% of these, 55.5% corresponded to a period of less than 30 days and 44.4% above 30 days after hospital discharge. As for the nurses, the perception of hospital discharge planning emerged from the analysis of the interviews, resulting in five categories: the moment and the care

necessary for the hospital discharge; facilitating and hindering elements in the hospital discharge planning process; the Systematization of Nursing Care and hospital discharge; nurse, patient and family central elements for effective hospital discharge; guidelines and records for hospital discharge and new perspectives for planning. The stages of data collection and analysis allowed the construction of an instrument as a product. Based on the evaluation of the discharge instrument performed by 7 participating nurses, this was characterized as representative for professional practice according to the Quality Criteria of Donabedian (1990). **Conclusion:** the importance of planning hospital discharge mediated by nurses is identified; the construction of actions from an interdisciplinary perspective; the inclusion of guidelines for care focused on the patient and family; the strengthening of actions aimed at the continuity of care beyond the hospital space. The: importance of including interventions for discharge as part of the systematization of nursing care of the institution is evidenced; the nurse's sensitization about the importance of discharge as a process that begins on the first day of hospitalization of the patient and that they are based on scientific knowledge providing qualified, safe care, respecting the integrality of the Human Being.

Keywords: Systematization of Nursing Care. Alta Planning. Nursing care. Continuity of Patient Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Desenvolvimento da Revisão Integrativa, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	27
Figura 2 - Dados obtidos da Revisão Integrativa, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	28
Figura 3 - Ilustração da inter-relação entre as quatro abordagens que pautam o Controle Baseado nas Forças, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	47
Figura 4 - Ilustração dos aspectos que mudam na parceria colaborativa e favorece o empoderamento do paciente, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.	51
Figura 5 - Etapas do processo metodológico, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	56
Figura 6 – Desenvolvimento da primeira etapa: identificação das características dos pacientes hospitalizados na unidade de internação de clínica médica e cirúrgica, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	59
Figura 7 - Ilustração do processo de construção de um novo modelo de Instrumento Informatizado para Alta Hospitalar, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	61
Figura 8 - Ilustração da representação da Tríade de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.	62
Figura 9 - Ilustração da representação dos Sete Pilares de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	63
Figura 10- Diagrama baseado no fluxo STROBE, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.	71
Figura 11- Amostra relacionado a prevalência de grau de dependência conforme a classificação da Escala de Fugulin, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	72
Figura 12- Display (Tela) 1: Protótipo Visão Geral, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	114
Figura 13-Display (Tela) 2: Identificação das Necessidades Humanas Básicas, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	115
Figura 14- Display (Tela) 3: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Oxigenação), Florianópolis, SC, Brasil, 2021	116
Figura 15- Display (Tela) 4: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Nutrição), Florianópolis, SC, Brasil, 2021	117
Figura 16- Display (Tela) 5: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Movimentação), Florianópolis, SC, Brasil, 2021	118
Figura 17-Display (Tela) 6: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Cuidados com a Pele), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	119
Figura 18- Display (Tela) 7: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Eliminações Fisiológicas), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	120

Figura 19- Display (Tela) 8: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Autonomia/ Autocuidado) , Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	121
Figura 20- Display (Tela) 9: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Promoção e Educação em Saúde), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	122
Figura 21– Display (Tela) 10: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Rede de Apoio), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	123
Figura 22- Display (Tela) 11: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Instrumento de Eficácia da Orientação prestada), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	124
Figura 23- Avaliação dos participantes do instrumento SAE- PAH baseado na teoria de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	127

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Amostra relacionado a prevalência das necessidades humanas básicas afetadas, Florianópolis, SC, Brasil, 2021	73
Tabela 2 - Amostra relacionado a prevalência de dispositivos, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.	75
Tabela 3- Instrumento para avaliação da eficácia da orientação ofertada para promoção da transição cuidado em seu processo de Planejamento da alta hospitalar, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	125

LISTA DE SIGLAS

AH- Alta Hospitalar

CBF- Cuidado Baseado nas Forças

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DESC- Descritores em Ciências da Saúde

DVE- Derivação Ventricular Externa

EUA- Estados Unidos da América

MCT- Ministério da Ciência e Tecnologia

NHB- Necessidades Humanas Básicas

NIR- Núcleo Interno de Regulação

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS- Organização Mundial da Saúde

PE- Processo de Enfermagem

PNHOSP- Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS- Redes de Atenção à Saúde

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAE-PAH- Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Planejamento da Alta Hospitalar

SCP- Sistema de Classificação de Pacientes

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC- Tecnologia da Informação e Comunicação

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL:	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	25
3 REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 ALTA HOSPITALAR	29
3.2 CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO	30
3.3 PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UMA AÇÃO PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO.....	33
3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DA ALTA HOSPITALAR	37
4 REFERENCIAL TEÓRICO - CUIDADO BASEADO NAS FORÇAS	42
4.2.1 Cuidado centrado no paciente/pessoa/família/relacionamento.....	45
4.2.2 O movimento de empoderamento	46
4.2.3 Promoção da saúde, prevenção da doença e a cultura do autocuidado	46
4.2.4 Participação colaborativa.....	47
4.3 PRESSUPOSTOS, CRENÇAS E VALORES DO CBF	47
4.3. Saúde e cura.....	48
4.3.2 Singularidade	48
4.3.3 Holismo e indivisibilidade.....	49
4.3.4 Realidade objetiva, subjetiva e significado criado	49
4.3.5 Autodeterminação	50
4.3.6 A pessoa e o ambiente são integrais.....	50
4.3.7 Parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente.....	50
4.3.8 Aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno.....	51

5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	54
5.1 TIPO DE ESTUDO	54
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	54
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	55
5.4 COLETA DOS DADOS E ANÁLISE DOS DADOS	55
5.4.1 Primeira Etapa - Identificação das características dos pacientes hospitalizados	56
5.4.2 Segunda etapa – Percepção dos enfermeiros frente o planejamento da alta hospitalar ..	59
5.4.3 Terceira Etapa - Construção do Instrumento Informatizado para o Planejamento da Alta Hospitalar.....	60
5.4.4 Quarta etapa - Avaliação do Instrumento Informatizado elaborado para o Planejamento da Alta Hospitalar	62
5.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	64
5.6 CUIDADOS ÉTICOS	65
6 RESULTADOS	66
6.1 MANUSCRITO 1	67
6.2 MANUSCRITO 2	90
6.3 PRODUTO	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
8 REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	143
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTE.....	145
APÊNDICE C- PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS FRENTE O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR.....	146
APÊNDICE D - AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR.....	147
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	148
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	150

APRESENTAÇÃO

Trata-se o presente de uma dissertação desenvolvida durante Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A proposta consistiu em construir um instrumento de orientações de enfermagem para a alta hospitalar fundamentada na teoria do Cuidado Baseado nas Forças (CBF) a serem incluídas na Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada de um hospital privado. Foram participantes da pesquisa enfermeiros assistenciais da instituição pesquisada em ambos os turnos vinculados a uma unidade de internação médico-cirúrgica do hospital. Esta pesquisa foi realizada em quatro etapas, a saber: a primeira com a caracterização do grau de dependência utilizando a escala de Fugulin (1994) e das necessidades humanas básicas dos pacientes internados na unidades de internação médico-cirúrgica a partir do levantamento dos dados disponibilizados pela instituição, de forma anonimizada, contidos nos registros informatizados da Sistematização da Assistência de Enfermagem da instituição; na segunda etapa obteve-se a percepção dos enfermeiros frente o processo de alta hospitalar e suas implicações; na terceira etapa ocorreu a construção do Instrumento informatizado para o Planejamento da Alta Hospitalar, e por fim, na quarta etapa aconteceu a avaliação do protótipo do Instrumento informatizado pelos enfermeiros a partir de um questionário elaborado pela pesquisadora baseado nos pilares de qualidade de Donabedian (1990).

A escolha do tema foi motivada por demandas identificadas enquanto enfermeira assistencial na instituição hospitalar onde atuo, em um hospital privado no sul do Brasil. Nesta constatação foi possível evidenciar a carência de instrumentos voltados para a alta hospitalar dos pacientes da instituição; empiricamente foi possível evidenciar muitas reinternações por situações evitáveis que poderiam ser orientadas ao longo da internação antes da saída do paciente. Além disso, percebia o envolvimento incipiente dos enfermeiros com o processo de alta hospitalar e como essas orientações eram dadas apenas no momento de saída do paciente, o que levava a menor apreensão por parte de pacientes e familiares. Estas foram as principais inquietações que deram origem ao presente trabalho.

É importante assinalar que, em decorrência da Pandemia de Covid-19 logo no começo da coleta de dados no ano de 2020, foi necessária uma reorganização na forma de coletar os dados relacionados aos pacientes. Previa-se, anteriormente incluir no estudo os pacientes de

forma prospectiva aplicando-se diariamente a escala de Fugulin (1990), bem como a inclusão dos familiares destes pacientes. Com as medidas sanitárias impostas pela Pandemia e com a descaracterização do cenário do estudo, que passou a ser unidade de isolamento para casos de Covid, e pela proibição de presença de familiares no período de internação não foi possível realizar a etapa prospectiva do estudo, optando-se por colher os dados relacionados aos pacientes de forma retrospectiva, o que foi possível pelo fornecimento de informações pontuais, disponibilizadas pela instituição de forma anonimizada extraídas dos registros da Sistematização da Assistência de Enfermagem contida no prontuário informatizado. Apenas a coleta de dados relacionados à participação dos enfermeiros foi coletada de forma prospectiva. Tais condições, inegavelmente trouxeram implicações no desdobramento do estudo, o que exigirá aprofundamentos posteriores.

1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar constitui a saída do paciente do ambiente hospitalar, tendo este permanecido na instituição, pelo menos uma noite. A taxa de alta hospitalar representa o número de pacientes que saíram do hospital, após terem recebido os devidos cuidados de saúde inerentes à sua situação clínica, por cada 100 000 habitantes (OCDE, 2017). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define “tempo de internação” como o número médio de dias que o cliente passa no hospital, excluindo-se os casos de admissão e saída no mesmo dia (OCDE, 2017).

A desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2012). Nota-se uma tendência mundial para melhoria da assistência domiciliar sendo ela uma estratégia que vem sendo implementada desde o momento da internação nos hospitais por meio do processo de desospitalização (VASCONCELOS *et al.*, 2015). Entende-se que os custos com assistência em saúde são muito altos, o que exige a necessidade de elencar prioridade para a disponibilização dos leitos hospitalares para tratamento de patologias agudas e/ou descompensadas (SIMÃO; MIOTO, 2016). Isto torna necessário iniciar o planejamento de alta desde o momento da admissão propondo ações para operacionalizar a continuidade do cuidado de enfermagem no ambiente extra-hospitalar.

As redes de atenção hospitalar e extra-hospitalar constituem-se em opções estratégicas e fundamentais para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo de internação (BRASIL, 2012). Entretanto, a desospitalização apresenta alguns aspectos desafiadores tanto para os pacientes quanto em relação à aceitação da família e aos cuidadores.

Diante do exposto, a alta hospitalar não se define apenas por um momento, mas sim como uma consequência de diversos fatores que emergem desde o momento da admissão, necessitando de diversos saberes e processos para que ocorra a saída do paciente do ambiente hospitalar de maneira segura e que diminua reinternações por motivos evitáveis.

A alta pode ser o período no qual o paciente, o familiar ou seu cuidador podem sentir os mais variados sentimentos perante sua aproximação, dentre estes se destaca a insegurança em função da transferência de cuidados. Diante disto, mesmo os pacientes que se sentem

preparados no momento da alta, quando retornam para casa, se deparam com incertezas acerca do tratamento e da recuperação (COFFEY; MCCARTHY, 2012).

O planejamento da alta deve ser considerado prioridade para os cuidados de enfermagem. 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 *et al.*, 2016). Sabe-se que essa atividade deve ter início no momento da admissão hospitalar, tendo caráter educativo e preventivo, com foco na preservação dos aspectos biopsicossociais e espirituais do cliente (COLLI; ZANI, 2016). Espera-se, com essa atividade, reduzir o risco de reinternação e eventuais complicações do quadro clínico do paciente, trazendo-se, assim, benefícios para clientes, profissionais e instituição (BORENSTEIN *et al.*, 2016). Percebe-se que, diante desse processo de acolher, cuidar e educar, o planejamento de alta hospitalar exerce uma função de intersecção entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, assim, não significa o final do processo do cuidar e, sim, a manutenção da saúde do paciente e família (SOLAN *et al.*, 2015).

Weber *et al.* (2017) afirmam que a transição do cuidado se refere às ações para assegurar a coordenação e a continuidade deste, seja na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local. Os mesmos autores ressaltam que processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar significativamente na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde.

Tendo por base o estudo de Dusek *et al.* (2015) que destaca a responsabilidade dos enfermeiros em assegurar que os pacientes retornem para seu domicílio adequadamente preparados, ou seja, com apoio adequado, proporcionando uma intermediação na articulação e comunicação entre profissionais, pacientes, familiares, cuidadores e serviços de saúde, visando proporcionar continuidade do cuidado para estratégias de transição bem-sucedidas.

Na perspectiva do usuário hospitalizado, a continuidade dos cuidados pode ser viabilizada pela prática da alta responsável, que acontece por meio da orientação ao paciente e seus familiares acerca da necessidade de prosseguir com o tratamento (RIBAS *et al.*, 2018). Neste contexto, a busca por estratégias facilitadoras de processos de referência e contra referência em saúde pode viabilizar a concretização do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disto, Sarmiento *et al.* (2016) afirmam que, tendo como suporte a geração de orientações e a tecnologia da informação, vinculadas a um plano de cuidados dirigidos ao paciente e acompanhantes, pode proporcionar a otimização do trabalho do enfermeiro, melhorando a qualidade do cuidado e conseqüentemente diminuindo o risco de eventos adversos. Assim, a avaliação do preparo para este momento tem sido descrita como uma intervenção eficaz para nortear o planejamento e contribuir com a prevenção de complicações, bem como promover o empoderamento e engajamento do paciente e da família no autogerenciamento na fase de transição do cuidado (COFFEY; MCCARTHY, 2012).

Ao direcionar um planejamento de alta sistematizada e de forma singular, o enfermeiro amplia sua participação diante do processo saúde-doença, oportunizando a inovação ao resgatar saberes e fazeres necessários para que ocorra a transição de cuidados de forma efetiva e eficiente.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358/2009, orienta a inserção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como método organizador do trabalho de enfermagem, operacionalizando o cuidado, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar (COFEN, 2009). Neste contexto, a SAE proporciona ao enfermeiro uma avaliação crítica baseada no saber científico a fim de compreender as necessidades afetadas do paciente, gerando um plano de cuidados fundamentado teoricamente, promovendo assim, a inserção tanto do paciente como de sua família no planejamento e execução do cuidado.

Estudos discutem a gestão do cuidado com ênfase na esfera hospitalar, com análise voltada para a organização do atendimento e orientações para o autocuidado (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017; COSTA *et al.*, 2019). Perante um contexto de transição epidemiológica e demográfica, estudos sugerem a necessidade de mudança no modelo de atenção, que deve ser centrado no paciente em cuidados complexos e de forma prolongada, valorizando-se a autonomia dos usuários e familiares (COSTA *et al.*, 2019).

Costa *et al.* (2019) apontam que as práticas acerca do plano de alta hospitalar, é uma ferramenta que favorece a continuidade do cuidado, porém pouco se desenvolve no contexto brasileiro, mesmo que seja uma estratégia recomendada pelo sistema de saúde nacional e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estudos que avaliaram esse constructo indicaram que pacientes que reportaram baixo preparo para alta apresentavam maior risco de complicações

em casa, dificuldades no enfrentamento e readmissões (KNIER *et al.*, 2014; NOSBUSCH *et al.*, 2010).

O fluxo de pacientes internados e o gerenciamento de leitos têm sido um problema crescente para os hospitais, isso ocorre segundo Waring e Alexander (2015) devido à melhoria dos tratamentos em saúde associados ao aumento da demanda por atendimento. Mesmo frente a tal relevância, o que pode ser observado é que, quando ocorrem as orientações para a alta hospitalar, estas são realizadas nos últimos momentos que antecedem a saída do hospital, de forma rápida e sem o aprofundamento adequado necessário.

O Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) lançou estratégias que propõem agregar novos elementos aos ambientes de trabalho, ensino e pesquisa com o uso de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). Estabelece, também, como prioridade, a tradução do desenvolvimento científico e tecnológico com o intuito de desenvolver áreas que tenham impacto mais direto no nível de vida da população (BATISTA; PEPE, 2014).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a Política de Rede de Atenção à Saúde (RAS) objetivam incorporar tecnologias em saúde e qualificar os processos de trabalho para reorganizar os serviços hospitalares no SUS, numa perspectiva de continuar o cuidado, reafirmando a necessidade de compartilhar informação, de modo que essa possa contribuir para a disseminação do conhecimento entre os profissionais do SUS e a qualidade da assistência à população (SILVA, VIERA, 2014). Tendo em vista a PNHOSP foi instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, do qual algumas de suas funções são: otimização da utilização dos leitos hospitalares para redução da taxa de ocupação, tempo médio de permanência, nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela RAS, assim estimulando o cuidado horizontal dentro da instituição apoiando as equipes na definição de critérios para internação e alta (BRASIL, 2017).

A inserção da TIC na prática de enfermagem tende a provocar mudanças não apenas no registro e na facilidade do acesso às informações, sejam pela criação de *software*, mas também no que se refere à relação entre o enfermeiro e o paciente, bem como no contexto da prática e na comunicação com as famílias.

Desta forma, percebe-se a necessidade de estabelecer protocolos, diretrizes que possam nortear a realização e adesão das orientações para alta hospitalar incorporando estas às tecnologias, de modo a facilitar e melhorar sua efetividade. Neste aspecto, a educação em saúde é uma ferramenta que possibilita realizar uma abordagem integral, individualizada, orientada para a família, baseada em conhecimentos científicos e com corresponsabilização, contribuindo para o autocuidado, trazendo benefícios para o cuidador (familiar ou profissional) e o paciente, podendo auxiliar no alívio de ansiedade e medos, promovendo o conhecimento sobre a doença e suas implicações, favorecendo a compreensão e o enfrentamento positivo da mesma, acelerando o retorno ao convívio familiar, estimulando a adesão ao tratamento, auxiliando na melhora da qualidade de vida e no aumento do poder de resolutividade.

Portanto, este estudo enfatiza os seguintes argumentos: considerando que a alta hospitalar não é um evento único, caracterizado apenas pelo término da hospitalização, mas sim um processo complexo que ocorre ao longo do período de internação e envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e os provedores de cuidados na comunidade (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018) ressalta-se a importância do preparo para esse período a fim de garantir sucesso e uma evolução positiva do tratamento do paciente sob a perspectiva do cuidado integral.

Muitas vezes, em função das inúmeras atividades, os enfermeiros fornecem informações rotineiras no contexto de sua prática assistencial. Estas informações, por vezes são fornecidas ao paciente e seus familiares de modo acelerado e com excesso de orientações em curto período principalmente quando são realizadas no momento da alta. Além disso, os estudos abordados por Siqueira, Vila e Weiss (2018) relatam a existência de intensa rotatividade dos leitos hospitalares o que prejudica a forma como as informações sobre os cuidados domiciliares durante o processo de alta são fornecidas aos pacientes e seus familiares.

A Alta Hospitalar (AH) por mais que seja uma temática prevalente no cotidiano profissional do enfermeiro em ambiente hospitalar, muitas vezes é considerado apenas um momento próximo da saída do paciente com a finalidade de realizar o encaminhamento para o ambiente extra-hospitalar. Portanto, acaba se caracterizando por um momento sem muito envolvimento e significado. Desta forma, esta temática traz inquietações derivadas de minhas vivências enquanto enfermeira assistencial aos quais busco compreender, ampliando o conhecimento a fim de fomentar a reflexão dos enfermeiros sobre a importância do processo de alta hospitalar e das contribuições que este pode dar ao cuidado do paciente e da família.

Para alcançar os objetivos propostos, este estudo adotará como referencial teórico o Cuidado Baseado nas Forças (CBF) de autoria de Gottlieb (2013). Este foi escolhido por abordar a pessoa de forma integral e dentro do seu contexto de vida, tendo como foco as habilidades do ser humano, suas competências e recursos no enfrentamento dos desafios em saúde. Para tanto, como a autora afirma, as enfermeiras devem possuir conhecimentos, valores e respeito pelas pessoas e seus familiares (GOTTLIEB, 2013).

Na minha prática profissional é possível perceber o desconhecimento dos enfermeiros acerca dos encaminhamentos realizados para a alta, a falta de registros de enfermagem durante o processo de internação acarretando planos de alta ineficazes, a inexistência de protocolos operacionais para o processo de alta segura e que pode acarretar a ocorrência de erros nas orientações fornecidas evidenciando um processo da alta hospitalar burocrático e mecanizado.

Portanto, a justificativa deste trabalho provém das inquietações anteriormente mencionadas e pela constatação de que as orientações para a alta hospitalar na instituição onde atuo profissionalmente são realizadas no momento desta e que os enfermeiros realizam esta prática de forma empírica sem uma sistematização e/ou reflexão sobre a forma como estas orientações vão repercutir sobre o paciente e seus familiares, nem tão pouco sobre o grau de efetividade delas.

A literatura supramencionada aponta a necessidade de maior aprofundamento sobre este tema o que vai demandar a realização de investigações e movimentos que permitam ao enfermeiro sistematizar e proporcionar as informações/orientações em vários momentos durante a internação, propiciando o acompanhamento sobre a forma como estas são assimiladas pelos pacientes e seus familiares.

Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a responder as seguintes perguntas de pesquisa:

Quais são as orientações necessárias para a composição de um instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem de acordo com o grau de dependência do paciente e as necessidades humanas básicas afetadas?

Quais são as contribuições dos enfermeiros para o planejamento da alta hospitalar e para a composição de um instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar integrado à Sistematização?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Construir um instrumento de orientações de enfermagem para a alta hospitalar para pacientes com grau de dependência e/ou em uso de dispositivos tecnológicos fundamentada na teoria do Cuidado Baseado nas Forças como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência de pacientes hospitalizados em unidades de internação.
2. Identificar as necessidades de cuidados no domicílio em consonância com o grau de dependência e com as necessidades humanas básicas afetadas.
3. Identificar o saber dos enfermeiros sobre o planejamento da alta hospitalar dos pacientes internados como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, proporcionando a incorporação da aplicabilidade de resultados dos estudos na prática (SOUZA; SILVA e CARVALHO, 2010).

Foi realizada busca nas plataformas PubMed e BVS e nas bases de dados MEDLINE, LILACS, *Web of Science* e *Scopus*, no período dos últimos cinco anos, 2014-2019. Para a pesquisa foram utilizados descritores (DECs e MeSH). Os cruzamentos desses descritores foram realizados nos idiomas inglês, português, espanhol e italiano da seguinte forma: “Planejamento de Assistência ao Paciente” OR “Plano de Assistência de Enfermagem” OR “Plano de Cuidados de Enfermagem” OR “Plano de Tratamento” (MeSH/DECs) AND “Alta Hospitalar” OR “Planejamento da Alta” (MeSH/DECs).

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos originais que abordaram alta hospitalar e planejamento da assistência ao paciente com foco no processamento das informações recebidas, sendo os manuscritos publicados nos idiomas português, inglês, espanhol e italiano. Os artigos de revisão da literatura, as dissertações e os estudos de caso e os editoriais foram excluídos, bem como aqueles que não apresentaram no título, no resumo ou no texto o assunto abordado nesta revisão. Igualmente, manuscritos que não relataram especificamente alta hospitalar também foram excluídos. Os artigos foram selecionados a partir da utilização dos descritores e a identificação foi realizada em três etapas, a saber:

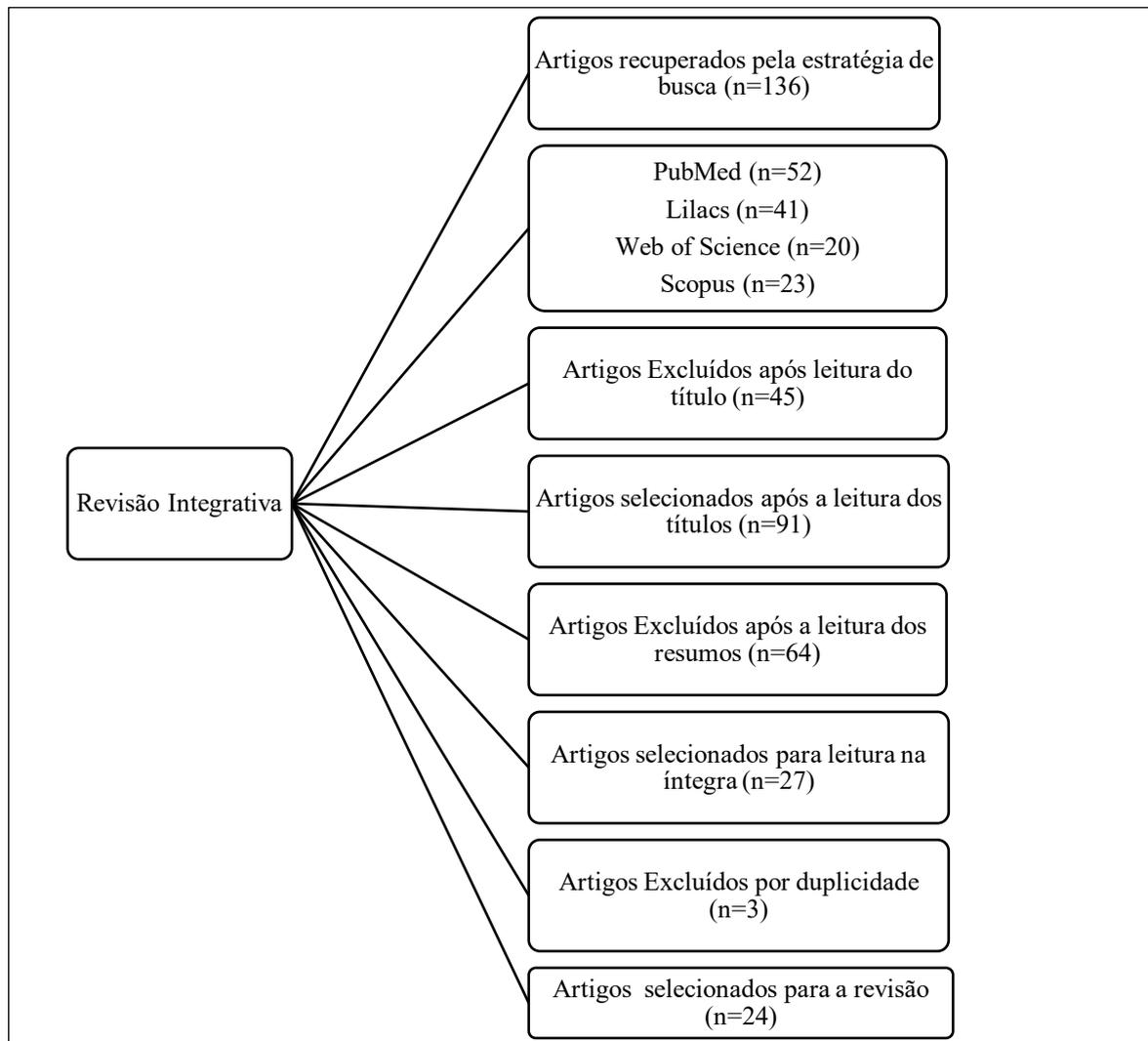
- Etapa 1: leitura dos títulos dos estudos encontrados e exclusão dos que não se enquadraram em qualquer um dos critérios de inclusão deste estudo;
- Etapa 2: leitura dos resumos dos estudos selecionados na etapa 1 e exclusão daqueles que também não se adequaram aos critérios de inclusão;
- Etapa 3: leitura na íntegra de todos os estudos restantes das etapas anteriores e seleção dos que se enquadraram nos critérios de inclusão, por meio de protocolo criado para esse fim.

Vale salientar que os estudos repetidos nas diferentes bases de dados só foram excluídos após a leitura na íntegra, evitando erros de exclusões.

Os artigos que atenderam a todos os critérios de inclusão foram selecionados. Foram encontrados 136 artigos a partir da busca dos descritores. Desse total, 52 foram encontrados na

PubMed, 51 na LILACS, 20 na *Web of Science* e 23 na *Scopus*. De acordo com os critérios de elegibilidade foram selecionados vinte e quatro artigos para esta revisão, conforme a Figura 1.

Figura 1 - Desenvolvimento da Revisão Integrativa, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.



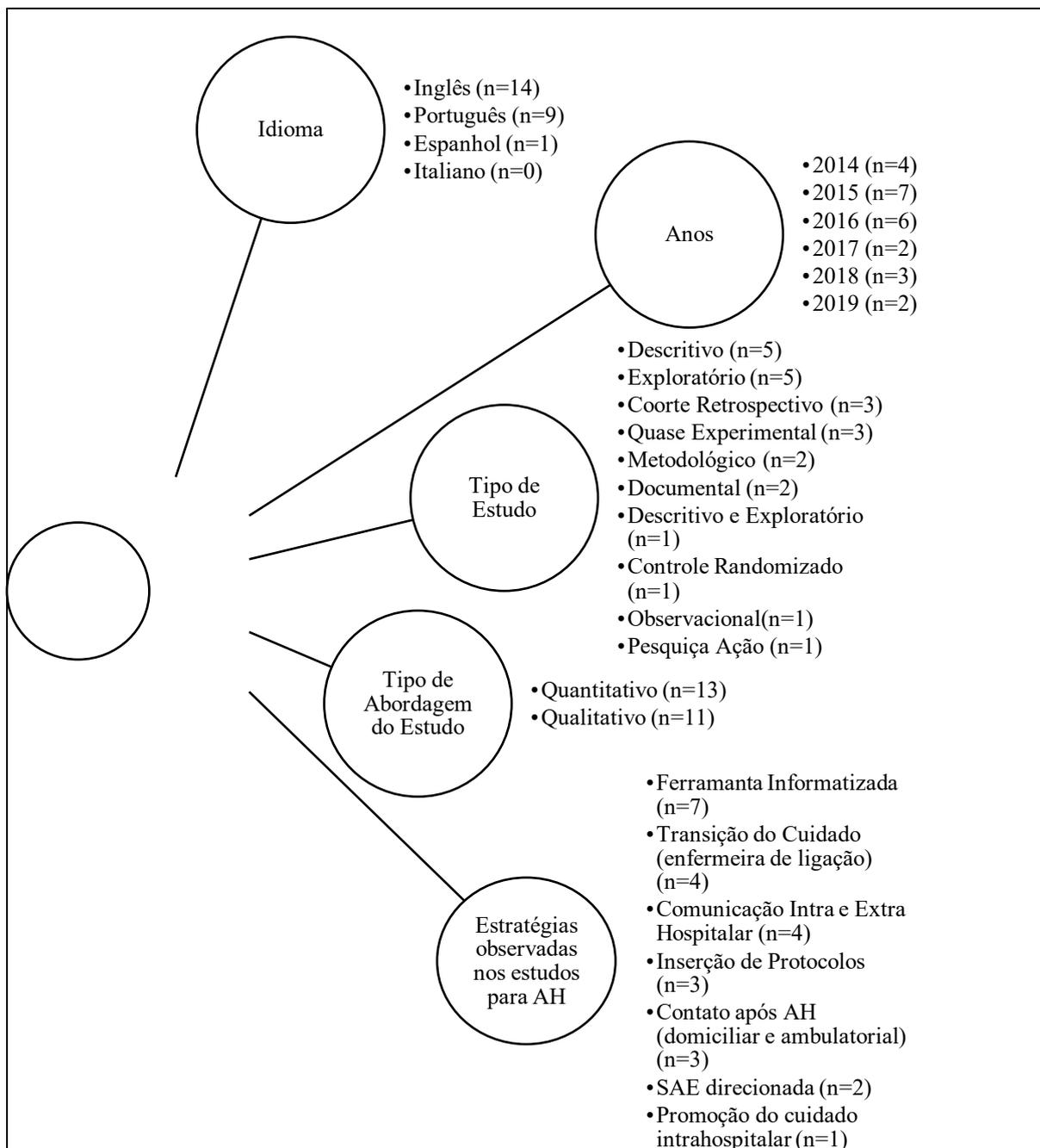
Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

A partir dos artigos selecionados para realização da revisão, obteve-se um quantitativo de vinte e quatro artigos, do qual se realizou a leitura na íntegra, obtendo-se dados relevantes para subsidiar a presente revisão.

Neste processo emergiram categorias com as principais temáticas relevantes para este estudo, do quais serão apresentadas no decorrer deste projeto. A Figura 2 aponta alguns resultados obtidos. Nestes, nota-se uma prevalência de estudos no idioma inglês, o ano de 2015 com um número quantitativo de maior de publicações referentes a esta temática; quanto ao tipo de estudo observa-se a prevalência de estudos descritivos e exploratórios com abordagem

quantitativa e como estratégias para a AH nota-se o processo de informatização em crescimento para o desenvolvimento do planejamento da AH.

Figura 2 - Dados obtidos da Revisão Integrativa, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Neste capítulo, apresenta-se a revisão de literatura extraída a partir da revisão integrativa, dividida em quatro subcapítulos, sendo eles: Alta Hospitalar; Continuidade e transição do cuidado; Planejamento da Alta hospitalar: uma ação para a transição do cuidado; SAE e enfermagem no processo da alta hospitalar.

3.1 ALTA HOSPITALAR

Segundo estudo realizado por Siqueira, Vila e Weiss (2018) a alta hospitalar é caracterizada como um evento multifatorial, não apenas pelo fim do período do processo de hospitalização, mas de algo complexo no qual transcorre todo o período de internação, envolvendo o paciente, família, provedores do cuidado e equipe multidisciplinar.

A alta hospitalar é um período de transição de responsabilidades e de cuidados em rede e, também, em relação ao indivíduo que assume o seu autocuidado ou um familiar que, por vezes pode ser responsabilizado como um cuidador (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Para Souza e Queluci (2014) a alta hospitalar constitui a transferência do cuidado no âmbito hospitalar para o ambiente extra-hospitalar. Eles afirmam que, em função desta transferência de cuidados, é necessário ocorrer uma avaliação criteriosa do estado clínico do paciente durante o período de internação objetivando evitar possíveis reinternações.

Harrison *et al.* (2016) afirmam que o preparo para a alta é definido como um constructo complexo e multidimensional que requer uma avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisão, sendo a avaliação do preparo do paciente para a alta hospitalar identificada como um componente essencial do planejamento e podendo predizer o risco de readmissão.

No momento da alta hospitalar, ocorre a transição dos cuidados do paciente em ambiente hospitalar para os outros contextos de saúde, podendo ser considerado como um momento frágil para a segurança do paciente. Alguns estudos apontam que é frequente o surgimento de eventos adversos após a alta, como erros de medicação, uso de serviços de emergência e possíveis reinternações (MIXON *et al.*, 2014; WEEKS *et al.*, 2018).

Outro ponto que pode ser observado nas instituições de saúde, que pode potencializar a ansiedade tanto de pacientes quanto de seus familiares, principalmente se houver a necessidade de cuidados domiciliares intensivos, são as orientações incompletas desconsiderando as necessidades do paciente e seu contexto social (WEBER *et al.*, 2017). Nesse contexto, a equipe

de saúde precisa estar atenta e direcionar a assistência também para a família, buscando identificar como será o enfrentamento para a realização dos cuidados, respeitando a autonomia e decisão do paciente, pois toda essa situação do processo de alta hospitalar envolve valores e questões significativas e não apenas as de ordem administrativa. Para que a alta ocorra de forma mais qualificada, é importante que esta seja realizada de forma planejada e sistematizada (SOUSA *et al.*, 2014).

3.2 CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Continuidade do cuidado é um conceito complexo e multifacetado (BARKER; STEVENTON; DEENY, 2017). Este tem como foco alcançar a coordenação e a continuidade do atendimento prestado, sendo fundamental para a qualidade da prestação dos cuidados ofertados e com relação direta à melhoria da satisfação dos pacientes, redução dos custos, diminuição das internações hospitalares evitáveis (MENDES *et al.*, 2017) e conforme Kable *et al.* (2015) evitando a readmissão hospitalar desnecessária.

A transição do cuidado envolve diversos aspectos, do qual o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que o realizam estão diretamente envolvidos, objetivando a continuidade dos procedimentos e ações para cuidar. Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades (COSTA *et al.*, 2019).

A comunicação efetiva é um ponto chave, conforme aponta Nogueira e Rodrigues (2015). Conforme Martins *et al.* (2018), a comunicação efetiva demanda uma avaliação contínua, por meio de normas, valores, hábitos, regras e experiências vivenciadas e partilhadas pelos gestores e profissionais da equipe, e com um canal definido para que esta comunicação aconteça sendo este elemento fundamental para a continuidade do cuidado.

A continuidade do cuidado está diretamente relacionada ao princípio da integralidade. Este se refere ao um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Na constituição Federal, lei 8080/90, a integralidade da assistência é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio de serviços e ações

prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema (BRASIL, 2010).

Com as mudanças globais de políticas e estruturas do setor saúde cada vez mais vêm sendo incorporadas práticas de atenção segundo uma perspectiva de clínica ampliada, integral e articulada. No Brasil, tais práticas e princípios, bem como com a atual política de RAS, mostram-se mais condizentes com o sistema público de saúde. Este fato repercute na necessidade de planejamento e execução de questões assistenciais, para organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (ASSIS *et al.*, 2015).

As RAS são arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logística e gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, tendo como principais características, formação de relações horizontais, entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro da comunicação, a centralidade das necessidades de saúde da população, a responsabilização por atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e o compromisso com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

A continuidade do cuidado no modelo das RAS, após a alta hospitalar do paciente, é assegurada por meio de um adequado processo de transição. A transição é definida como um conjunto de ações que visam à coordenação e à continuidade do cuidado, como a transferência entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado. A busca por estratégias facilitadoras de processos de referência e contrarreferência em saúde é a base para a concretização da integralidade do SUS. Entretanto, ainda existem lacunas quanto à efetividade do processo, tanto quanto as experiências para viabilizar esse modelo ainda ocorrem de forma isolada e frágil conforme aponta Weber *et al.* (2017).

Para que a atenção integral seja efetiva, esta depende da articulação da rede de saúde na qual os pacientes possam percorrer recebendo os cuidados em todos os níveis de atenção que se façam necessários dentro de cada nível de complexidade (AUED *et al.*, 2019).

Uma das etapas para que se possa garantir a integralidade no SUS é a existência de um sistema efetivo de referência e contrarreferência. Entretanto, só o sistema não garante a continuidade do cuidado, é necessária a responsabilização dos profissionais e do sistema pelo usuário (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014). Cada nível de atenção deve ser

compreendido como etapa essencial. O cuidado integral e o seguimento do paciente sem segmentação só são obtidos caso o sistema opere segundo um fluxo definido, sendo a atenção primária o nível de acompanhamento com maior contato junto ao usuário (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

A contrarreferência caracteriza-se como parte da competência da atenção especializada e apresenta-se como o modo de organização dos serviços configurados em redes, sustentados por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para garantir a atenção integral às pessoas por meio da facilitação do acesso e da continuidade do cuidado (AUED *et al.*, 2019, p. 6).

Para Gonçalves-Bradley *et al.* (2016) o período de transição do cuidado após a alta hospitalar requer intervenções iniciadas precocemente, com o objetivo de assegurar uma transição segura e efetiva, com ênfase na coordenação e na continuidade dos cuidados, estando de alta hospitalar ligar para o enfermeiro da área de abrangência.

A combinação de diferentes elementos resulta na continuidade do cuidado, conforme afirma AUED *et al.* (2019, p.2):

Acesso aos serviços de saúde; boas habilidades interpessoais; clareza nas informações entre os profissionais; adequada coordenação dos cuidados; integração dos serviços e, sobretudo, de práticas profissionais centradas na pessoa, em suas necessidades e nos recursos disponíveis, sejam esses recursos da pessoa ou do sistema de saúde.

Os cuidados transitórios do hospital para o domicílio são desafiadores e frequentemente não são centrados no paciente, resultando assim em readmissões e eventos adversos evidenciando que a qualidade do atendimento melhora quando os pacientes estão envolvidos, através de um atendimento centrado nele, envolvendo-o em seu processo de alta hospitalar, desta forma melhorando a compreensão. Conseqüentemente, se obtém resultados positivos, cujos pacientes apresentaram maior compreensão perante suas orientações para a alta (HAHN-GOLDBERG *et al.*, 2016).

No âmbito hospitalar, os mecanismos de contrarreferência podem ser capazes de viabilizar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar do paciente, contribuindo para a integralidade do seu cuidado. Conforme Costa *et al.* (2019) para a sua operacionalização, são requeridas medidas para adoção de estratégias, executadas e coordenadas por profissionais, de modo a ultrapassar o ato de encaminhar. Em outras palavras, estratégias e ações que realmente

garantam ao usuário e seu familiar/cuidador o atendimento de suas necessidades em outro ponto da RAS.

As intervenções de cuidados de transição estão sendo amplamente implementadas, abrangendo educação sobre a autogestão, planejamento da alta, acompanhamento estruturado e coordenação entre os diferentes profissionais de saúde (COSTA *et al.*, 2019).

Quando não há um fluxo e um mecanismo definido para a transferência das informações, muitas dessas podem se perder ao longo do processo assistencial, o que pode gerar duplicidade nas ações dos profissionais e, conseqüentemente, aumento dos custos em saúde, atraso na resolução dos problemas e deficiência no sistema de referência e contrarreferência. Portanto, é fundamental que a transferência das informações do planejamento da alta do paciente seja coordenada e centrada (AUED *et al.*, 2019, p. 6).

Um estudo realizado por Rattray *et al.* (2017) aponta que a alta incompleta, resulta na falta de informações, na existência de diagnósticos conflitantes, planos medicamentosos imprecisos e entre outros. Isto contribui para a descontinuidade do cuidado na sua transição. Para tanto são necessárias estratégias por meio de diretrizes padronizadas, gerenciamento de comunicação, modificação do processo de alta hospitalar e dos modelos de resumo da alta fornecidos e informações adequadas aos pacientes no momento da internação até a alta hospitalar. Outro estudo enfatiza a importância da transferência da comunicação adequada dos cuidados para os cuidadores e familiares (KABLE *et al.*, 2015).

3.3 PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UMA AÇÃO PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Conforme Mennuni *et al.* (2017) o planejamento da alta hospitalar é um processo que precisa ser iniciado logo após a internação do paciente, especificamente, dentro das primeiras 24 horas, pois dessa forma, conseguem-se identificar os obstáculos para a alta e implementar ações. O planejamento da alta é um processo caracterizado por distintos momentos. De acordo com Weiss *et al.* (2015), desde o momento da admissão podem ser coletados dados relacionados ao paciente e seu contexto familiar e domiciliar que auxiliarão no processo de planejamento para alta hospitalar ser efetiva.

Outro estudo aponta sobre a importância de o planejamento do processo da alta hospitalar ser iniciado no momento da entrada do paciente, o que permite poder realizar um plano de atendimento individualizado no decorrer da internação hospitalar, desta forma

realizando as orientações em momentos oportunos e com qualidade (MARTÍNEZ-RAMOS; FLORES-PARDO; URIS-SELLÉS, 2016).

O planejamento da alta é um processo complexo, composto pela avaliação do paciente durante a internação no hospital, compartilhamento de informações para o paciente e sua família, acompanhamento e posteriormente a avaliação pós-alta (GHOLIZADEH et al., 2015).

Sousa *et al.* (2014) reforçam a importância de este processo ocorrer de forma planejada. Estes autores enfatizam que a atuação na preparação para a alta não deve ser realizada de qualquer forma, esta exige a necessidade de um planejamento e sistematização para poder auxiliar a equipe na execução do processo, bem como a organização dos passos a serem seguidos, promovendo a transferência de cuidados de forma segura para os pacientes, a fim de evitar possíveis dificuldades para os mesmos e seus familiares, objetivando evitar reinternações o que resulta na diminuição de custos para o sistema de saúde e garantindo a continuidade do cuidado.

Para ocorrer a efetividade do planejamento para a alta hospitalar e a transferência segura das informações para os serviços extra-hospitalares deve-se ter um olhar individualizado. Alguns autores enfatizam que este aspecto depende da situação de cada paciente, incluindo dados socioeconômicos, históricos de saúde, condições de saúde e necessidades de cuidados após a alta hospitalar (AUED *et al.*, 2019).

Conforme Nunes e Menezes Filho (2016, p.5) afirmam:

O planejamento da alta hospitalar representa uma oportunidade para o cuidado continuado direto e indireto ao binômio em seu domicílio no pós-alta através da educação em saúde. Afinal, a família constitui um estímulo importante, que, por meio de suas estruturas e relacionamentos, pode desenvolver ou revelar algum tipo de comportamento ineficaz ou adaptativo. Com isso, se faz necessário que o enfermeiro detecte essas características familiares e as integre na dinâmica do processo saúde-doença, a fim de propiciar melhor qualidade de vida, sobretudo no ambiente domiciliar.

Além disso, o planejamento da alta promove a segurança do paciente, sendo vital para o sistema de saúde, pois a falta de um planejamento eficaz para a alta é o principal desafio na promoção da qualidade da assistência. Conforme Gholizadeh *et al.* (2015) as lacunas no planejamento da alta, sendo elas pela falta de desempenho ou o desempenho inadequado no planejamento, podem levar a readmissões desnecessárias geradas a partir de vários fatores, incluindo avaliação inadequada dos pacientes para receber alta, planejamento incoerente, falha na comunicação e transferência de informações entre o hospital e os centros de saúde,

inadequado acompanhamento pós-alta, ou combinação de alguns dos processos anteriormente mencionado, o que por conseguinte, podem ser caras e ameaçar a vida dos pacientes.

Conforme estudo realizado por Socwell *et al.* (2018) no momento que um paciente ocupa um leito hospitalar por maior tempo que o necessário, isto provavelmente pode ser resultado de um planejamento de alta mal implementado e executado.

As readmissões hospitalares além de serem vistas como algo cansativo e gerador de *stress*, podem acarretar dificuldades para as instituições em função do custo gerado para o sistema de saúde, e por colocar o paciente em situação vulnerável devido ao risco de infecções e outras complicações evitáveis (RAJASEKARAN *et al.*, 2015). Além disso, tais circunstâncias podem influenciar em diferentes indicadores assistenciais, dos quais são a satisfação do paciente e seus familiares frente aos serviços ofertados (MARTÍNEZ-RAMOS; FLORES-PARDO; URIS-SELLÉS, 2016).

Um estudo realizado na Austrália por Socwell *et al.* (2018) aponta que um quinto de todas as altas hospitalares estão atrasadas por razões não clínicas dos pacientes, e sim por necessidades sociais complexas, falta de orientações sobre os cuidados pós alta hospitalar e seu planejamento de destino, afirmam também que as readmissões hospitalares não planejadas podem ser decorrentes da falta de acompanhamento do paciente durante o processo de internação e do planejamento da alta hospitalar ou pela falha na comunicação entre as equipes intra-hospitalar e extra-hospitalar no processo de transição do cuidado, acarretando descontinuidade no processo, déficit no gerenciamento dos leitos hospitalares devido o tempo de permanência elevado de internação acarretando elevados custos para o sistema de saúde.

No processo de alta hospitalar, diversas são as estratégias que podem ser adotadas para que ocorra um sistema de partilha de informações entre o hospital e a unidade de saúde de forma adequada. Algumas medidas podem ser utilizadas para melhorar este aspecto tais como: sistematização do acompanhamento do usuário baseada em protocolos, planejamento de gestão para a alta, gerenciamento de caso, acompanhamento por telefone pós-alta, plano de cuidado impresso, material educativo escrito, folhetos com telefones e *websites* de serviços na comunidade, enfermeira de ligação, enfermeira educadora, entre outras (CIETO *et al.*, 2014).

Diferentes ferramentas podem ser utilizadas, durante o planejamento de alta, para melhor compreender a singularidade do paciente, entre eles destaca-se o Genograma e o

Ecomapa para a Alta Hospitalar. O Genograma é uma representação visual dos membros da família que pode ser utilizado para conhecer sobre a estrutura familiar, seus membros e o relacionamento entre eles. O Ecomapa é uma representação gráfica da rede social da pessoa que inclui amigos, sistema de saúde, grupos religiosos, entre outros, auxilia na identificação do suporte social disponível (GOTTLIEB, 2013).

Alguns estudos como experiências em implementações de projetos na transição do cuidado abordam a reconciliação medicamentosa, a orientação do paciente e familiar, o contato por telefone e a resolução de discrepâncias de medicamentos, reduzem a incidência de eventos adversos, relacionados ao uso de medicamentos evitáveis após a alta e a redução do número de reinternações (PAQUIN; SALOW; RUDOLPH, 2015; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), afirma que pacientes com múltiplas condições crônicas, são responsáveis pela grande maioria das readmissões, estas foram evitadas após a implementação de um projeto de transição do cuidado por meio do acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar do qual houve a diminuição da readmissão hospitalar evitando uma readmissão a cada cinco pacientes (JACKSON *et al.*, 2015).

Outro estudo realizado nos EUA realizaram intervenções desde o momento da admissão até a alta hospitalar, seguindo alguns pontos chaves tais como: melhoria na qualidade do atendimento durante a admissão inicial, melhoria na comunicação entre a equipe e pacientes, educação do paciente, cuidados e planejamentos adequados para a alta hospitalar e coordenação dos cuidados após a alta, após a implementação houve uma diminuição significativa de reinternações e diminuição de 60% de custos desnecessários (RAJASEKARAN *et al.*, 2015).

Um estudo realizado na Espanha traz a experiência de um projeto de intervenção sobre o planejamento de alta, no qual se obteve resultados positivos após sua aplicabilidade. A intervenção proposta e aplicada contou com a integração de informação informatizada, equipe ativa e envolvida com os processos e apoio da gerência. Os resultados deste estudo apontaram avanços obtidos mediados pela coordenação e sistematização das condutas com melhorias no processo de alta hospitalar com uma redução significativa do tempo de permanência desnecessária dos pacientes que já estavam com alta prescrita (MARTÍNEZ-RAMOS; FLORES-PARDO; URIS-SELLÉS, 2016).

Outro estudo realizado na cidade da Filadélfia, EUA, demonstrou que a implementação de um software para o planejamento da alta hospitalar, iniciada nas primeiras 24 horas de internação, criou alertas no sistema, resultando assim em uma diminuição de 26% nas readmissões entre 30 e 60 dias (BOWLES *et al.*, 2015).

Biese *et al.* (2014) apontam que através de um plano de intervenções destinadas para a promoção e orientação no processo de planejamento da alta hospitalar representa uma chance de redução de 70% dos custos para a instituição relacionados com a diminuição da readmissão hospitalar. Segundo Gholizadeh *et al.* (2015) é essencial que os gerentes de saúde e os formuladores de políticas prestem atenção às barreiras que são inseridas para que possa ocorrer de fato mudanças efetivas para o planejamento da alta hospitalar.

No preparo para a alta, podem ser desenvolvidas ações que visem, além dos problemas de saúde mais agudos, fornecer informações significativas e precisas para o autocuidado e autogerenciamento em saúde. Desta forma, favorecendo o retorno para o domicílio e ao convívio familiar e social. Segundo Ribeiro, Pinto, Regadas (2014) é preciso considerar a transição de um estado de saúde para um de estado de doença e dependência de pessoas ou equipamentos, que o paciente vivencia, mas também avaliar a transição situacional dos familiares para o papel de cuidadores no domicílio e a importância de capacitá-los para o exercício desse papel da melhor forma possível.

Para Gallagher *et al.* (2017) do desenvolvimento de reformas organizacionais horizontais que exigem colaboração entre unidades administrativas pode ser desafiador em organizações nas quais essas unidades operam historicamente de forma independente. O uso das experiências longitudinais dos pacientes reais em ambientes hospitalares e ambulatoriais pode ajudar a quebrar as barreiras à colaboração e ao planejamento conjunto, além de promover a melhora na qualidade da alta hospitalar.

3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DA ALTA HOSPITALAR

A SAE propicia ordem e direção ao cuidado de Enfermagem. É o instrumento metodológico viabilizador da tomada de decisão clínica, ao representar uma atividade intelectual ordenada e sistemática, baseada em Teorias de Enfermagem, abrangendo o campo

interdisciplinar de aparato científico que permite ao profissional desempenhar seu papel com coerência e ética (POTTER; PERRY, 2013).

O COFEN, por meio da Resolução nº 358/2009, orienta a inserção da SAE como método organizador do trabalho de enfermagem, operacionalizando o cuidado, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar. Do qual organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem, sendo dividido em cinco etapas, das quais correspondem:

Coleta de dados de Enfermagem ou histórico de Enfermagem (tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença), Diagnóstico de Enfermagem (tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença), Planejamento de Enfermagem (determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana), Implementação (realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem) e Avaliação de Enfermagem (processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem) (COFEN, 2009).

Dentre as fases da sistematização, o planejamento se destaca como aquela que confere a base para a *práxis* de cuidados. Ele pode contribuir para transformar a realidade junto ao indivíduo assistido, ao permitir uma prescrição baseada em evidências. No contexto do planejamento, segundo Nunes e Menezes Filho (2016) o plano de alta é um dispositivo essencial à continuidade do cuidado em domicílio, diante disto enfatiza a possibilidade de atuar na promoção da qualidade de vida e prevenção de reinternações.

Mostra-se, na literatura, que o enfermeiro tem sido um dos profissionais mais envolvidos na transição do cuidado do hospital para o domicílio, desenvolvendo atividades no planejamento de cuidados para a alta, auxílio para reabilitação social, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta (WEBER *et al.*, 2017). Conforme Acosta *et al.* (2018) com a atuação do enfermeiro possibilita-se que a hospitalização se torne um momento de aprendizado através da partilha de conhecimento entre paciente, família e profissional de saúde.

O estabelecimento de objetivos para alta é feito a partir dos diagnósticos de enfermagem levantados durante a realização da SAE, a partir da avaliação do comportamento e dos

estímulos. Conforme Nunes e Menezes Filho (2016) pode-se inferir que o não estabelecimento de metas pelo enfermeiro pode comprometer a recuperação da pessoa, o que alerta para a necessidade de mudanças quanto ao estabelecimento de objetivos junto à pessoa/família. Este é o caminho viável à sistematização de estratégias baseadas em evidências e orientações efetivas capazes de ampliar as possibilidades de o binômio atingir as metas no ambiente domiciliar.

Nunes e Menezes Filho (2016) afirmam que a *práxis* do Processo de Enfermagem (PE) proporciona à pessoa segurança em relação à assistência prestada, resultando numa melhor compreensão do seu problema, favorecendo a recuperação e manutenção da saúde. Portanto, após a alta hospitalar ser prescrita, o enfermeiro deverá prover ao binômio pessoa/família uma assistência sistematizada e segura para a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar. Entretanto, a incipiente adesão dos enfermeiros a esta prática contribui para possível recorrência ou agravamento da patologia, provocando reinternações e descontinuidade da saúde. O mesmo autor aborda que a adesão ao plano de alta sistematizado conferirá importante diferencial à enfermagem, elevando sua participação frente ao processo saúde-doença, oportunizando a inovação desta profissão ao resgatar saberes-fazeres necessários para uma atuação qualificada à sociedade (NUNES; MENEZES FILHO, 2016).

De acordo com Sousa *et al.* (2014), a SAE é um mecanismo que pode permitir maior interação entre enfermeiros, pacientes e familiares, este estreitamento busca empoderar e torná-lo capaz de lidar com as limitações impostas pela enfermidade e estimular a corresponsabilidade, tornando-os atores, junto com a equipe multiprofissional do processo de decisão sobre os problemas de saúde e agravos.

Weber *et al.* (2017) também descreve que um dos papéis do enfermeiro é assegurar aos pacientes retorno para seu domicílio com o apoio necessário. Diante disto, afirmam ser necessário realizar a mediação com os profissionais no ambiente extra-hospitalar para assim ocorrer um processo de transição de cuidados bem-sucedidos. Conforme Aued *et al.* (2019) o papel do enfermeiro possibilita criar meios que auxiliem o paciente a se tornar ativo no processo de autoaprendizagem, pois, em cada situação, o paciente necessita conhecer suas forças e criar como, por exemplo, desenvolver determinadas competências para lidar com os desafios que aparecem.

Costa *et al.* (2019) descrevem que o enfermeiro deve buscar constantemente estratégias que superem desafios e dificuldades que a gestão do cuidado apresenta, muitas vezes de forma burocrática, para assim potencializar o autocuidado.

Todavia, existem muitas divergências entre o que a literatura afirma que deveria ser realizado e o que acontece na prática clínica cotidiana do enfermeiro na transição do cuidado do paciente com alta do hospital para o domicílio. Segundo Nunes e Menezes Filho (2016) o processo desempenhado pelos enfermeiros frente à alta é desorganizado e a atuação da equipe muitas vezes restrita a retirada de dispositivos invasivos e fornecimento rápido de orientações simplórias e gerais, sem considerar as necessidades de cada paciente, com pouca informação e seguimentos para depois que sair do hospital. Este autor declara que a falta de orientação por parte dos profissionais resulta em pacientes frustrados e inseguros para continuar seu tratamento no domicílio.

Estudo realizado por Nunes e Menezes Filho (2016) constata que diversos são os fatores que dificultam a transição do cuidado. Estes incluem a dedicação às atividades administrativas, sobrecarga do trabalho, tempo reduzido destinado à prestação de assistência, comunicação ineficaz, falta de suporte e estrutura no sistema de saúde, do qual identificaram que existem algumas atividades pouco realizadas na transição do cuidado, como o planejamento de alta com a equipe e a elaboração de um plano de alta individualizado com a descrição dos principais cuidados no domicílio, ausência de protocolos institucionais e de comunicação com a equipe de saúde de referência do paciente e o acompanhamento após a alta.

Diante do exposto, faz-se necessário que sejam criadas estratégias para superar tais desafios, tais como: o fortalecimento da rede de atenção e a integração dos serviços de saúde, a partir de melhor organização dos fluxos formais e instrumentos de comunicação entre os serviços hospitalares e da atenção primária. Acosta *et al.* (2018) enfatizam que o desenvolvimento de protocolos institucionais baseados em evidências pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade da transição do cuidado.

Cruz e Mantovani (2014) afirmam em seu estudo que, pacientes e familiares no momento da alta esperam do enfermeiro e da equipe de enfermagem informações e orientações confiáveis e objetivas, transmitidas com clareza na linguagem e que se sintam confiantes em proporcionar o melhor cuidado possível no domicílio.

Dessa forma, é indispensável o planejamento adequado da assistência de enfermagem ao paciente que se encontra em iminência de alta hospitalar. A importância da elaboração de um plano de cuidados de forma clara e objetiva que apresente as ações do enfermeiro e orientações que atendam às suas principais necessidades, assim como também que permita aos cuidadores e familiares à continuidade no domicílio da terapêutica pré-estabelecida, pois os enfermeiros devem constantemente aprofundar seus conhecimentos sobre os pacientes que cuidam, com o reconhecimento fidedigno de suas necessidades, capacidades, limitações e dificuldades. Consequentemente os pacientes serão conduzidos ao autocuidado e autonomia de forma ativa no processo de reabilitação e não apenas como meros expectadores, caminhando sentido da promoção e manutenção da vida, bem-estar e integridade da saúde (SOUZA; QUELUCI, 2014).

4 REFERENCIAL TEÓRICO - CUIDADO BASEADO NAS FORÇAS

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico que aborda o CBF, de autoria de Laurie N. Gottlieb, que subsidiará a formulação do instrumento para o planejamento de alta hospitalar. Inicialmente, apresenta-se uma breve biografia da autora, para sua contextualização, na sequência o CBF, suas abordagens, seus pressupostos, crenças e valores. O referencial teórico do CBF é inovador, próprio da Enfermagem, centrado na pessoa, buscando as competências dos pacientes, das famílias, os recursos presentes no sistema de saúde e na comunidade, fazendo com que a enfermeira, inicialmente, reflita sobre as forças que estão a favor do paciente e ajudarão a solucionar os problemas dos pacientes, ao invés de focar em uma lista de problemas (AUED et al., 2019).

4.1 Breve Biografia de Laurien N. Gottlieb

Laurien N. Gottlieb é mestre em Enfermagem e doutora em Psicologia Desenvolvidora pela Universidade de McGill, Montréal-Canadá. É professora na McGill desde 1974. De 1995 a 2000, foi diretora da Escola de Enfermagem da referida Universidade; e de 1992 a 2013, foi editora do *Jornal Canadense de Pesquisa em Enfermagem* (AUED, 2017).

Em 2014, Gottlieb fundou o Instituto *Internacional Strengths-Based Nursing and Health Care* e, atualmente, trabalha no desenvolvimento da sua abordagem: *strengths-based nursing and health care* para a prática, liderança e educação. *Strengths-based nursing and health care* é resultado do pensamento de como a Enfermagem deve cumprir as demandas sociais de saúde e de cura e é um aprofundamento dos elementos do modelo de Enfermagem da Universidade McGill (GOTTILIEB, 2013 *apud* AUED, 2017).

O livro de Gottlieb, *Strengths-Based Nursing and Health Care: health and healing for person and family*, publicado em 2013, foi premiado como primeiro livro do ano na categoria Educação em Enfermagem. Gottlieb recebeu vários prêmios incluindo: *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, considerado este o de maior prestígio. *Insigne du mérite prize* pela sua contribuição no avanço da profissão e o *Canadian Nurses Association Centennial Award* por ser reconhecida como uma das 100 enfermeiras mais influentes no Canadá (MCGILL, 2021).

Seu trabalho atual se concentra no desenvolvimento da Enfermagem CBF como uma abordagem para a prática, liderança / gerenciamento e educação, do qual é o resultado de uma evolução de seu pensamento sobre o que é enfermagem, resultando em uma visão filosófica

mais integrada e aprofundada e uma abordagem pragmática para a enfermagem pessoal e familiar (MCGILL,2021).

4.2 CUIDADO BASEADO NAS FORÇAS E SUAS ABORDAGENS

Gottlieb (2013) define o CBF tendo um potencial de se tornar um "divisor de águas" em enfermagem e para transformar a saúde. Ele redireciona o foco de déficits, problemas e pontos fracos a serem considerados usando pontos fortes que incluem ativos e recursos para gerenciar problemas e superar e conter fraquezas, assim para obter melhores resultados de saúde.

É uma abordagem que considera o ser humano como um todo. Concentra-se sobre o que está funcionando bem, o que a pessoa faz de melhor e os recursos que esta dispõe para melhor lidar com sua vida, sua saúde e com os desafios do sistema de saúde. Abrange como as enfermeiras podem melhor apoiar o que está funcionando bem para ajudar pacientes, famílias e comunidades a se desenvolverem, crescerem, prosperarem e se transformarem (GOTTLIEB, 2013 *apud* AUED, 2017).

Cabe destacar que o CBF não ignora ou nega os problemas da pessoa, pelo contrário, utiliza-se das forças para balancear ou minimizar as suas fragilidades (GOTTLIEB, 2013). Isto representa um novo significado do cuidar, porque envolve a visão holística do paciente, a humanidade e a singularidade de cada um, não focando apenas na doença ou nos problemas da pessoa. Esta abordagem demanda que as enfermeiras e outros profissionais da área da saúde tenham um melhor conhecimento do paciente e de seus familiares, para que possam acompanhá-los na sua trajetória de saúde e doença (GOTTLIEB, 2013 *apud* AUED, 2017).

O CBF incorpora os ensinamentos de Florence Nightingale, pois a autora traz que através dos ensinamentos de Nightingale estabelece o papel do enfermeiro em colocar o paciente nas melhores condições para a natureza agir sobre ele, pois segundo a autora Gottlieb (2013) considera que o enfermeiro requer conhecimentos de como criar o ambiente para assim capacita-lo e tendo como finalidade de manter o direito das pessoas a terem valores e crenças respeitados, o direito dos pacientes e familiares a tomarem decisões sobre os cuidados de saúde. Reconhece que os problemas podem ser compreendidos somente dentro de um contexto e que as forças devem ser identificadas e utilizadas para enfrentar os problemas, compensar os déficits e superar as limitações (GOTTLIEB, 2014).

Deste modo, o olhar volta-se para o que está funcionando e a comunicação com o paciente é redirecionada, ao invés de perguntar o que está errado, pergunta-se: *o que está certo?*

Ao contrário de perguntar sobre o que aconteceu, questiona-se: *o que está indo bem?* Esta inversão coloca o problema dentro de um contexto, o que pode, direta ou indiretamente, refletir em como o paciente e a família o enfrentam (GOTTLIEB, 2013 *apud* AUED, 2017).

Forças são as capacidades que a pessoa e a família possuem para enfrentar os desafios da vida, facilitar a sua recuperação e cura e contribuir para o seu bem-estar. *Forças* incluem as atitudes, os atributos, as competências, os recursos, as habilidades, os talentos. Podem ser biológicas, fisiológicas ou sociais (GOTTLIEB, 2013).

Enfermeiras, cuja prática baseia-se nos CBF, buscam em seus pacientes e familiares as competências, as habilidades e as capacidades que possam ser úteis para a recuperação, o desenvolvimento, a sobrevivência e até a prosperidade. A atenção da enfermeira deve voltar-se para a saúde, a cura, o alívio do sofrimento, por meio de ações que se inspirem nas forças e nos recursos externos, gerando condições que permitam aos pacientes alcançarem o máximo de funcionamento (GOTTLIEB, 2014).

CBF representa uma mudança no pensamento e uma nova maneira de ser e de fazer, o que requer orientação para a maioria das enfermeiras, demais profissionais da saúde e, ainda, para os sistemas de saúde. Até mesmo porque vivemos em uma sociedade em que o foco se concentra mais no negativo do que no positivo, mais no que está errado do que no que está certo e esquecemos as forças, as possibilidades e as oportunidades que melhoram a qualidade de vida dos pacientes, aponta como uma forma de auxiliar o enfermeiro a recuperar a sua posição no sistema de saúde (GOTTLIEB, 2013).

Dentre os profissionais da saúde, médicos centram-se na doença, enfermeiras nos problemas dos pacientes e das comunidades, educadores ensinam os estudantes a focar-se na doença e no tratamento e se esquecem de observar a pessoa na sua globalidade, reduzindo-a em partes, por isso ignoram as situações e as circunstâncias. Assim, tem-se o modelo de cuidados centrado nos *déficits* que constitui o modelo dominante dos sistemas de saúde, em parte devido ao modelo biomédico, desenvolvido ao longo de anos para ajudar os médicos a diagnosticar e tratar os pacientes (GOTTLIEB, 2013).

Por diversas razões, o modelo biomédico tornou-se dominante entre os sistemas de saúde e orientador da prática de diferentes profissionais. Primeiro, os pacientes procuram cuidados médicos quando têm algo incomodando e este modelo tem sido eficaz nesta situação. Segundo o modelo biomédico é voltado para a cura das doenças e não para a promoção da saúde

e terceiro, este modelo fornece uma linguagem comum o que favorece a comunicação entre os profissionais (GOTTLIEB, 2013). Diante da necessidade de superar o modelo biomédico as enfermeiras necessitam criar um papel único para si mesmas, paralelo e complementar à medicina. Para tanto, precisam resgatar os ensinamentos de Nightingale como o holismo, a compaixão, a importância do meio ambiente e dos cuidados relacionais e, neste sentido, a CBF contempla estas condições (GOTTLIEB, 2014).

CBF é um referencial do qual orienta a prática profissional e articula-se em quatro abordagens: *cuidado centrado no paciente/família/relacionamento; movimento de empoderamento; promoção da saúde, prevenção da doença e cultura do autocuidado; participação colaborativa* (GOTTLIEB, 2013). Essas quatro abordagens são os pilares do CBF e têm como objetivo criar um sistema de saúde mais humano, que coloca as pessoas em primeiro lugar e que responde às suas necessidades (GOTTLIEB, 2013 *apud* COSTA, 2021). É o reconhecimento de que dentro de cada pessoa, família e comunidade residem suas forças reais e potenciais. O CBF trabalha com forças biológicas, intra e interpessoais e sociais (recursos, bens) para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios, atingir metas e atuar integradamente na totalidade da pessoa (GOTTLIEB, 2016).

O CBF coloca o paciente no centro do cuidado, capacita as pessoas a atingir suas próprias metas e a encontrar um novo significado nas suas vidas Trata-se de um pré-requisito para a mudança, uma exigência para o autocuidado, que incentiva a pessoa a assumir e a se responsabilizar pela sua própria saúde, recuperação e cura (GOTTLIEB, 2013 *apud* SILVA, 2021). Requer uma relação colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde, trabalha com as forças biológicas intra e interpessoais e sociais para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios, atingir metas e atuar integradamente na totalidade da pessoa, tornando-se comprometido com o seu desenvolvimento (GOTTLIEB, 2016).

4.2.1 Cuidado centrado no paciente/pessoa/família/relacionamento

A expressão “*cuidado centrado na pessoa*” traduz a intenção dos profissionais e das instituições de saúde em colocar a pessoa no centro das decisões clínicas que lhe concernem (GOTTLIEB, 2013).

Destaca-se que o cuidado centrado na pessoa/paciente/família/relacionamento pode ser praticado levando em consideração apenas os problemas da pessoa, sem incluir as forças.

Entretanto, o interessante é colocar a pessoa em primeiro plano e relacionar seus problemas com seu contexto, suas experiências passadas e seu modo de vida (GOTTLIEB, 2013).

A maioria dos serviços de saúde propaga que os cuidados são centrados no paciente e nas famílias, porém os interesses econômicos, políticos e organizacionais, em geral, são priorizados em relação às necessidades do paciente (GOTTLIEB, 2013 *apud* AUED, 2017). O CBF é uma abordagem que realmente coloca em prática muitos dos princípios da atenção centrada na pessoa e na família, tornando o cuidado mais responsivo às necessidades e menos fragmentado (GOTTLIEB, 2014).

4.2.2 O movimento de empoderamento

Movimentos de empoderamento são movimentos por meio dos quais os indivíduos e as comunidades se reúnem e se organizam para mudar o *status quo*. Advogam por melhores cuidados para determinadas doenças, pelos direitos de serem tratadas com respeito e dignidade, ter a opção de escolher os tratamentos e poder participar das decisões que dizem respeito à sua saúde (GOTTLIEB, 2013). O empoderamento é um processo social de reconhecimento, promoção e aprimoramento das capacidades das pessoas para encontrarem suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários para terem controle das suas próprias vidas (GOTTLIEB, 2013).

O empoderamento das pessoas demanda certas condições tais como: acesso às informações para auxiliar na tomada de decisões, ter opções para que possa decidir qual escolher; poder expressar as suas ideias e se defender, acreditar que podem fazer a diferença e aprender a pensar criticamente (GOTTLIEB, 2013).

4.2.3 Promoção da saúde, prevenção da doença e a cultura do autocuidado

Atualmente, os maiores investimentos são direcionados para o diagnóstico e tratamento das doenças e não para a prevenção delas e promoção da saúde. Entretanto, a nova cultura de promoção da saúde está emergindo, devido aos altos custos com o tratamento das doenças (GOTTLIEB, 2013). O autocuidado constitui um aspecto importante da promoção da saúde e abrange questões como: autonomia, autodeterminação e independência da pessoa (GOTTLIEB, 2013).

Uma cultura favorável à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao autocuidado, favorece a convicção de que as pessoas podem mudar seus comportamentos em questões de saúde e que elas mesmas possam ser responsáveis por estas mudanças (GOTTLIEB, 2013 *apud*

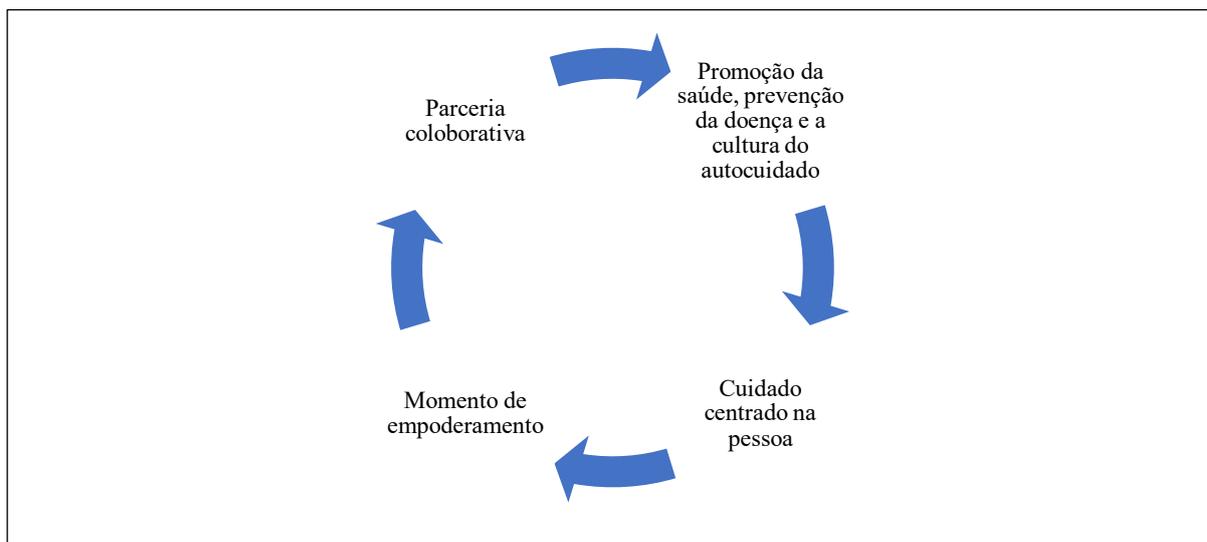
AUED, 2017). Isto envolve a escolha de um melhor estilo de vida para elas mesmas. Todavia, estas mudanças também requerem mudança de mentalidade por parte das pessoas, das famílias, das comunidades e do governo (GOTTLIEB, 2013).

4.2.4 Participação colaborativa

As transformações no sistema de cuidados de saúde implicam em redefinição do papel entre o profissional de saúde e o paciente. Esta abordagem reconhece e respeita o conhecimento de ambas as partes. Isto não significa que a enfermeira renuncia à responsabilidade para com o paciente, mas sim, a escuta, reconhece a sua expertise e juntos trabalham em um plano que contempla o estilo de vida do paciente, seus objetivos e suas necessidades (GOTTLIEB, 2013).

Apesar das quatro abordagens serem apresentadas separadas, cabe destacar que elas são inter-relacionadas, conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3 - Ilustração da inter-relação entre as quatro abordagens que pautam o Controle Baseado nas Forças, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



Fonte: Baseado AUED (2017) e Adaptado de GOTTLIEB (2013).

4.3 Pressupostos, Crenças e Valores do CBF

O CBF é uma abordagem que guia a prática diária das enfermeiras, baseia-se num conjunto de pressupostos sobre saúde, pessoa, ambiente e enfermagem que correspondem aos quatro elementos do metaparadigma da enfermagem (GOTTLIEB, 2013).

Estes pressupostos originaram as oito crenças e valores fundamentais sobre saúde, pessoa, ambiente, enfermagem e sustentam o CBF. Sendo eles: saúde e cura; singularidade, holismo e indivisibilidade; realidade objetiva, subjetiva e significado criado; a pessoa e o ambiente são integrais; autodeterminação; parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente; aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno (GOTTLIEB, 2013).

4.3.1 Saúde e cura

Para o CBF, a saúde e a cura consistem em ambas num todo. A saúde consiste em criar um todo, enquanto a cura se baseia em restaurar e descobrir o todo, sendo que a saúde e cura estão focadas na plenitude do ser humano. No processo de cura, as pessoas desenvolvem novas habilidades que podem sustentar e aumentar sua saúde (GOTTLIEB, 2014).

O CBF requer que as enfermeiras tenham conhecimentos e habilidades sobre saúde e cura, para que possa ir além do entendimento que a saúde é simplesmente a ausência de doença. Quando as enfermeiras visualizam a saúde e a cura, na perspectiva da plenitude, cria-se uma melhor condição para desenvolvê-la e restaurá-la (GOTTLIEB, 2013).

Independentemente da gravidade da doença da pessoa, a saúde está sempre presente de alguma maneira. A saúde existe dentro da doença e a doença modifica a saúde de uma pessoa. Cura: Processo positivo, subjetivo e imprevisível, que envolve a transformação para um novo sentido de plenitude, transcendência espiritual e reinterpretação da vida (GOTTLIEB, 2013 *apud* SILVA, 2021).

4.3.2 Singularidade

O CBF reconhece que não há duas pessoas iguais, entretanto os sistemas de saúde persistem em tratar duas pessoas como se elas fossem idênticas. Cada pessoa tem as suas particularidades, ocupa um nicho específico no seio familiar e na comunidade em que vive. Cada pessoa é geneticamente diferente, tem uma disposição diferente e responde aos ambientes de maneira distinta (GOTTLIEB, 2013).

A singularidade de cada um reside nas suas forças e fraquezas e como estes afetam suas respostas físicas, comportamentais e interpessoais (GOTTLIEB, 2013 *apud* AUED, 2017). Reconhecer a singularidade de uma pessoa consiste, portanto, em identificar as suas forças e fraquezas (GOTTLIEB, 2013).

Nesta perspectiva, os enfermeiros devem ter as habilidades para reconhecer, e descobrir seus pontos fortes e, em seguida, mobilizar e capitalizar neles. Também é igualmente importante compreender as fraquezas de uma pessoa ou limitações para complementar ou compensar com os pontos fortes de outra pessoa (GOTTLIEB, 2013).

4.3.3 Holismo e indivisibilidade

O holismo baseia-se na premissa de que a pessoa é um todo unificado, e indivisível, muito mais, e diferente do que a soma das suas partes (GOTTLIEB, 2013). Deste modo, não se pode compreender uma pessoa pelo exame das suas células, tecidos, órgãos, etc. Estes podem dizer algo sobre um órgão ou sobre o funcionamento do sistema, mas não revela quem é a pessoa e o que a torna única (GOTTLIEB, 2013).

A indivisibilidade significa que o corpo e a mente são um só, trabalham juntos como um todo. Holismo e indivisibilidade objetivam a plenitude, a integração, e isto somente é alcançado quando todos os aspectos do ser humano funcionam em harmonia, o corpo afeta o funcionamento da mente, e a mente afeta e direciona a forma como o corpo funciona. (GOTTLIEB, 2013).

4.3.4 Realidade objetiva, subjetiva e significado criado

O enfermeiro precisa compreender a realidade subjetiva das pessoas para cuidar de forma sensível, significativa e responsiva. As pessoas associam significados tendo como base experiências prévias e a percepção que obtêm de uma situação (GOTTLIEB, 2013 *apud* SILVA, 2021).

Existem dois tipos de realidade: a objetiva, derivada do que podemos observar, mensurar, como, por exemplo, exame de sangue, teste de urina, radiografia etc., e a realidade subjetiva que provém do que o paciente diz e acredita, de como ele está vivenciando a doença (AUED, 2017). Muitos profissionais consideram somente a realidade objetiva por acreditarem que esta realidade traz um acurado diagnóstico e tratamento (GOTTLIEB, 2013).

O significado criado da situação é afetado por fatores pessoais, familiares e condições sociais. As situações assumem um significado distinto e uma maior relevância, dependendo do momento da vida da pessoa, da sua compreensão, cultura, experiências, do que está em jogo e do que precisa ser realizado (GOTTLIEB, 2013).

A CBF valoriza tanto a realidade objetiva como a subjetiva, porque cada uma delas fornece diferentes informações e, quando juntas, mostram a pessoa por completo. Para isto,

além dos dados objetivos, incluem-se informações sobre crenças, entendimentos e as percepções do paciente (GOTTLIEB, 2013).

4.3.5 Autodeterminação

Autodeterminação refere-se ao direito de as pessoas escolherem e agirem de acordo com os seus próprios pensamentos, necessidades e sentimentos (AUED, 2017). Autodeterminação demanda que as enfermeiras respeitem o direito de as pessoas fazerem as suas próprias escolhas sem coerção, também diz respeito sobre encorajar as pessoas a tomar decisões acerca de questões que influenciam nas suas vidas em matéria de saúde e cuidados (GOTTLIEB, 2013).

A autodeterminação permite ao indivíduo tornar-se mais autônomo, ter maior controle, responsabilidade e decisão sobre a sua saúde (GOTTLIEB, 2013). As enfermeiras que valorizam a autodeterminação acreditam que as melhores decisões tomadas são quando os pacientes e familiares estão bem-informados, desta forma, eles têm a oportunidade de examinar diferentes pontos e participar dos potenciais decisões (GOTTLIEB, 2013).

O direito à autodeterminação acontece quando a enfermeira escuta as histórias do paciente, as suas experiências passadas e atuais, aprecia seus valores e crenças e considera as situações e circunstâncias que regem a sua vida (GOTTLIEB, 2013).

4.3.6 A pessoa e o ambiente são integrais

As pessoas habitam diferentes ambientes ao mesmo tempo. Alguns profissionais da saúde acreditam que é possível compreender a pessoa sem considerar seu contexto. No CBF, os enfermeiros trabalham com o ambiente interno, externo, social e cultural da pessoa para extrair e maximizar forças e recursos (GOTTLIEB, 2013 *apud* SILVA, 2021).

Pessoa e família são diretamente acometidas pelo ambiente em que vivem, seja este físico ou social. Um ambiente pode trazer benefícios para uma pessoa, enquanto outro, pode trazer vulnerabilidade para a mesma pessoa. Deste modo, um ambiente ajustado permite que as pessoas aproveitem as suas forças e tenham a oportunidade para o desenvolvimento, a cura e a prosperidade, sendo assim, os enfermeiros são uma parte significativa dos ambientes dos seus pacientes e podem criar, controlar e modificar esses mesmos ambientes (GOTTLIEB, 2013).

4.3.7 Parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente

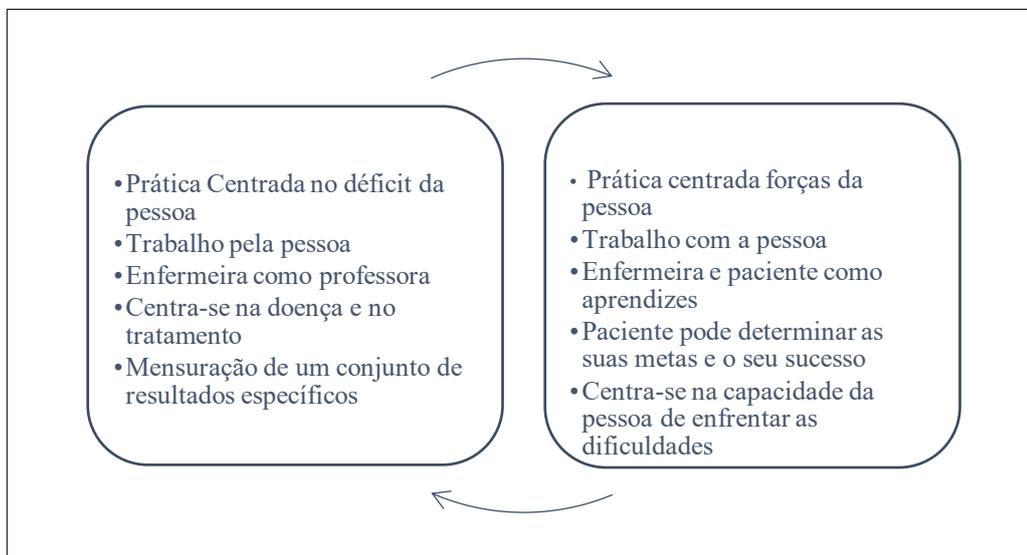
Na relação entre a enfermeira e o paciente, cada um traz as suas experiências, conhecimentos e competências. A enfermeira detém o conhecimento formal acerca da saúde e

da cura, já o paciente tem conhecimento de si, da sua família e das suas circunstâncias. Na parceria colaborativa, é essencial que a enfermeira esteja aberta para comunicar-se o com o paciente, sem julgamentos, pois os pacientes e a família são propensos a colaborar quando se sentem valorizados, compreendidos, respeitados e seguros (GOTTLIEB, 2014).

Há três condições essenciais que afetam o aprendizado da pessoa: a) o envolvimento ativo no processo de aprendizagem; b) a preparação para a aprendizagem; e c) o timing de aprendizado. Aprender significa que a pessoa seja uma participante ativa, enquanto ensinar implica que a pessoa possa ser mais passiva (GOTTLIEB, 2013 *apud* SILVA, 2021).

A característica mais importante da parceria colaborativa é o compartilhamento de poder entre a enfermeira e o paciente. Para tanto, é fundamental que cada um aprecie os pontos fortes um do outro (AUED, 2017). Para que os pacientes aceitem compartilhar o seu poder, eles necessitam acreditar que têm algo a compartilhar assim como ter confiança nas competências e habilidades da enfermeira, deste modo, uma relação horizontal entre enfermeira e paciente é essencial (GOTTLIEB, 2013). A parceria colaborativa favorece o empoderamento da pessoa devido às mudanças apresentadas a seguir (Figura 4).

Figura 4 - Ilustração dos aspectos que mudam na parceria colaborativa e favorece o empoderamento do paciente, Florianópolis, SC, Brasil, 2019.



Fonte: Baseado AUED (2017) e Adaptado de GOTTLIEB (2013).

4.3.8 Aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno

A sobrevivência humana depende do que a pessoa aprende e como ela usa este aprendizado para se adaptar, crescer e se desenvolver. A disposição para aprender é o pré-

requisito para a aprendizagem. O momento oportuno refere-se à capacidade do corpo e à disposição da mente para aprender e a enfermeira precisa estar em sintonia com o paciente para saber qual é o melhor momento para que a intervenção tenha sucesso (GOTTLIEB, 2014).

A pessoa é ativa e partilha a responsabilidade pelo seu cuidado, tem conhecimento para compreender sua doença. Tem como foco a capacidade para estar bem, com qualidade de vida. O papel do enfermeiro é encorajar as pessoas a participar da tomada de decisão e desenvolver a autonomia, a autoeficácia e utilizar suas forças e seus recursos, sendo o papel da pessoa, por sua vez, ser ativa (SILVA, 2021).

Em cada situação, as pessoas precisam descobrir as suas forças e adquirir novas competências e habilidades para lidar com as mudanças. Para isto, as enfermeiras devem criar meios que motivem o aprendizado, o que requer atenção aos sinais de prontidão para o aprendizado, tanto do paciente quanto dos membros da família envolvidos (AUED, 2017). Quando o paciente não está pronto para uma determinada experiência, é importante que a enfermeira o apoie (GOTTLIEB, 2013).

Além disso, as enfermeiras precisam ter em mente que a cada nova experiência, por mais difícil e dolorosa que seja para o paciente e seus familiares é uma oportunidade de aprendizado sobre si mesmo, suas relações e como o mundo funciona, reforçando a importância de trabalhar na perspectiva da educação aos pacientes e seus familiares (GOTTLIEB, 2013).

Desta forma optou-se por este referencial teórico do CBF de Gottlieb (2013), pois este referencial considera o ser humano com um todo, utilizando-se das forças para balancear ou minimizar suas fragilidades, acompanhando sua trajetória no processo saúde-doença, reconhecendo o direito das pessoas e seus familiares no processo de cuidar, orientando a prática profissional por meio dos princípios do “cuidado centrado no paciente e família”, relacionamento, movimento em prol do empoderamento, promoção à saúde, prevenção da doença e valorização da cultura do autocuidado colaborativa.

Acredito ser extremamente relevante utilizar estes princípios norteadores para promover a construção de um instrumento informatizado para o planejamento da alta hospitalar, pois a enfermeira, juntamente com o paciente e família, promove a autonomia e o autocuidado, buscando ampliar as competências e habilidades destes atores, aprimorando as já existentes para a promoção de sua melhor recuperação e desenvolvimento. Portanto, o enfermeiro deve buscar, por meio dos seus conhecimentos, inserir na prática o contexto do paciente e família

construindo um planejamento conjunto para adequar a realidade e a situação individual a fim de obter os melhores resultados e evitar reinternações desnecessárias, promovendo esclarecimentos adequados e, assim, preservando a autonomia do paciente favorecendo a gestão do cuidado sob uma perspectiva da integralidade e alicerçada na realidade e necessidades da clientela.

5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo metodológico com abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Estudos metodológicos objetivam o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento ou de uma estratégia que possa aprimorar uma metodologia, de modo a torná-la confiável (POLIT; BECK, 2011). Tais estudos obedecem às etapas de estabelecimento da estrutura conceitual; definição dos objetivos e população; construção dos itens e da escala de resposta; seleção e organização dos itens; estruturação do instrumento (LEITE *et al.*, 2018).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital privado do sul do Brasil, optou-se por esta unidade devido ao grau de complexidade e de pacientes dependentes em função do seu quadro clínico e por estar atualmente inserida neste contexto como enfermeira assistencial.

Nesta instituição se totaliza 79 leitos de internação, 15 leitos de Unidade de Terapia intensiva, 9 salas de cirurgias, sendo três destas para procedimentos de alta complexidade e um serviço de pronto atendimento, vinculados a serviços de laboratório, imagem, procedimentos de alta complexidade e atuação de um corpo clínico multidisciplinar.

A Enfermagem presta assistência em dois turnos; a escala de trabalho mensal desses funcionários é dividida por plantões de 12 horas no período diurno e noturno (esquema 12h x 36h) alternados com equipes formadas por enfermeiros, técnicos de enfermagem em todos os ambientes, esses profissionais atuam na assistência integral prestando os cuidados aos pacientes internados e seus familiares, de forma especializada, humanizada, ética e segura.

Conforme relatado anteriormente, neste primeiro momento optou-se uma unidade de internação, ela recebe tanto pacientes clínicos quanto cirúrgicos.

A unidade escolhida é aquela na qual atuo como enfermeira assistencial no período noturno. Esta conta com capacidade para 13 pacientes, sendo 9 apartamentos e duas enfermarias, cada qual destinada para dois usuários. Esta unidade concentra a maior prevalência de paciente clínicos de longa permanência com maior grau de complexidade quando comparadas às demais unidades de internação.

Portanto, optou-se por não estar presente neste estudo neste momento as outras unidades, pois estas representam pacientes com alta rotatividade e permanência curta, caracterizados por pacientes de procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade.

Como se trata de um projeto piloto primeiramente pretende-se a inclusão de uma unidade para, posteriormente em outro momento, inserir nas demais unidades, respeitando cada qual com suas peculiaridades e características.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo nove enfermeiros que atuam nas unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital da região sul do Brasil. Todos os enfermeiros de todas as unidades de internação da instituição foram convidados a participar do qual totalizavam vinte enfermeiros, a inclusão de todos os enfermeiros se fez necessária em função das trocas de plantões o que gera a rotatividades dos enfermeiros pela unidade estudada., contudo apenas nove enfermeiros aceitaram participar da pesquisa.

Foram incluídos no estudo profissionais enfermeiros atuantes na unidade de internação clínica e cirúrgica de todos os turnos do cenário do estudo que aceitaram dele fazer parte independente do tempo de atuação na instituição ou formação.

Foram excluídos profissionais afastados das atividades profissionais por licença ou férias no momento da coleta de dados.

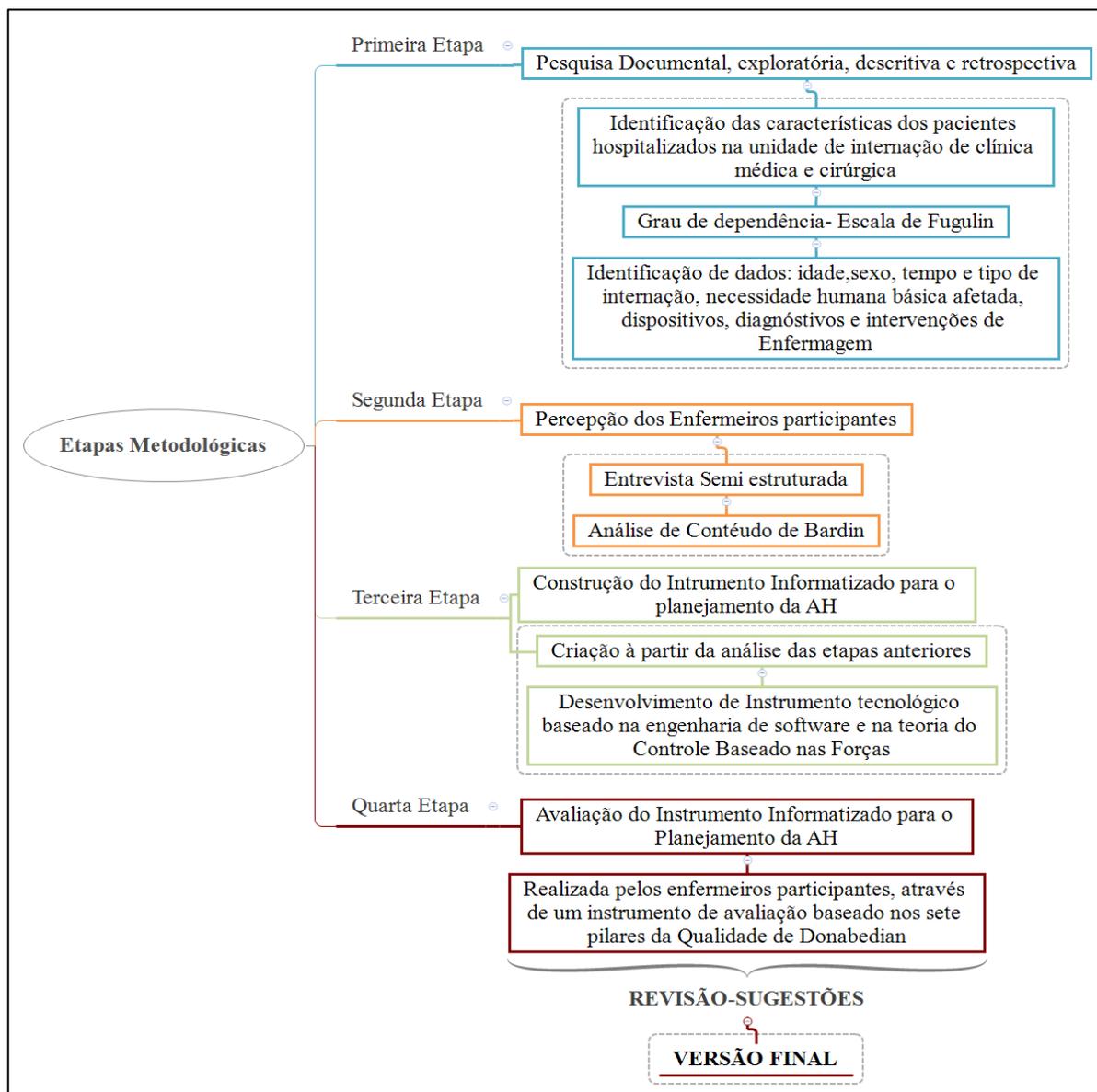
O convite para participação da pesquisa foi realizado de forma individual, após o aceite, foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Também fizeram parte do estudo, de forma retrospectiva e com a utilização de dados anonimizados disponibilizados pela instituição e extraídos dos registros da SAE contida no Sistema Informatizado, do qual totalizaram 88 pacientes.

5.4 COLETA DOS DADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu conforme as etapas descritas na Figura 5, que evidencia a sequência do processo metodológico seguido.

Figura 5 - Etapas do processo metodológico, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

5.4.1 Primeira Etapa - Identificação das características dos pacientes hospitalizados

Identificação das características dos pacientes hospitalizados na unidade de internação médico-cirúrgica, a partir da identificação das necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência a fim de permitir a identificação das possíveis demandas para o cuidado domiciliar.

Para isto foi utilizada a escala de Fugulin (1994), a escolha desta escala justifica-se pelo uso dela na instituição cenário do estudo. A partir do levantamento dos dados registrados durante a SAE contido no prontuário eletrônico do Sistema Informatizado da instituição.

A escala de Fugulin (1994) é um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e pode ser entendido como forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (GAIDZINSKI; KURCGANT, 1994).

Considerado como instrumento essencial na prática gerencial de enfermagem, o SCP proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem.

O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes é outro fator que pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades dessa clientela, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT 2005). O COFEN, por meio da Resolução no 293/04 (COFEN, 2004), que estabelece parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, referendou o SCP de Fugulin *et al.* (1994).

O período para a coleta destas informações foram os seis meses retroativos, que compreenderam setembro de 2019 a fevereiro de 2020, justifica-se estes meses, em função de terem ocorrido modificações na configuração da unidade cenário do estudo a partir de março de 2020 devido a Pandemia de Covid-19¹. A unidade escolhida transformou-se em unidade de isolamento para pacientes confirmados e suspeitos de Covid-19.

Desta forma, houve modificação no perfil dos pacientes hospitalizados e que deveriam contemplar os critérios de inclusão deste estudo. Outro fator que alterou a proposta inicial devido a pandemia foi a ausência dos familiares durante o período de hospitalização. Em função das medidas sanitárias impostas para o controle da pandemia, os familiares não permaneciam

¹ O novo Coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A organização Mundial de Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo Coronavírus em 9 de janeiro de 2020, e, desde então, a doença se propagou intensamente pelo mundo (LANA et al., 2020). No dia 30 de janeiro deste ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia declarado que o surto do novo Coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta dessa Organização (OPAS, 2020). Em 11 de março de 2020, a OMS declarou oficialmente que a doença Covid-19 se caracterizava, a partir daquele momento, como uma pandemia.

como acompanhantes durante a hospitalização. Portanto, em função das considerações supramencionadas optou-se por não colher os dados de forma prospectiva e sim utilizar dados retrospectivos à pandemia da Covid-19.

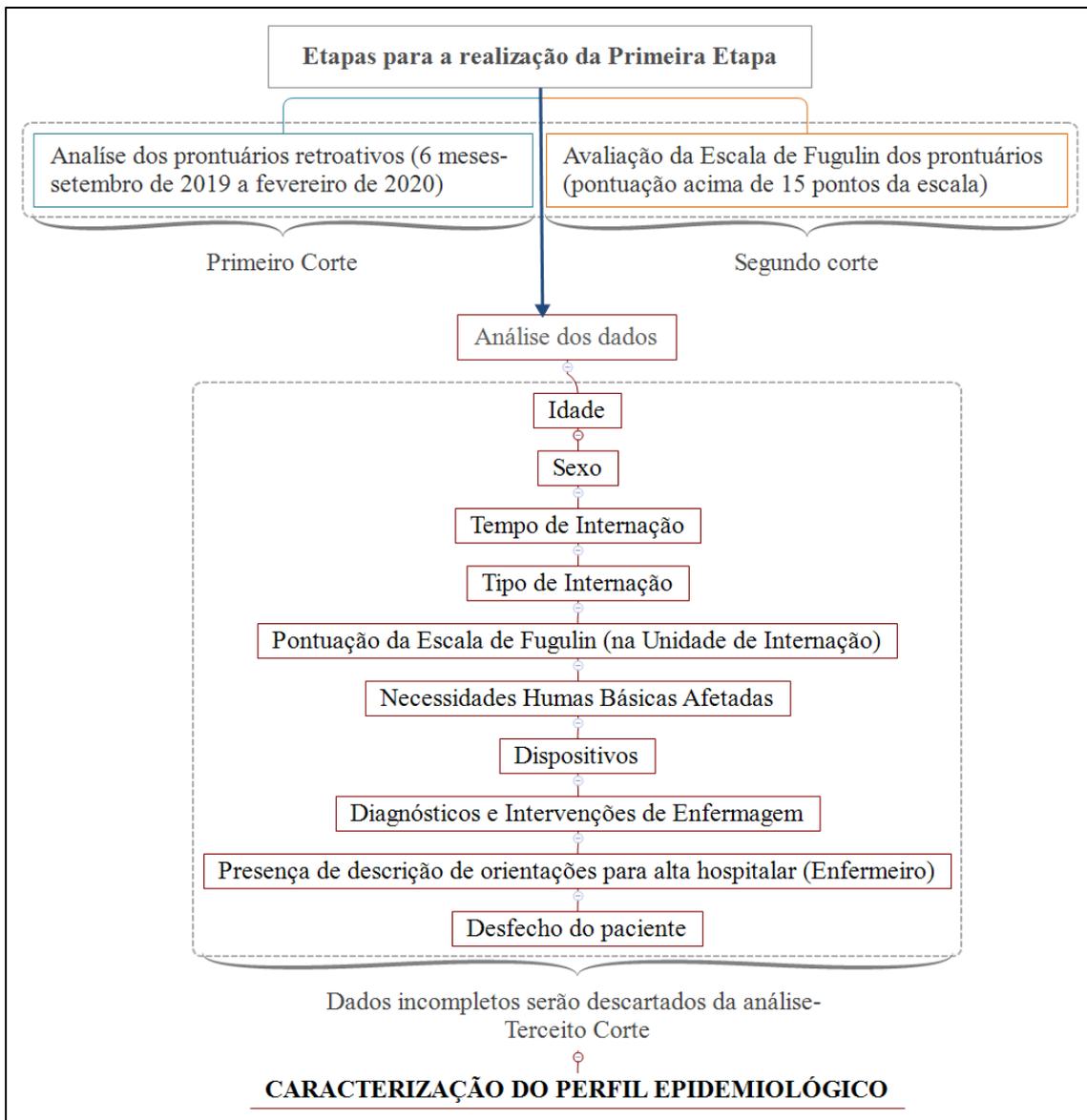
Como mencionado anteriormente, a escolha da escala de Fugulin (1994) ocorreu pelo fato de a instituição já fazer o uso dela no prontuário eletrônico, o corte para efetuar a análise dos dados ocorreu a partir da pontuação de cuidados intermediários (15 pontos) e níveis de cuidados acima.

Desta forma foi descartada a análise de prontuários classificados como cuidados mínimos. Foram excluídos também registros de pacientes com maior grau de dependência e necessitando de maior densidade de cuidados, além disso foram descartados prontuários com dados incompletos.

Os dados foram quantificados tendo como indicadores os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizadas, a instituição já utiliza os diagnósticos de Enfermagem baseados no NANDA, porém sem a classificação do ano precedente; dispositivos de maior prevalência encontrados; identificação de grau de dependência; tempo de permanência de internação; identificação de problemas com potencial para gerar intervenções de enfermagem e que fazem parte do processo de alta hospitalar.

Estes dados foram compilados e organizados em planilha do *software Microsoft Excel 2019*® e analisados por estatística simples (APÊNDICE B), a planilha de como estes dados foram organizados está apresentada conforme a Figura abaixo (Figura 6)

Figura 6 – Desenvolvimento da primeira etapa: identificação das características dos pacientes hospitalizados na unidade de internação de clínica médica e cirúrgica, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

5.4.2 Segunda etapa – Percepção dos enfermeiros frente ao planejamento da alta hospitalar

Para conhecer como os enfermeiros realizam o planejamento para a alta hospitalar do paciente e as ações de orientação para esta atividade foi utilizado a entrevista semiestruturada por meio de um roteiro norteador (APÊNDICE C).

Estes dados auxiliaram a compreender como o enfermeiro percebe a alta hospitalar, como se organiza para este momento; o que orienta; o que considera importante orientar e de que forma executa este procedimento.

A entrevista foi realizada individualmente sendo o convite para a participação realizado pessoalmente no ambiente de trabalho durante o período da pandemia. O local das entrevistas foi sala privativa da instituição, distante do setor onde o enfermeiro estava alocado, previamente agendado com os participantes de acordo com sua disponibilidade.

Previamente à entrevista foi esclarecido quanto aos objetos do estudo, e demais esclarecimentos sobre dúvidas pertinentes à pesquisa que surgiram dos entrevistados. A pesquisa iniciou após o participante ter sido orientado e mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Cada entrevista teve a duração média de 20 minutos.

Para garantir o anonimato, os participantes do estudo foram identificados com a letra P (profissional) na sequência de um número arábico de ordem sequencial da primeira até a última entrevista. Após ter o termo de consentimento informado e assinado, as entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de áudio e transcritas.

5.4.3 Terceira Etapa - Construção do Instrumento Informatizado para o Planejamento da Alta Hospitalar

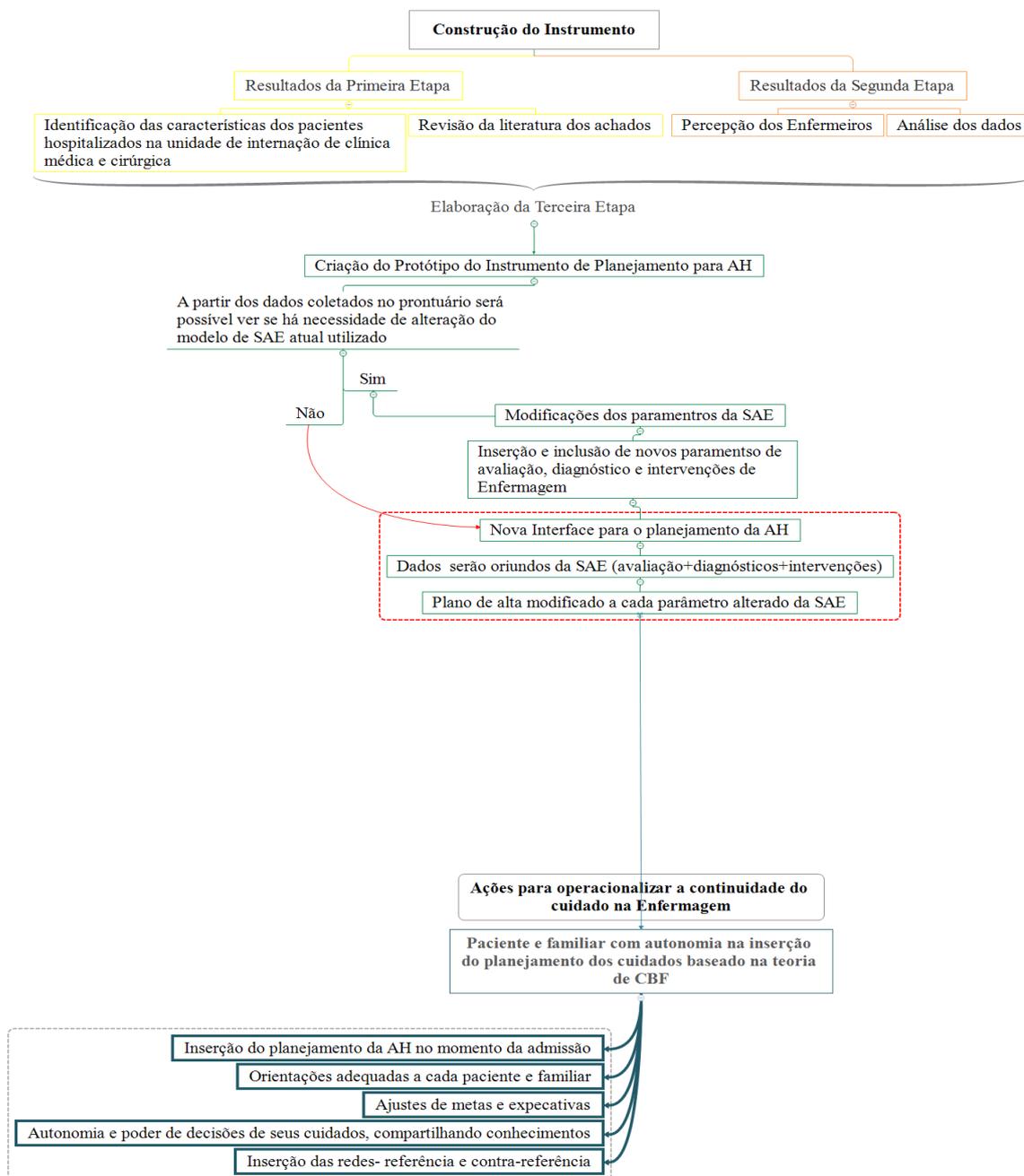
Nesta etapa ocorreu a criação do Instrumento Informatizado para o Planejamento da Alta Hospitalar. Este foi criado a partir dos dados obtidos na primeira e segunda etapa tendo como referencial teórico o CBF para a construção do instrumento, conforme demonstrado da ilustração a seguir (Figura 7), ocorreu o desenvolvimento de um instrumento, os passos metodológicos utilizados foram baseados na engenharia de *software* proposto por Pressman (2011) e fundamentado no ciclo de vida de desenvolvimento de sistemas.

Esse modelo começa com o planejamento, inicialmente estruturado por meio da comunicação com o cliente, em seguida, é feita a análise do risco, para iniciar a engenharia-modelagem e construção (PRESSMAN, 2011).

As etapas para criação do protótipo do instrumento informatizado, onde depois de obtidas as informações, foi realizado as etapas propostas por Pressman (2011), que descreve o modelo de cascata (engenharia de sistemas, análise de requisitos, projeto, codificação, testes e manutenção).

Após ocorrer o levantamento de dados quanto aos requisitos, meio de identificação das funções primárias, interfaces, características, especificações do *software*, estabelecimento de recursos necessários à sua elaboração e a definição das estimativas de prazo e custo, conforme demonstra a figura 7.

Figura 7 - Ilustração do processo de construção de um novo modelo de Instrumento Informatizado para Alta Hospitalar, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



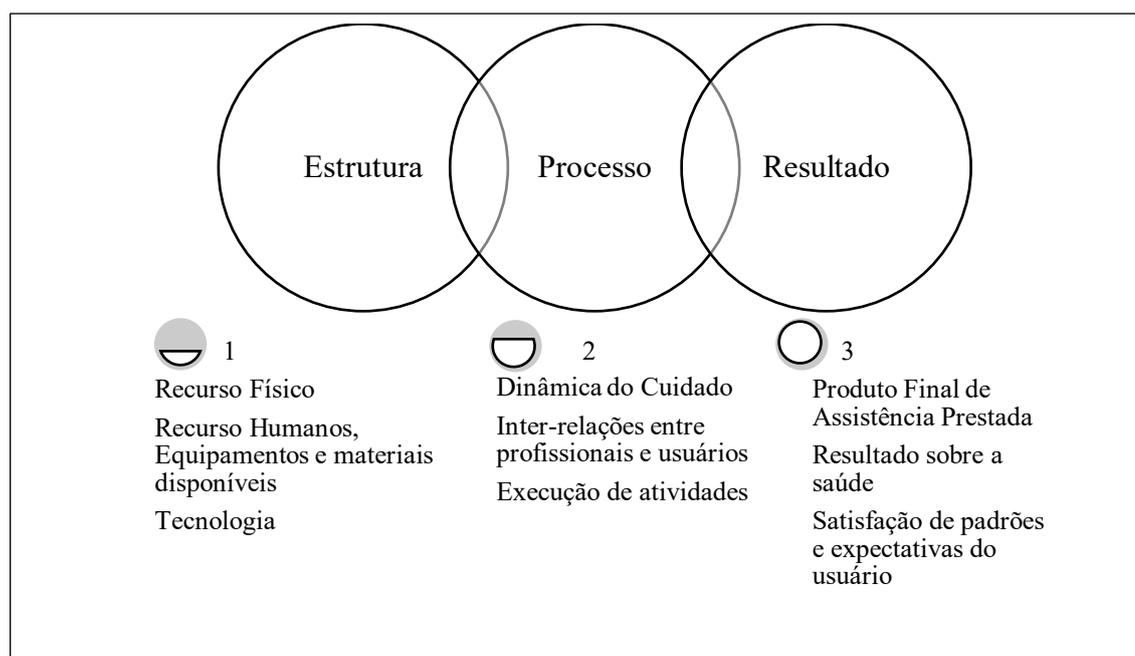
Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

5.4.4 Quarta etapa - Avaliação do Instrumento Informatizado elaborado para o Planejamento da Alta Hospitalar

Esta etapa contou com o processo de avaliação do instrumento elaborado tendo por base a teoria de Donabedian (1990), nesse contexto, propôs-se um modelo com a finalidade de avaliar a qualidade em saúde, o qual consiste na tríade estrutura, processo e resultado, do qual destaca que a satisfação do usuário se tornou um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade em saúde passou a ser observada por esses três ângulos, de forma complementar e ao mesmo tempo, independente (DONABEDIAN, 1990).

A estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, o que inclui o financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada, conforme demonstra a figura 8. O processo, por conseguinte, se refere às atividades que estão relacionadas aos profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. E o resultado compreende o produto da assistência prestada, considerando a saúde, bem como a satisfação e a expectativa de profissionais, usuários e gestores (DONABEDIAN, 1990).

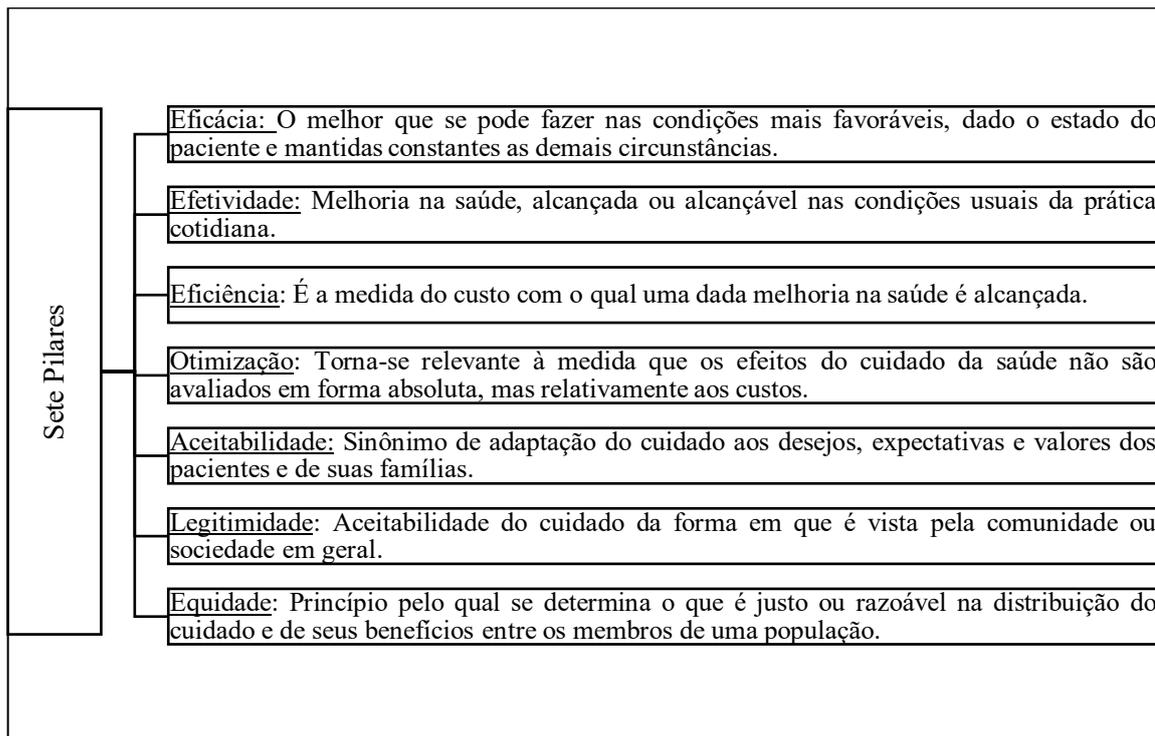
Figura 8 - Ilustração da representação da Tríade de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborada pela autora baseado em Donabedian (1990), Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Além disso, a contribuição na ampliação do conceito de qualidade é expandida pelo uso dos chamados sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme o autor apresenta, segue os pilares, conforme ilustrado na figura 9.

Figura 9 - Ilustração da representação dos Sete Pilares de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborada pela autora baseado em Donabedian (1990), Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Minayo (2010) defende a avaliação como técnica e estratégia investigativa, sendo um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou propaganda. Para esta autora um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem como sentido mais nobre fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e direitos humanos (MINAYO, 2010).

A escolha desta avaliação deu-se neste primeiro momento, por ter sido impossível a implementação do instrumento informatizado, desta forma não sendo possível ocorrer a sua validação. Contudo, é importante que ocorra a validação pelos enfermeiros desta ferramenta a fim de que se possa realizar ajustes necessários para a realidade institucional para a aplicação e implementação posterior deste instrumento. Do qual foram encaminhados para os participantes da pesquisa através do *e-mail* um arquivo contendo as interfaces do instrumento e as

explicações de como aconteceriam os passos. Na sequência os participantes receberam um *link* com o formulário no *google forms*, a fim de se obter a avaliação do instrumento. Este formulário (APÊNDICE D) continha perguntas fechadas com uso da escala *likert*, com pontuação de um a quatro.

Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas incluíam: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (LEITE *et al.*, 2018).

Os dados referentes a avaliação do instrumento dos participantes do instrumento foram analisados estatisticamente através da ferramenta *Excel 2019*, e apresentados em forma de gráficos para melhor visualização.

5. 5. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados relacionados à dimensão quantitativa foram analisados por estatística simples. Os dados relacionados à dimensão qualitativa foram analisados pela análise de conteúdo de Bardin (2011).

Portanto, as entrevistas depois de transcritas foram submetidas à análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). O termo análise significa: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas). As diferentes fases da análise de conteúdo como inquérito sociológico ou experimentação organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, no qual são realizadas a interferência e a interpretação (BARDIN, 2011):

a) **Pré-análise:** organização com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise.

b) **Exploração do material:** aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de

regras previamente formuladas. Nessa etapa se realiza a categorização, que é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo analogia, o que dá origem às categorias de dados.

c) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2011).

5.6 CUIDADOS ÉTICOS

Os aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos serão respeitados de acordo com o código de ética Profissional, bem como a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), observando os princípios da ética na pesquisa em saúde, este aprovado sob CAEE 36745320.3.0000.0121 (ANEXO A) e aprovado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Instituição onde a pesquisa foi realizada (ANEXO B).

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de manuscrito, seguindo a Resolução Normativa N° 46/2019/CPG, de 24 de junho de 2019 em consonância à Instrução Normativa 01/PEN/2016, de 17 de agosto de 2016 (UFSC, 2016, p.1) que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós – Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional (Mestrado), da UFSC. Apresentam-se neste capítulo dois manuscritos e um produto.

6.1 MANUSCRITO 1: Necessidades Humanas afetadas e Grau de Dependência: Subsídios para a construção de um plano de alta hospitalar.

6.2 MANUSCRITO 2: Alta Hospitalar e sua interface com a Sistematização da Assistência de Enfermagem: o saber dos enfermeiros.

6.3 PRODUTO: Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar: Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Planejamento da Alta Hospitalar (SAE-PAH).

6.1 MANUSCRITO 1

NECESSIDADES HUMANAS AFETADAS E GRAU DE DEPENDÊNCIA: SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE ALTA HOSPITALAR

Objetivo: caracterizar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência de pacientes hospitalizados como subsídio para elaboração do planejamento da alta hospitalar. **Métodos:** estudo retrospectivo, descritivo, documental em que foram analisadas as informações anonimizadas extraídas do sistema informatizado da instituição que resgata indicadores contidos em prontuários de pacientes. Obteve-se informações de 88 prontuários de pacientes internados no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 de uma unidade clínica-cirúrgica de um hospital privado de médio porte no sul do Brasil. Os dados foram registrados em planilha *Excel* e analisados por estatística simples e fundamentado pela Teoria do Cuidado Baseado na Forças de Gottlieb (2013). **Resultados:** constatou-se prevalência do sexo masculino (51,1%); faixa etária de acima de 60 anos, período de internação médio de 13 dias sendo o maior índice de internações por intercorrências clínicas (70,4%). Utilizando a escala de Fugulin foi possível caracterizar que, dos pacientes analisados, 82,9% eram de cuidados intermediários. Quanto às necessidades humanas básicas afetadas identificou-se 6 categorias sendo 25 relacionadas às necessidades fisiológica pelo uso de diferentes dispositivos tais como: sondas para suporte nutricional, para oxigenioterapia, entre outros; houve presença de 5 diagnósticos de enfermagem, sendo estes: risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, risco de quedas e integridade da pele prejudicada, e apenas 4,5% possuíam orientações para alta hospitalar registradas no prontuário informatizado. Dos pacientes analisados houve uma taxa de reinternação de 51,1 %, destas 55,5% em período inferior a 30 dias e 44,4% acima de 30 dias após alta hospitalar. **Conclusão:** identificou-se a importância do planejamento para alta hospitalar diante das necessidades humanas básicas afetadas pelo uso de dispositivos tecnológicos e o grau de dependência dos pacientes. **Constatou-se:** a escassez de registros relacionados às orientações para alta hospitalar; baixo uso de diagnósticos de enfermagem para fundamentar a assistência baseada em evidências e o alto índice de taxas de reinternação. Nota-se a importância de conhecer o perfil dos pacientes hospitalizados, suas necessidades e o grau de dependência a fim de permitir a construção de estratégias para a continuidade do cuidado resgatando a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem como elemento organizador deste processo.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Planejamento da alta. Sistematização da assistência de enfermagem. Continuidade da assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

O planejamento da alta hospitalar para que seja eficaz demanda uma série de eventos consecutivos e alinhados para que assim seja atingido o sucesso nesta etapa evitando reinternações. Neste contexto é preciso que haja a participação de uma equipe interdisciplinar, a identificação das necessidades do paciente e da família, a existência de comunicação clara e adequada e orientações pertinentes para que seja efetivo a transição dos cuidados.

A prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as cardiovasculares, respiratórias e neurológicas, além de aumentar consideravelmente na população idosa, são fatores de risco para hospitalização e mortalidade. A identificação desses fatores gera indicadores de saúde que são essenciais para a melhoria da vigilância e qualidade no atendimento aos idosos hospitalizados (LUCAS, CORGOZINHO E FERREIRA, 2019).

Estima-se que 50% dos pacientes com doenças crônicas não aderem ao tratamento e, de forma voluntária ou involuntária, a não adesão ao tratamento se deve a fatores como desconhecimento das medicações, não entendimento da prescrição médica, falta de crença no tratamento e condições psicossociais dos pacientes (RUPPAR, DELGADO E TEMPLE, 2015) ampliando a possibilidade de internação ou reinternação hospitalar.

A alta prevalência de reinternações hospitalares contribui para gerar reflexos nas demandas sociais, de saúde e na previdência, o que implica a incidência de hospitalizações. Nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de readmissão hospitalar do idoso foi de 18,3% em pacientes com infarto agudo do miocárdio, 23% com insuficiência cardíaca congestiva e 17,6% com pneumonia. As taxas de readmissões nos EUA obtiveram média de 18,4%, podendo resultar em despesas excessivas de aproximadamente US\$ 17 bilhões por ano, além de expor o paciente a riscos de infecções e perdas funcionais (FELIX, *et al.*, 2015).

Outro aspecto a ser considerado são as readmissões não planejadas, uma vez que, com a internação hospitalar, o idoso reduz suas atividades de vida diária e pode desenvolver novos *déficits* funcionais com a hospitalização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Portanto, para o planejamento para a alta hospitalar, é fator importante na melhora da compreensão do paciente no que se refere à doença e à adesão ao tratamento, sendo assim é importante que seja realizada de forma individualizada e de acordo com o entendimento do paciente e de sua família a respeito da doença e do tratamento (BARBOSA, 2014).

Contudo para que este planejamento seja consistente e efetivo, é necessário que esteja embasado em conhecimentos acerca das necessidades humanas básicas afetadas e do grau de dependência. Tais aspectos podem ser mensurados durante o período de hospitalização com a utilização de instrumentos que compõem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), dentre eles destaca-se a escala de Fugulin (1994).

A escala de Fugulin (1994) é um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação

à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (GAIDZINSKI; KURCGANT, 1994).

Considerado como instrumento essencial na prática gerencial de enfermagem, o SCP proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem. O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes é outro fator que pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades dessa clientela, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT 2005).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução no 293/04 revogada pela resolução de 543/2017 (COFEN, 2017), estabelece parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem tendo referendado o SCP de Fugulin *et al.* (1994).

Dada a importância do planejamento da alta como uma das etapas da SAE e tendo em vista a repercussão para a continuidade do cuidado para além do hospital, bem como a contribuição para a prevenção de agravos e de reinternações por motivos evitáveis, o presente estudo tem como **objetivo** caracterizar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência de pacientes hospitalizados como subsídio para elaboração do planejamento da alta hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, documental, com coleta de dados anonimizados provenientes do sistema informatizado que foram extraídas informações e indicadores contidos no prontuário eletrônico dos pacientes. Os dados gerados por esse sistema não contêm identificação do paciente e nem especificidade de registros como a evolução de enfermagem, resultados de exames, e nem qualquer detalhamento contido nos prontuários individuais.

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital privado de médio porte no sul do Brasil. A unidade de estudo possui 13 leitos

destinados a pacientes que requerem cuidados nas diversas complexidades, predominando pacientes classificados no nível de cuidados intermediário.

Foram incluídos no estudo: registros de pacientes internados por no mínimo 24 horas; pontuação na escala de Fugulin a partir de 15 pontos que se caracteriza como cuidados intermediários; presença de dados como: diagnóstico de enfermagem e identificação dos dispositivos como sonda, drenos entre outros durante a hospitalização.

Foram excluídos: registros classificados como cuidados mínimos, pacientes acima de alto grau de dependência, ou seja, pontuação superior a 26 pontos conforme escala de Fugulin (1994), do qual necessitam de maior densidade de cuidados e com dados incompletos.

Os dados foram organizados a partir dos seguintes indicadores: diagnósticos de enfermagem realizados, necessidades humanas básicas afetadas, dispositivos de maior prevalência encontrados, identificação de grau de dependência, tempo de permanência de internação e taxa de reinternação hospitalar destes mesmos pacientes.

O período de coleta de dados nos prontuários, ocorreu de forma retroativa de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Utilizou-se um instrumento norteador considerando as seguintes informações: idade, sexo, tempo de internação, tipo de internação (clínica e cirúrgica), pontuação da Escala de Fugulin, necessidades humanas básicas afetadas, dispositivos, diagnóstico de enfermagem, presença de descrição de orientação de enfermagem para a alta hospitalar e desfecho do paciente.

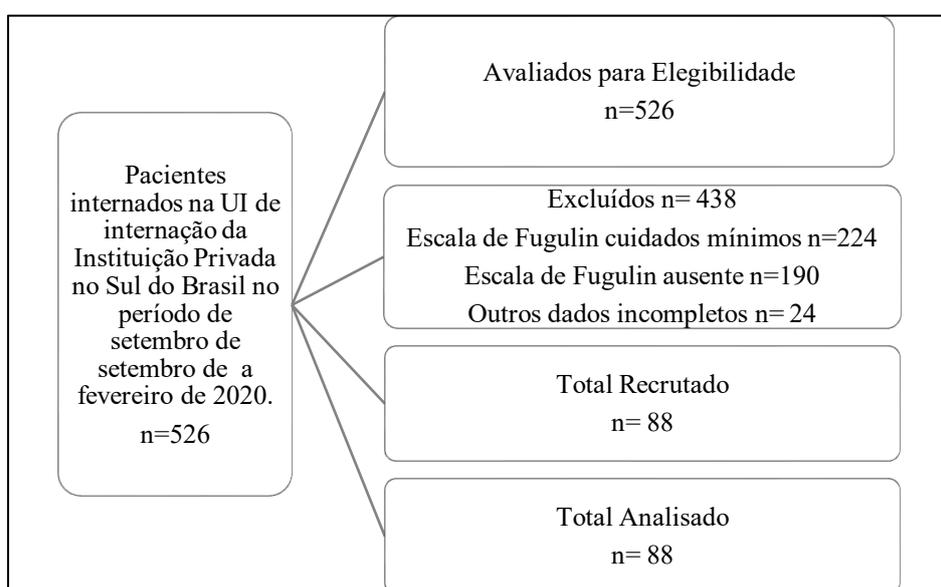
A análise dos dados foram compilados e organizados em planilha do *software Microsoft Excel 2019*® e analisados por estatística simples subsidiando a caracterização da situação dos pacientes hospitalizados no período estudado, partindo da fundamentação teórica do Cuidado Baseado nas Forças (GOTTLIEB, 2013), do qual valoriza o paciente perante sua subjetividade, identificação de suas forças e potencialidades, trazendo uma nova perspectiva do cuidado do enfermeiro perante o paciente e família.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina em agosto de 2020, com o número de aprovação CAEE 36745320.3.0000.0121 e pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Instituição onde a pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

Foram analisados 526 prontuários num período de seis meses na unidade de internação estudada, a partir disto foram excluídos 224 por apresentarem escala de Fugulin classificados como cuidados mínimos, outros 190 excluídos por não apresentarem a identificação da escala de Fugulin e, por fim, 24 registros foram excluídos por estarem com dados incompletos, ou seja, não havia o registro quanto diagnóstico de enfermagem e dispositivos presentes. Sendo assim totalizou-se como amostra final 88 prontuários, conforme ilustra a Figura 10:

Figura 10- Diagrama baseado no fluxo STROBE, Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Legenda: UI: unidade de Internação

Diante disto, realizou-se a categorização dos dados, quanto: ao sexo, a idade, o tempo de internação, o tipo de internação, a escala de Fugulin, as necessidades humanas básicas afetadas, os dispositivos utilizados, a presença de orientações de enfermagem quanto a alta hospitalar e taxa de reinternação.

Na amostra houve uma prevalência maior de pacientes do sexo masculino 51,1% (45 pacientes) em comparação com o sexo feminino 48,8% (43 pacientes), a média da faixa etária foi de aproximadamente 72 anos para as mulheres (72,4%) sendo a idade máxima de 95 anos e a mínima de 41 anos. Referente ao sexo, no masculino foi observado a média de faixa etária de 65 anos (65,1%), tendo como máxima da idade de 93 anos e a mínima de 31 anos.

Quanto a permanência de internação hospitalar obteve-se como média aproximada de 13 dias de internação. Foi identificado que houve uma significativa diferença quanto ao tempo

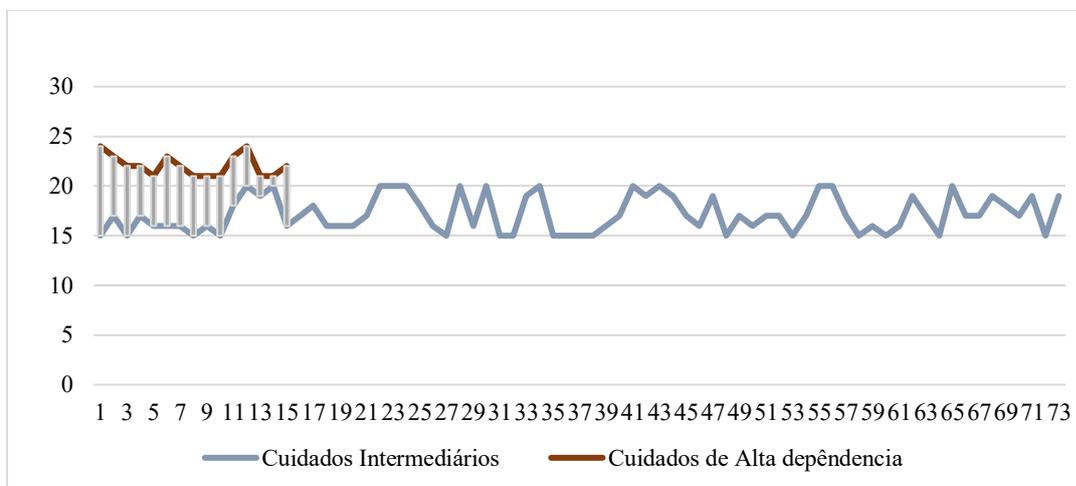
mínimo e máximo, sendo o mínimo de um dia de interação, ou seja, 24 horas e quanto o máximo obteve-se um período de 100 dias.

No que tange ao motivo da internação, observou-se com maior relevância os relacionados às intercorrências clínicas correspondendo a 62 internações (70,4%) quando comparadas as internações por motivos cirúrgicos destacando-se 29,5% 26 internações (29,5%).

Nas internações por motivos clínicos foi possível identificar algumas especialidades, correspondendo a 30 internações (34%). Contudo não foi possível a identificação da especialidade envolvida, sendo assim foi constatado que 21 internações (23,8%) por intercorrências neurológicas, seguida de 8 internações por cuidados paliativos (9%) e 3 por situações oncológicas (3,4%). Desta forma destaca-se a maior prevalência de internações clínicas sem identificação da especialidade envolvida.

Evidenciado na amostra o grau de dependência através a escala de Fugulin (1994), notou-se com maior prevalência a caracterização de pacientes classificados como Cuidados Intermédios, que corresponde a pontuação entre 15 e 20 pontos. Os resultados evidenciaram um quantitativo de 73 pacientes classificados como Cuidados Intermediários (82,9%) variando a pontuação entre 15 a 20 e 15 pacientes como Cuidados de Alta Dependência (17%) cuja pontuação vai 21 a 26 pontos, conforme demonstra a Figura 11.

Figura 11- Amostra relacionado a prevalência de grau de dependência conforme a classificação da Escala de Fugulin, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Perante as necessidades Humanas Básicas Afetadas, neste estudo foi identificado apenas as necessidades fisiológicas, sendo verificadas a partir dos registros contidos no prontuário, desta forma justificando a impossibilidade de verificação das demais dimensões conforme descreve Wanda Horta (1979), estes demonstrados conforme Tabela 1.

Houve a identificação das necessidades Humanas Básicas Afetadas, nos aspectos relacionados a movimentação, no qual estavam presentes uma ou mais destas características nos prontuários, totalizando um índice elevado de 52 pacientes com limitação temporária de movimentos (55,7%), um total de 31 pacientes com incapacidades de se movimentar (27,25%) e 25 pacientes apresentando-se com restrição total no leito devido sua condição clínica (28,4%). Diante das Eliminações fisiológicas, presenciou-se um número de 59 pacientes com esta necessidade Humana Básica Afetada (67%); referindo-se aos aspectos relacionados a nutrição, foi possível constatar 52 pacientes com presença de alterações e necessidade de auxílio (59%); identificou-se um total de 19 pacientes com necessidade de utilização de oxigenioterapia (21,5%); em relação ao comprometimento da pele, 66 pacientes apresentavam alterações na integridade da pele (75%), e por fim identificou-se que 20 pacientes mantiveram-se isolados devido a isolamento de contato por alguma bactéria multirresistente (22,7%).

Tabela 1- Amostra relacionado a prevalência das necessidades humanas básicas afetadas, Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Necessidade Humana Básica Afetada	Identificação	Nº total da amostra	Porcentagem
Movimentação	Limitação temporária de Movimentos	52	45,7%
	Incapaz de se movimentar	31	27,2%
	Restrito ao leito	25	28,4%
	Auxílio para deambular	3	3,4%
Eliminações fisiológicas	Espontânea através do uso de fraldas	45	51,1%
	Diurese por Cateterismo vesical	14	15,9%
Nutrição	Deglutição prejudicada	33	37,5%

	Nutrição Enteral	19	21,5%
Oxigenação	Utilização de oxigenioterapia	19	21,5%
Integridade da Pele	Ruptura da Pele	66	75%
Isolamento de Contato	Precaução de contato devido presença de bactérias multirresistentes	20	22,7%

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

No que se refere a presença dos dispositivos estes foram subdivididos em subcategorias, identificados na Tabela 2 e se apresentam como:

- Fluidoterapia: em relação a presença de dispositivos relacionados a fluidoterapia 82 pacientes faziam uso (91,3%), sendo este o acesso venoso periférico com maior prevalência seguido de cateter venoso central e cateter totalmente implantável, e por fim dois pacientes com presença de uso da hipodermoclise.

- Curativos: 66 pacientes necessitavam de algum tipo de curativo (75%), sendo estes divididos em categorias quanto a: cirúrgicos com um número mais prevalente em 35 pacientes (39,7%); curativos relacionados a lesão por pressão em 25 pacientes (28,4%). Foi encontrado 6 pacientes necessitando curativos sem que fosse possível esclarecer qual o tipo de classificação (6,8%). Quanto ao tamanho e/ou extensão do curativo foi possível caracterizar 16 curativos como pequenos (18,1%), 45 como médio (51,3%) e 5 como sendo de tamanho grande ou extenso (5,6%). Cabe ressaltar que nesta categoria de curativos não possível identificar outros aspectos que são necessários para avaliação de uma ferida, quanto a sua profundidade, formato de bordas, presença e tipo de secreções, para assim se realizar a sua caracterização com maior fidedignidade.

No que se refere a função fisiológica de eliminação e nutrição estas estavam afetadas pela presença de alguns dispositivos como a presença de sonda vesical; drenos, utilização de fraldas por intercorrências vesico intestinais; sondas nasoenterais e/ou nasogástricas, entre outros.

- Presença de dispositivo relacionado às eliminações: no que se refere a utilização de sondas para eliminação vesical e intestinal foi encontrado a utilização de cateterismo vesical de alívio em 7 pacientes (7,9%) e cateterismo vesical de demora também correspondendo 7

pacientes (7,9%); 45 pacientes necessitavam do uso de fraldas (51,3%) e 1 pela presença de Colostomia (1,1%).

- Presença de drenos: 10 pacientes utilizavam drenos (11,3%) de seis tipos diferentes sendo estes: dreno de *Portovack*, Derivação Ventricular Externa (DVE), *Penrouse*, Biliar, Pigtail e Blake.

- Presença de dispositivos para atender a necessidade de nutrição: identificou-se 19 pacientes utilizando dispositivos para alimentação (21,6%), destacando-se com maior prevalência o uso de sonda nasoenteral correspondendo a 10 pacientes (11,3%), na sequência a gastrostomia com em 8 pacientes (9%) e jejunostomia sendo utilizada por 1 paciente (1,1%).

- Presença de dispositivo para oxigenação: 22 pacientes necessitaram de uso de oxigenioterapia decorrente da condição clínica (25%), destes destacam-se a utilização de cateter extra nasal (óculos nasal) com um quantitativo de 15 pacientes (17%), na sequência 5 pacientes utilizando dispositivo de traqueostomia (5,6%), 1 paciente em utilização de macro nebulização (1,1%) e 1 paciente utilizando o dispositivo de Ventilação Não Invasiva (1,1%).

Tabela 2 - Amostra relacionado a prevalência de dispositivos, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Identificação	Dispositivo	Nº total da amostra	Porcentagem
Fluidoterapia	Acesso Venoso Periférico (AVP)	67	76,1%
	Cateter Venoso Central (CVC)	8	9%
	Cateter Totalmente Implantado	5	5,6%
	Hipodermóclise	2	2,2%
Curativos	Curativos Cirúrgicos	35	39,7%
	Curativos devido Lesão por Pressão	25	28,4%
	Curativos sem identificação da especificidade	6	6,8%
Tamanho do Curativo	Curativos caracterizados como médios	45	51,3%
	Curativos caracterizados como pequenos	16	18,1%

	Curativos caracterizados como grandes	5	5,6%
Eliminações fisiológicas	Eliminações Espontâneas com o uso de fraldas	45	51,1%
	Cateterismo Vesical de Alívio	7	7,9%
	Cateterismo Vesical de Demora	7	7,9%
	Colostomia	1	1,1%
Drenos	Dreno de Portovack	2	2,2%
	Dreno de Derivação Ventricular Externa (DVE)	2	2,2%
	Dreno de Penrouse	2	2,2%
	Dreno Biliar	1	1,1%
	Dreno de Pigtail	1	1,1%
	Dreno de Blake	1	1,1%
Nutrição Enteral	Sonda Nasoenteral	10	11,3%
	Gastrostomia	8	9%
	Jejunostomia	1	1,1%
Oxigenioterapia	Cateter nasal (óculos nasal)	15	17%
	Traqueostomia	5	5,6%
	Macro nebulização	1	1,1%
	Ventilação Não Invasiva (VNI)	1	1,1%

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Na análise, foi possível identificar cinco diagnósticos de enfermagem, sendo que destes 4 relacionados a diagnósticos ao risco, dos quais emergiu com maior prevalência o relacionado ao “risco de infecção” com um total de 76 pacientes (86,3%), na sequência o de “risco de integridade da pele prejudicada” com um quantitativo de 75 pacientes (85,2%), após o de

“risco de quedas” correspondendo 67 pacientes (76,1%) e o diagnóstico para o “risco de aspição” em 40 pacientes (45,4%), e apenas 1 diagnóstico apresenta sua característica definidora que foi o de “integridade da pele prejudicada” evidenciando a vigência de um intercorrência já instalada com um quantitativo de 13 pacientes (14,7%).

Sob o aspecto relacionado a prevalência de orientações para a alta hospitalar, evidenciou-se dos 88 prontuários incluídos, apenas 4 pacientes possuíam o registro escrito quanto as orientações para a alta hospitalar (4,5%) e em 84 pacientes não foi possível identificar o registro destas orientações (95,4%). Cabe salientar, como utilizou-se no presente estudo apenas as informações extraídas dos indicadores do sistema não foi possível realizar o levantamento de orientações e/ou possíveis condutas relacionadas à alta dadas de forma escrita e/ou verbal junto aos registros de evolução de enfermagem e nem junto ao paciente e sua família.

A prevalência de reinternações hospitalares, dos 88 prontuários analisados, destes um número de 45 pacientes apresentou reinternações, ou seja, correspondendo a uma taxa de 51,1%, número este significativo de readmissões. Sob a análise destas 45 reinternações obteve-se um novo indicador, do qual de 25 pacientes reinternaram em um período menor de 30 dias, identificando assim uma taxa de 55,5%, evidenciando um número elevado de pacientes nesta condição e os outros 20 pacientes reinternaram em período superior a 30 dias, correspondendo assim a 44,4%. Destaca-se que os dados encontrados não levaram em consideração a condição clínica e nem os sinais e sintomas referidos pelos pacientes que motivaram a busca e o retorno pelo serviço, contudo este pode ser considerado um indicador sobre a importância de um planejamento eficaz para a alta hospitalar além de contribuir para uma assistência qualificada em prol do paciente e família.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos na amostra em relação ao sexo, nota-se que os números se apresentam muito próximos, não destacando uma diferença relevante quanto ao sexo no período da internação. Estes dados corroboram com um estudo realizado por Albuquerque, Silva e Souza (2017) e com o estudo de Silva *et al.* (2019) que apontam que o sexo masculino apresenta leve discrepância quando comparada ao sexo feminino.

Nota-se que a diferença da média da faixa etária para o sexo feminino em relação ao sexo masculino foi de sete anos para a idade mínima e de 10 anos para a idade máxima.

Portanto, nota-se que relacionado a faixa etária, o sexo masculino apresenta-se como aquele com internação em uma faixa etária mais jovem. Estes dados corroboram com o estudo descrito por Albuquerque, Silva e Souza (2017), que apontam com maior prevalência a faixa etária acima de 60 anos para os pacientes em internação hospitalar em unidades de internação semelhantes a esta estudada. Este achado também foi descrito por D'Artibale *et al.* (2018) que apontam uma prevalência de internação nas faixas etárias de 62 a 71 anos em uma enfermaria adulta.

Relativo ao tempo de permanência de internação, estudo realizado por Mendes *et al.* (2019) aponta que o tempo de internação foi de 15 a 60 dias, números estes inferiores quando comparado ao tempo máxima encontrado no presente estudo.

Quando se refere ao tempo de internação, Bubolz (2020) identificou que os determinantes sociais em saúde interferem na ocorrência da internação prolongada, seja pela falta de algum recurso financeiro ou por algum recurso material. Tais aspectos acabam por repercutir na desospitalização, diante disto, o estudo concluiu que os determinantes sociais não atendidos influenciam na taxa de internação prolongada. Desta forma, destaca-se a importância da identificação das singularidades de cada paciente, seu contexto familiar e a rede de apoio como elementos que podem estar implicados de uma internação prolongada, conforme também se fundamenta o CBF (GOTTLIEB, 2013), do qual aponta a identificação das forças de cada indivíduo, reconhecendo suas potencialidades à fim do enfermeiro realizar a educação em saúde com este paciente e sua família melhorando sua trajetória e reinserção de sua autonomia.

Identificou-se no estudo maior prevalência de internações clínicas sem identificação da especialidade envolvida, evidenciando-se pelo estudo de D'Artibale (2018) do qual aponta maior prevalência de doenças infecciosas, tais como infecção do trato urinário e pneumonias, relatando que pessoas acima de 60 anos, passam a estar mais expostas a problemas relacionados com patologias do aparelho circulatório e leve aumento nas neoplasias.

Estes dados reforçam o estudo realizado por Martins *et al.* (2019) que evidenciaram que os pacientes idosos, quando buscam por atendimento, estão relacionados a intercorrências clínicas, destacando-se com maior prevalência problemas cardiovasculares e na sequência neurológicos e em quarto lugar problemas oncológicos.

Durante o período de internação estudado os cuidados intermediários foram os de maior relevância conforme escala de Fugulin (1994). Não houve pacientes com classificação de

cuidados semi-intensivos e intensivos, em especial pelo cenário do estudo ser uma unidade de internação. Martins *et al.* (2019) apontam que a maior porcentagem de idosos que fizeram parte do seu estudo apresentavam pelo menos dois tipos de intercorrências, podendo este fato estar correlacionado a comorbidades atreladas a um dos tipos de adoecimento o que pode aumentar o grau de dependência.

Diferente do estudo realizado por Magalhães *et al.* (2015) que aponta uma leve diferença do quantitativo entre cuidados semi-intensivos e intermediários, destacando como prevalente as categorias de cuidado semi-intensivo 254 (46,5%) e intermediário 240 (44,0%) em unidades de internação clínica e cirúrgica, porém com predomínio de idosos, o que acarreta maior complexidade de assistência e demanda número de horas de cuidado de enfermagem, decorrente das limitações funcionais e comorbidades associadas nesta população. Contudo, um estudo realizado por Nobre *et al.* (2017), apontou que, na avaliação de uma unidade de internação clínica, houve maior prevalência de pacientes em cuidados mínimos seguido de pacientes em cuidados intermediários.

Perante o exposto, nota-se a importância da identificação correta perante a classificação quanto o grau de dependência à fim de promoção do cuidado efetivo para o paciente, além de subsidiar as condutas dos enfermeiros frente ao grau de comprometimento que o paciente se insere naquele momento, e veem este embasado pelo CBF (GOTTLIEB, 2013) direciona a necessidade da identificação subjetiva do indivíduo no momento que o indivíduo se encontra, através do reconhecimento de sua compreensão, cultura e experiências prévias.

As Necessidades Humanas Básicas (NHB) foram hierarquizadas por Maslow (1943). Posteriormente, Wanda de Aguiar Horta, a partir dos estudos de Maslow e de João Mohana (1979), assim desenvolvendo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas como aporte teórico aplicado no contexto da Enfermagem brasileira, foi desenvolvida com preocupação de uma prática não reflexiva e dicotomizada da enfermagem bem como uma tentativa de unificar o conhecimento científico da enfermagem para proporcionar-lhe autonomia.

Como apontado anteriormente, as Necessidades Humanas Básicas evidenciadas a partir dos registros extraídos pelo sistema informatizado da instituição a partir da SAE foram as fisiológicas. Infelizmente não foi possível evidenciar as dimensões psicoemocionais e espirituais, conforme aponta a Teoria de Wanda Horta (1979) que divide as necessidades humanas básicas em três esferas, a saber: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. É possível afirmar que alterações relacionadas às necessidades humanas básicas fisiológicas têm

importante repercussão sob a totalidade do organismo afetando o ser em sua integralidade. Entretanto, a lacuna de informações sobre outras necessidades humanas afetadas nos registros analisados pode estar relacionada a forma como estes são gerados a partir do sistema no qual os dados foram captados. Como os prontuários não foram acessados em sua totalidade não foi possível avaliar as evoluções de enfermagem realizadas durante a SAE de cada paciente o que impediu a verificação de dimensões psicoemocionais, espirituais, entre outras.

Conforme a pirâmide de Maslow (1943), os autores Cavalcanti *et al.* (2019) apontam que o propósito da teoria de Maslow do qual ele sugere que a vida motivacional pode ser descrita como uma escalada por diferentes níveis de uma pirâmide que estrutura as necessidades, do qual as necessidades humanas são classificadas em cinco categorias principais: fisiológicas, segurança, afiliação (pertencimento), estima e autorrealização, do qual tais necessidades surgem sequencialmente, desenvolvendo-se desde o nascimento até a idade adulta. Assim, as mais básicas, o alicerce da pirâmide hierárquica (por exemplo, necessidades fisiológicas), possuem maior prevalência no início do desenvolvimento que aquelas mais elevadas na hierarquia (por exemplo, autorrealização). Estima-se que, quanto maior o grau de satisfação das necessidades, melhor a saúde mental do indivíduo.

Diante disto, ao utilizar a teoria das NHB sob ótica da perspectiva de Maslow, proporciona aos enfermeiros um olhar acerca das necessidades do paciente, partindo do pressuposto de suas alterações fisiológicas e diante da oferta de cuidados de enfermagem direcionados pelo processo de enfermagem, o objetivo é atingir os demais níveis da pirâmide, atingindo assim a integralidade do cuidado em sua totalidade, proporcionando autonomia frente a decisão do cuidado prestado.

Relacionado com o comprometimento das Necessidades Básicas Afetadas, neste estudo percebe-se um quantitativo alto de pacientes que são incapazes de se movimentar e permanecem restritos aos leito, outro dado relevante é referente a pacientes com deglutição prejudicada, também destaca-se a necessidade de manter-se em isolamento de contato devido a presença de bactérias multirresistentes, e cabe ressaltar o número elevado de pacientes com lesões por pressão, este dado é de suma importância por refletir o indicador relacionado a qualidade da assistência de enfermagem.

Em seu estudo, Nobre *et al.* (2017) evidenciou uma demanda elevada de cuidados relacionados a: deambulação em função do tempo em que o paciente permaneceu restrito no

leito e o cuidado com a higiene corporal pela necessidade de os pacientes precisarem de banho no leito e/ou auxílio nesta atividade.

Nesta caracterização, como citado anteriormente, não foi possível identificar as demais dimensões, contudo sob o ponto de necessidades fisiológicas afetadas encontram-se a presença de dispositivos relacionados a fluidoterapia, sondas, integridade cutaneomucosa afetada, entre outros que podem impactar na vida do paciente e família quando do retorno as atividades cotidianas no momento da alta hospitalar

A presença dos dispositivos evidenciados neste estudo gera desafios e sentimentos tanto no paciente como em seus familiares diante desta nova situação e tem implicações para o cuidado no domicílio. Segundo Silva-Rodrigues *et al.* (2019) apontam que o papel de cuidador passa a ser desempenhado de forma intermitente, sendo tarefa desafiadora, pois alguns acabam colocando a vida social e planos para o futuro em estado de latência diante das demandas de cuidado que lhes são impostas.

Mendonça *et al.* (2017) aborda sobre as vivências dos familiares cuidadores de pessoas com traqueostomia reforçando a tensão do papel do cuidador. Esta condição pode gerar processos familiares interrompidos em função das mudanças provocadas pelas demandas de cuidado ao assumir um novo papel. Neste contexto a família possui uma dimensão grande quando referido a transição do cuidados e assim a continuidade do cuidado, incluindo nesta abrangência o CBF, aponta que a pessoa e família são diretamente acometidas pelo ambiente em que vivem, seja este físico ou social, do qual o ambiente pode trazer benefícios para uma pessoa, enquanto outro, pode trazer vulnerabilidade para a mesma pessoa, cabendo o papel do enfermeiro a frente de identificação destes ambientes e assim podendo transforma-los (GOTTLIEB, 2013).

Anjos (2020) identificou que as informações fornecidas no momento da alta hospitalar foram consideradas insuficientes para a necessidade familiar. Para este autor os familiares necessitavam de um quantitativo maior de treinos relacionados a técnicas como aspiração de secreções e utilização de dispositivos para aporte nutricional (sondas nasoenterais), enfatizando que, para além do ensino, é necessário treino, a fim de no domicílio possam prestar os cuidados com confiança. Diante disto, evidencia-se a importância de um tempo hábil para que o planejamento da alta hospitalar ocorra a fim de que o enfermeiro exercite o seu papel de educador inserindo a família nos cuidados que serão adequados para a manutenção da saúde no âmbito domiciliar.

Tendo como foco a promoção da educação em saúde, algumas estratégias podem ser utilizadas a fim de melhorar as orientações prestadas, conforme Loudet *et al.* (2017) apontou, este autor enfatiza que em uma intervenção educacional multifacetada, que consistiu na implantação de uma equipe multidisciplinar para o controle das lesões por pressão, um aplicativo para *smartphone* e uma ferramenta de telemedicina para supervisionar as lesões, além da participação das famílias no cuidado dos pacientes levaram a diminuir a incidência e a gravidade das lesões quando comparada a não utilização destes instrumentos.

Souza *et al.* (2016) apontam que a situação de doença em idosos com perspectiva de hospitalização de curta ou longa permanência para tratamento terapêutico, faz o idoso perceber que é um ser frágil, dependente e desamparado diante das contingências impostas pela vida e é nesta esfera que se reconhece sentimentos diversos que são facilmente exteriorizados para aqueles que estão a sua volta, onde, de um modo geral, são encontrados a tristeza e o sofrimento.

Tais sentimentos são possíveis de ser encontrado a partir das necessidades humanas básicas afetadas e do grau de dependência destes pacientes pela utilização de dispositivos. Tal condição remete a necessidade de a família estar vinculada ao preparo para a nova realidade provocada pela alta. Souza *et al.* (2016) identificam a importância da presença da família e/ou acompanhante durante a hospitalização, 92,85% consideraram importante e apenas 7,14% consideraram o contrário.

Conforme os autores Jacobi *et al.* (2017) é no contexto da doença crônica que a enfermagem precisa ter a sensibilidade de compreender o idoso dentro de seu contexto cultural, de crenças e valores, e potencializar a presença da família no enfrentamento das dificuldades, já que os idosos encontram nela o sentido de viver e a força para superar momentos críticos.

Em relação a presença dos diagnósticos de enfermagem, observa-se um número reduzido de utilização a partir dos registros disponibilizados. Mesmo os pacientes apresentando situações clínicas diferentes, os diagnósticos parecem semelhantes e apontam apenas o “*risco para*” a ocorrência de algum evento o que pode evidenciar alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em caracterizar a real situação do paciente encontrando um diagnóstico que a defina. Tal aspecto pode estar relacionado a pouca familiaridade com o uso dos diagnósticos de enfermagem correlacionado à SAE dentre outros aspectos.

Os dados evidenciados pelo presente estudo com o realizado por Santana *et al.* (2021) foi que em ambos o diagnóstico de “*risco de quedas*” é semelhante, isto pode ser justificado porque as amostras apresentam uma população idosa.

Contudo o número de diagnósticos de enfermagem evidenciados neste estudo foi baixo comparados ao estudo de Santana *et al.* (2021) aponta que em uma amostra de 116 idosos, identificou-se 39 títulos distintos no que se refere ao uso de diagnósticos de enfermagem, sendo estes 26 *diagnósticos reais*, ou seja, *com característica definidora* e 13 *diagnósticos de risco*.

Outro estudo realizado por Ubaldo *et al.* (2016) identificaram que em uma unidade de clínica médica, observou-se que de 129 prontuários: 121 (93,2%) apresentaram diagnóstico de “*risco de infecção*,” 78 (60,4%) “*risco de integridade da pele prejudicada*”, dados estes semelhantes ao do presente estudo.

Frente ao processo de orientação para a alta hospitalar evidenciou-se um quantitativo baixo de orientações que foram prestadas e registradas em prontuário, neste sentido repercutiu-se como os enfermeiros evidenciam a importância frente a este momento e o seu papel frente a transição do cuidado para o paciente e família. Mendes *et al.* (2019) aponta que a alta é percebida pelos entrevistados como um momento de vitória, de liberdade e recomeço, não apenas no tratamento, mas na vida, sendo assim desataca-se a importância de priorização das orientações para alta hospitalar de forma a garantir a continuidade do cuidado, a prevenção de reinternações por motivos evitáveis e a autonomia do paciente no período pós-hospitalar.

Nunes *et al.* (2016) descreve que as orientações ao idoso antes da alta também contribuem para evitar reinternações e possíveis gastos onerosos com as internações, pois melhora a capacidade do autocuidado e o conhecimento de seu estado de saúde.

Mata *et al.* (2019) apontaram o aumento da satisfação do paciente e mais conhecimento dos indivíduos quanto aos cuidados pós-operatórios a partir de um programa de ensino. O fornecimento de informações aos pacientes tem sido considerado essencial para a promoção de cuidado de saúde adequado, de forma a aumentar a capacidade para o autocuidado e assim possibilitar a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Programas de educação realizados por meio da combinação de orientação oral e escrita com acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo na melhoria do conhecimento dos cuidados em domicílio e da satisfação dos indivíduos. A partir destes programas houve maior aproximação sendo possível inferir que os aspectos comportamentais, o aumento do conhecimento e do vínculo entre

profissional e paciente contribuíram para o aumento da satisfação. Portanto, estabelecer comunicação efetiva entre paciente, equipe e família é de vital importância para que haja melhores resultados.

Relativo às taxas de reinternação, os índices foram elevados, sobretudo num período de até 30 dias após a alta hospitalar. Diante dos dados obtidos, ressalta-se a Portaria nº 2809 de 2012 que destaca a importância da alta hospitalar responsável, considerando o compartilhamento do paciente com a rede de maneira que garanta a continuidade do cuidado, a fim de otimizar o tempo de permanência da internação, prevenir o risco de readmissões hospitalares e de infecção hospitalar.

Segundo Bubolz (2020) a tendência é de que as readmissões possam ser prevenidas por meio da alta responsável. Corroborando com este aspecto Seibert, Mongini e Kocourek (2019) descrevem que, ao desconsiderar as condições objetivas e subjetivas do paciente e seus familiares, há a ocorrência de complicações no quadro de saúde do paciente e, em última análise, a produção de reinternações. Estes dados reforçam a importância da efetividade de uma alta hospitalar qualificada e voltada às necessidades individuais do paciente no seu contexto familiar.

Lopes *et al.* (2020) afirmam que as reinternações hospitalares são possíveis de prevenção, seja pelo próprio paciente, adotando a terapêutica medicamentosa e as intervenções de autocuidado, quanto pelas equipes de saúde, com o apropriado desempenho da equipe multidisciplinar. Sendo assim, medidas para capacitar os pacientes e cuidadores são um fator-chave na redução de readmissões hospitalares.

Oscalices *et al.* (2019) identificaram através de um estudo clínico randomizado, por meio de acompanhamento telefônico junto ao paciente após a alta hospitalar uma taxa de reinternação em 30 dias menor no grupo de intervenção quando comparada ao grupo controle e estas taxas obtiveram maiores resultados quando o acompanhamento destes pacientes foi superior a 90 dias diminuindo ainda mais o índice de reinternação, demonstrando o quanto a continuidade do cuidado é importante a fim de diminuir as taxas de reinternação.

Conforme descreve o CBF e refletindo sob a perspectiva dos indicadores analisados neste estudo, percebe-se a necessidade da parceria colaborativa entre profissionais e família. Esta é essencial para o processo de comunicação entre a enfermeira, o paciente e a família de forma a não haver julgamentos, pois os pacientes e a família são propensos a colaborar quando

se sentem valorizados, compreendidos, respeitados e seguros (GOTTLIEB, 2013). Pois, a valorização agrega ao paciente na concepção de autonomia, podendo assim melhorar o processo de transição de cuidado e continuidade do cuidado independente da esfera de cuidados que o paciente e a família sejam inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados evidenciam que: o cenário do estudo recebe um quantitativo importante de pacientes idosos, com necessidades humanas básicas afetadas em função da presença de dispositivos tecnológicos que impactam não apenas nas necessidades fisiológicas, mas em toda a integralidade do ser humano; a existência de uma taxa maior de cuidados intermediários; a presença de altas taxas de reinternação em período menor que 30 dias e que, apesar da condição clínica do paciente, seja pelo tipo de internação e/ou pela presença de dispositivos, observa-se a pouca utilização de diagnósticos de enfermagem sendo os mais prevalentes os relacionados ao “*risco para*” a ocorrência de algum evento; a ausência na maior parte dos registros de informações sobre as orientações para a alta hospitalar.

Os dados encontrados neste estudo reforçam a importância da caracterização dos pacientes hospitalizados a partir de instrumentos que permitam uma aproximação com o grau de dependência e as necessidades humanas básicas afetadas a partir do uso da escala de Fugulin entre outras. Igualmente aponta que estes dados podem se constituir em elementos para a construção de instrumentos para o planejamento da alta hospitalar. Reforça-se a perspectiva de que a alta hospitalar é construída ao longo da internação e não apenas quando se define que o paciente deve deixar o hospital. Tal aspecto aponta o papel do enfermeiro como um integrador da assistência tanto no espaço intra-hospitalar quanto para a continuidade do cuidado que ocorre após a alta.

Reforça a necessidade da utilização de diagnósticos de enfermagem como elementos a serem considerados na SAE não apenas na assistência intra-hospitalar, mas também como elementos para subsidiar o planejamento da alta e a continuidade do cuidado extra-hospitalar a fim de diminuir reinternações por motivos evitáveis. A utilização dos diagnósticos de enfermagem contribui para o conhecimento da enfermagem e para documentação da prática profissional consolidando e refletindo o embasamento científico da assistência de enfermagem.

Destaca-se a importância deste estudo também para o âmbito organizacional a partir da utilização da escala de Fugulin, mapeando assim o quantitativo de pessoal necessário de acordo com o grau de dependência dos pacientes.

Como limitações deste estudo consideram-se a utilização de dados secundários retrospectivos a partir de indicadores que limitam o escopo sobre algumas informações que poderiam ser obtidas a partir dos registros contidos nos prontuários; a ausência de interlocução com o paciente e família tanto no momento da hospitalização como após a alta hospitalar.

Há necessidade maior aprofundamento sobre o tema a partir de estudos prospectivos que incluam um quantitativo maior de atores como os pacientes, suas famílias e os enfermeiros.

Por fim, destaca-se a importância da construção de instrumentos informatizados para o planejamento da alta hospitalar que contribuam para a otimização da assistência de enfermagem atrelados à SAE, bem como as contribuições da educação em saúde proporcionada pelo enfermeiro e atrelado ao preparo para a alta que pode servir como elemento central na promoção da saúde e da autonomia do paciente protagonizado pelo enfermeiro diante do processo de orientação ao paciente e família.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. M.; SILVA, R. F. A.; SOUZA, R.F. F. Perfil Epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 1-9, 29 ago. 2017. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50609>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ANJOS, V. M. **O familiar cuidador da pessoa com ostomia respiratória: satisfação com o planejamento do regresso a casa**. 2020. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2020.

BRASIL. Portaria 2.809, de 07 de dezembro de 2012. **Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2012.

BUBOLZ, C. H. **As implicações dos determinantes sociais em saúde na internação em unidade de cuidados prolongados**. 2020. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

CAVALCANTI, T. M.; GOUVEIA, V.V.; MEDEIROS, E.D. *et al.* Hierarquia das necessidades de Maslow: validação de um instrumento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 39, n. 18, p. 1-13, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003183408>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo código de ética dos profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 10 jul. 2021.

D' ARTIBALE, E. F.; TENUTA, T. F.; ALMEIDA, M.M. *et al.* Morbimortalidade DOS pacientes adultos internados em unidade aberta. estudo epidemiológico – Hospital Santa Rosa – Cuiabá (MT). **Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 64-73, out. 2018. Disponível em: <http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/104/86>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FELIX, H. C.; SEABERG, B.; BURSAC, Z. *et al.* Why do patients keep coming back? Results of a readmitted patient survey. **Social Work In Health Care**, [s.l.], v. 54, n. 1, p. 1-15, 2 jan. 2015. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2014.966881>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FUGULIN, F. M. T.; SILVA, S. Ho.; SHIMIZU, H. E. *et al.* Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital Universitário** [s.l.], v. 4, n. 1-2, p. 63-68, 1994. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000889361>. Acesso em: 15 mar. 2020.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 72-78, fev. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000100012>. Acesso em: 9 jan. 2021.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática**. 1994. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

JACOBI, C. S.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. *et al.* Family dynamics of elderly members undergoing pre-dialysis treatment. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 21-28, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170023>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LUCAS, T. C.; CORGOZINHO, J. N. C.; FERREIRA, P. H. C. Socio-demographic and clinical profile of older patients assisted in a philanthropic institution in the interior Minas Gerais. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 1-11, mar. 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190060>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LOUDET, C. I.; MARCHENA, M.C.; MARADEO, M.R. *et al.* Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 40-46, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170007>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LOPES, Â. M. L. A.; BRAGA, Y.K.B.; MARQUES, K.M.A.P. *et al.* Fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Enferm. Foco**, Sobral, v. 5, n. 11, p. 104-109, ago. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3171>. Acesso em: 15 jul. 2021.

- MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; GUZINSKI, C.; *et al.* Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p. 824-829, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680509i>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- MARTINS, N. P. R.; SILQUEIRA, S.M.F.; SOUZA, L. M. E. *et al.* Quality of life of older adults admitted to a Medical Clinic Unit of a Public Hospital in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 54, n. 1, p. 1-7, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018032903573>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, 50(4), 370-396. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0054346>. Acesso em: 01 jul. 2020.
- MATA, L. R. F.; AZEVEDO, C.; BERNARDES, M.F.V.C. *et al.* Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 53, p. 421-430, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- MENDES, V. C.; TISSOTI, Z.L.; SOUTO, V.T. *et al.* Percepção sobre a alta hospitalar de pessoas internadas em unidade de atenção psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 32, n. 10, p. 1-9, out. 2019. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9394>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MENDONÇA, H. M. C. R.; OLIVEIRA, K.; SIQUEIRA, L.R. *et al.* Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. **Revista Estima**, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 207-213, out. 2017. Zeppelini Editorial e Comunicação. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201700040004>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- NOBRE, I. E. A. M.; BARROS, L.M.; GOMES, M.L.S. *et al.* Sistema de classificação de pacientes de Fugulin: perfil assistencial da clínica médica. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, p. 1736-1742, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15245p1736-1742-2017>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- OSCALICES, M. I. L.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M.C.B.T. *et al.* Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-9, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2484.3159>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- RUPPAR, T. M.; DELGADO, J. M.; TEMPLE, J. Medication adherence interventions for heart failure patients: a meta-analysis. **European Journal Of Cardiovascular Nursing**, [s.l.], v. 14, n. 5, p. 395-404, 10 fev. 2015. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115571213>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SANTANA, E. T.; COUTINHO, G.C.; SILVA, D.V.A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 1-7, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0104>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SEIBERT, D.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, [s.l.], v. 1, n. 53, p. 272-290, 21 out. 2019. APESC - Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>. Acesso em: 15 jul. 2021.

COSTA, S.M.; SILVA, J. A.; SANTOS, M. E. *et al.* Perfil dos pacientes de terapia intensiva em um hospital de emergência. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 359-366, 28 nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242359>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SILVA-RODRIGUES, F. M.; BERNARDO, C. S.Z.; ALVARENGA, W. A. *et al.* Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. 20, p. 238-248, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOUZA, M. M. S.; ARRUDA, A. J. C. G.; RODRIGUES, F. A. *et al.* Sentimentos de idosos hospitalizados pelo câncer: expectativas sobre alta hospitalar e a influência familiar. **Rev Enferm UFPE Online**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. 3720-3726, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201601>. Acesso em: 15 jul. 2021.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. *et al.* NANDA International Nursing diagnoses in patients admitted to a medical clinic unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 68-75, 12 jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100010>. Acesso em: 10 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=84C8B49034361F8F570A818614337AFC?sequence=6. Acesso em: 10 jul. 2021

6.2 MANUSCRITO 2

ALTA HOSPITALAR E SUA INTERFACE COM A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: O SABER DOS ENFERMEIROS

RESUMO:

Objetivo: compreender o saber dos enfermeiros sobre a alta hospitalar como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Método:** pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa realizada em uma unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital privado de médio porte no sul do Brasil. Os dados foram coletados no mês de outubro de 2020. Participaram do estudo nove enfermeiros atuantes na unidade, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, posteriormente submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2011) e fundamentação teórica do Cuidado Baseado nas Forças de Gottlieb (2016) **Resultados:** emergiram cinco categoriais: o momento e cuidados necessários para a alta hospitalar; elementos facilitadores e dificultadores no processo de planejamento de alta hospitalar; a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a alta hospitalar; enfermeiro, paciente e família elementos centrais para uma alta hospitalar efetiva; orientações e registros para a alta hospitalar e as novas perspectivas para o planejamento da alta hospitalar. **Conclusão:** constatou-se que os enfermeiros compreendem a necessidade do planejamento da alta hospitalar, contudo há necessidade de programação destas ações. Reforçam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve conter elementos que contribuam para a construção de orientações para a alta. Há necessidade de ampliar a temática, identificar ferramentas e estratégias de educação em saúde para a prestação das orientações adequadas sobre o cuidado no domicílio para o paciente e família após a alta hospitalar.

Descritores: Enfermagem; Alta do paciente; Cuidados de Enfermagem, Continuidade da Assistência ao Paciente

INTRODUÇÃO

A admissão e a alta hospitalar correspondem a momentos de estresse para o indivíduo, família, cuidadores e prestadores de cuidados (MODAS, NUNES E CHAREPE, 2019).

Diante disto diversas são as situações que podem tornar a pessoa mais vulnerável e dependente, necessitando assim de apoio. Nesta perspectiva a transferência do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio traz diversas mudanças, muitas vezes, diferentes daquelas que trouxeram ao momento da admissão hospitalar, sendo está uma mudança significativa tanto para o paciente quanto para a família (MODAS, NUNES E CHAREPE, 2019).

As famílias enfrentam transformações complexas na transição do hospital para o domicílio e os enfermeiros são responsáveis por reconhecer essas mudanças e criar um contexto propício que ajude e apoie os familiares (SILVA-RODRIGUES *et al.*, 2019). Estudos têm destacado o enfermeiro como elemento central nas orientações para a alta, no apoio emocional

e na capacitação da família para a continuidade do tratamento na transição dos cuidados hospitalares para os domiciliares (DESAI, POPALISKY, SIMON E MANGIONE-SMITH, 2015). Isso destaca a responsabilidade deste profissional como facilitador no contexto dessas mudanças.

A competência clínica dos enfermeiros pode ser uma estratégia para alcançar melhores resultados em termos da assistência com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Compreende-se que a gestão do cuidado é uma das atribuições do enfermeiro no processo de cuidar e que a SAE é realizada com o objetivo de melhorar a assistência (SOARES, RESCK, TERRA E CAMELO, 2015).

Segundo Colli e Zani (2016) o enfermeiro, ao sistematizar a assistência, contribui para o controle eficaz de complicações durante a internação hospitalar, o planejamento do cuidado, o preparo da alta e a orientação do paciente e familiar para os cuidados domiciliares. Conforme o mesmo autor, o plano de alta de enfermagem deve ser considerado como uma etapa da SAE e é uma forma de facilitar a transição do paciente nos serviços de saúde e realizar a continuidade do cuidado, sendo assim o plano de alta é um instrumento que permite organizar o cuidado de acordo com as necessidades de cada paciente, cujo início deve ocorrer na admissão com a participação de uma equipe interdisciplinar (COLLI E ZANI, 2016).

Planejar a alta hospitalar possibilita reduzir os custos com as internações; realizar a continuidade do cuidado do hospital para o domicílio; diminuir as reinternações e minimizar riscos de infecção hospitalar. O enfermeiro, membro da equipe assistencial, é corresponsável pelo preparo do paciente e sua família para a alta hospitalar, porém, essa prática tem sido pouco aplicada nos contextos hospitalares (COSTA *et al.*, 2020).

O atraso na alta hospitalar aumenta a ocupação de leitos impossibilitando a entrada de novos clientes em situação aguda. Como consequência diminui-se o número de admissões e a rotatividade de clientes no serviço, mantendo-se os custos associados a uma internação.

Por outro lado, o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE, 2015) afirma que, em função de aspectos econômicos e devido a abreviação do período de internação ocorre a diminuição do tempo para realização de ações educativas voltadas para o paciente e família tendo como consequência a interferência negativa no preparo para alta.

Dada a importância do planejamento da alta hospitalar como parte da SAE e do protagonismo do enfermeiro neste processo este estudo tem como objetivo geral: compreender

o saber dos enfermeiros sobre a alta hospitalar como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa realizado com enfermeiros que atuavam em uma unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital privado de médio porte no sul do Brasil, cujos dados foram coletados no mês de outubro de 2020. Neste estudo adotou-se a fundamentação da Teoria do Cuidado Baseado nas Forças, do qual tem sua descrição o cuidado centrado na pessoa, buscando as competências dos pacientes, das famílias, os recursos presentes no sistema de saúde e na comunidade, identificando suas potencialidades ao invés das fragilidades (GOTTLIEB, 2013).

Participaram do estudo nove enfermeiros que atuavam na unidade cenário do estudo, embora tenham sido convidados 20 enfermeiros apenas 9 optaram por participar do estudo. Os motivos da desistência em participar, segundo os enfermeiros convidados estavam relacionados à falta de interesse sobre a temática, incompatibilidade de horário por terem mais de um vínculo trabalhista e outros por terem saído da instituição logo após o início da coleta de dados.

Como critérios de inclusão adotaram-se os seguintes aspectos: enfermeiros de todos os turnos de trabalho do cenário do estudo independente do tempo de atuação na instituição ou formação. Foram excluídos enfermeiros afastados das atividades profissionais por licença ou férias no momento da coleta de dados. Os participantes foram convidados, presencialmente, a participar da pesquisa. Neste momento houve a entrega da cópia física do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhes assegurado o anonimato e o sigilo das informações.

Os participantes do estudo foram identificados com a letra P (profissional) na sequência de um número arábico de ordem sequencial da primeira até a última entrevista. Após ter o termo de consentimento informado e assinado, as entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de áudio e posteriormente transcritas.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada composta por questões que englobavam os aspectos sociodemográficos, tais como: idade, sexo, tempo de experiência profissional e por questões norteadoras que abordavam diretamente aspectos relacionados ao conhecimento dos participantes sobre o planejamento da alta hospitalar e sua interface com a SAE.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial, individual e em sala privativa do hospital, distante do setor onde o enfermeiro estava alocado, previamente agendado de acordo com a disponibilidade e em horário diverso ao seu de trabalho, respeitando as medidas de segurança e distanciamento devido a pandemia.

Os depoimentos tiveram duração média de 20 minutos e foram gravados em aparelho digital, com autorização prévia de cada participante. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas em arquivos individuais, com a finalidade de assegurar a fidedignidade dos depoimentos.

Para a análise optou-se o conteúdo de Bardin (2011) que se estrutura em três fases: 1) pré-análise (nesta fase, a descrição analítica vem enaltecer o estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos); 2) exploração do material, categorização ou codificação (neste segmento, a definição das categorias é classificada, apontando os elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa, isto é, das categorias); 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (a terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada à busca de significação de mensagens através ou junto da mensagem primeira, momento da intuição, da análise reflexiva e crítica). Considerando as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), destacam-se que as dimensões da codificação e categorização possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências.

Após as transcrições das entrevistas e a identificação das categorias adotou-se a técnica de Colorimetria para identificar e agrupar as suas categorias afins, o que permitiu uma visão geral da temática. Deste processo, foram constituídas cinco categorias temáticas, comentadas na seção seguinte deste artigo, as quais foram interpretadas por meio dos elementos que compõem a Teoria do Cuidado Baseado nas Forças (GOTTLIEB, 2016).

Quanto aos aspectos éticos foram seguidas as conformidades da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em agosto de 2020, com o número de aprovação CAEE 36745320.3.0000.0121 e pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Instituição onde a pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos participantes, todos eram do sexo feminino, com idade média de 33 anos, sendo a máxima com 41 anos e a mínima com 25 anos; referente ao tempo de formação - foi encontrado uma média de 5,3 anos, com um tempo máxima de 9 anos e mínima de 1 ano de formação; relacionado ao período de tempo de atuação na instituição - foi encontrado o tempo máximo de 4 anos e o mínimo de 3 meses; quanto ao turno de trabalho - cinco trabalhavam no período noturno e quatro no período diurno, a maioria dos participantes não possuía outro vínculo empregatício; quanto a formação par além da graduação – 6 participantes possuíam pós-graduação *lato sensu* na modalidade de especialização.

A partir das entrevistas obtiveram-se as seguintes categorias: o momento e os cuidados necessários para a alta hospitalar; elementos facilitadores e dificultadores no processo de planejamento de alta hospitalar; a SAE e a alta hospitalar; enfermeiro, paciente e família elementos centrais para uma alta hospitalar efetiva; orientações e registros para a alta hospitalar e as novas perspectivas para o planejamento.

Na primeira categoria *o momento e os cuidados necessários para a alta hospitalar*, percebe-se que o momento da alta hospitalar é identificado a partir da avaliação das dimensões biológicas relacionadas à melhora dos sinais e sintomas ou a finalização do tratamento intra-hospitalar.

“Para mim a alta hospitalar é quando o paciente mantém uma melhora do quadro clínico levando em consideração se fez algum procedimento, antibioticoterapia e se tem os Sinais vitais estáveis.” (P1)

“Se não tem nenhuma queixa, se não tem nenhum risco de complicação e se está apto para ir para casa.” (P6)

“É estar com condições estáveis de ir para casa, independente da enfermidade que trouxe ele para cá.” (P2)

Houve também a identificação da alta hospitalar como um evento amplo, cujo necessita de orientações adequadas para que assim seja efetivada.

“A alta é se a família está entendendo o que está acontecendo com o paciente, pois às vezes o paciente vai para casa (...) se eles não estão entendendo a gravidade do paciente, como vai ser os cuidados em casa? porque às vezes isso falta é e muito importante na alta hospitalar.” (P4)

“A alta hospitalar envolve muita coisa, não é simples, temos que ter muito conhecimento para poder orientar” (P9)

Para que a alta ocorra é necessário um planejamento, este planejamento deve ocorrer com a participação da equipe multiprofissional que acompanha o paciente.

“Primeiro que estes cuidados não devem ser só da enfermagem, a gente tem que levar em consideração questão de fono (fonoaudiologia), nutricionista, fisioterapeuta.” (P5)

A atuação no momento da alta hospitalar pode não ocorrer de forma integrada e/ou sob a perspectiva interdisciplinar.

“Acho importante que cada profissional consiga deixar o paciente a par do que está acontecendo e como ele vai agir depois que ele for para casa.” (P7)

Sobre o planejamento da alta, é descrito que deve acontecer no momento da admissão do paciente, caso contrário, se as orientações forem dadas apenas no momento da alta, podem ocorrer falhas no processo de comunicação impedindo a construção de estratégias planejadas e organizadas para este momento.

“Essas orientações devem vir durante o período de internação, nunca em cima da hora, no mesmo dia, tipo, amanhã o paciente vai de alta, então daqui a pouco o paciente vai ir de alta, e alguém precisa vir para dar uma orientação, às vezes tem que correr contra o tempo.” (P1)

“Quando já se tem um planejamento, uma previsão, na verdade isso tem que ser trabalhado em todo o período da internação e nunca assim de “sopetão” de uma hora para outra. (P8)

Na segunda categoria, ou seja, *elementos facilitadores e dificultadores no processo de planejamento de alta hospitalar*, referente os elementos facilitadores estavam relacionados aos pacientes cirúrgicos que, desde a admissão, apresentavam a perspectiva de alta em menos de 24 horas em decorrência do procedimento que realizariam, estes se referem a cirurgias de curta permanência.

“antigamente tínhamos um instrumento, que era tipo um check list para alta hospitalar do paciente cirúrgico, aquele que ia embora no mesmo dia, aquilo facilitava muito, mas hoje em dia não se usa mais.” (P9)

Outro elemento facilitador se referia a indicação de alta registrada previamente na evolução clínica do paciente em prontuário. Esta conduta contribuía para o planejamento da alta hospitalar.

“hoje em dia já se vê algumas evoluções que já tem uma previsão e que já pode se organizar e saber direcionar o que tem que ir para casa, isso é um ponto positivo.” (P4)

Como elementos que dificultam o processo da alta foram mencionadas as falhas na comunicação entre os profissionais sobre a possibilidade da alta hospitalar, diante disto, nota-se a importância de uma comunicação eficaz e de qualidade entre a equipe e sua interlocução.

“Encontro muita dificuldade na alta quando o médico não comunica o paciente quando ele está de alta.” (P2)

“Muita dificuldade com isso os médicos não passam para nós e ficamos naquela de libera não libera, vai atrás do médico, acho que esse é o principal desafio que a gente tem aí.” (P6)

Dificuldades relacionadas ao processo de compreensão da família quanto a situação clínica atual do paciente e como consequência descontinuidade do processo de cuidado devido ao impacto gerado na nova reestruturação familiar.

“Depende muita da família, tem família que recebe a alta muito bem, então assim, a maioria vai para casa bem, porque foi bem orientado, existem poucos que não querem ir para casa e tem essa resistência” (P8)

“Sinto que a família tem muita resistência nessa alta de longa permanência.” (P3)

“A dificuldade que não é contínuo desde o momento da internação, se fosse daí seria bem melhor com relação a recuperação e continuidade do tratamento dele em casa e na verdade não é apenas da enfermagem.” (P1)

Pertinente a terceira categoria, a *Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Alta Hospitalar*, a utilização da SAE para o planejamento da alta hospitalar é vista como uma ferramenta para o cuidado do paciente sob alguns aspectos, apontam a falta de direcionamento dentro da SAE para o planejamento da assistência e a construção de orientações de cuidados a fim de proporcionar uma ideal transição do cuidado.

“A assistência da nossa SAE ajuda quanto aos cuidados ali mas não para a alta” (P7)

“Na nossa SAE como ela é automática, não tem alguma coisa assim muito específica para a alta eu acho que na verdade tinha que ser colocado ali na nossa SAE.” (P3)

“Acho que a SAE também direciona muito, mas assim algo de específico onde tenha uma parte que a gente possa orientar alguma coisa dentro da SAE a alta propriamente dita acho que ainda é falho.” (P5)

“Neste contexto da alta nossa SAE é falha pois não temos algo específico para a alta.” (P1)

Na quarta categoria referida *Enfermeiro, paciente e família elementos centrais para uma alta hospitalar efetiva*, destaca-se a importância de uma comunicação efetiva, clara entre paciente, família e enfermeiro, apontando para a promoção da transição do cuidado e pontos sobre a qualidade da orientação prestada a fim de prevenir falhas no processo.

“A gente é uma ponte que leva essas orientações e explicações para eles(...) na maior parte das vezes a gente consegue contornar, consegue esclarecer algumas dúvidas.” (P9)

“A gente sempre põe a família para participar, para poder esclarecer para eles como é feito, como deve ser feito e a gente faz algum tipo de treinamento como deve ser feito o curativo, sondagem (...), nesse momento a família precisa participar da continuidade ali para ir para casa.” (P4)

“Depende muito da gente de como saber orientar direitinho do que vai precisar fazer e fazer a família participar disso e entender que é importante dar a continuidade.” (P2)

“Eu acho que todos nós temos que estar numa comunicação bem ativa, quanto a enfermagem, quanto a família na parte de aceitar o paciente.” (P6)

“Uma comunicação bem efetiva quando o paciente vai embora, cuidados de retorno, cuidados de alta dependência quando forem para casa, acho que isso é o principal.” (P1)

Referente a quinta categoria, *orientação e registros para a alta hospitalar e as novas perspectivas para o planejamento*, destacam que as orientações de enfermagem são direcionadas para algumas condutas. Estas, segundo eles, não proporcionam a integralidade do cuidado. Para os participantes algumas das orientações dadas são baseadas apenas nas orientações sobre a terapêutica tais como o uso de medicamentos, os retornos ambulatoriais dentre outros, podendo assim não trazer a conotação que a Enfermagem dá aos cuidados que planeja durante a hospitalização.

“Na verdade, o que a gente tem ali (prescrição de orientação de alta médica) de orientações é com relação a medicações e retorno para reavaliações em ambulatório para acompanhar via ambulatoriamente.” (P9)

“A gente praticamente só repassa e lê o que está escrito ali, mas de encaminhamentos e só quando é bem específico mesmo.” (P1)

“Orienta que tem que ensinar o familiar a como aplicar o clexane em casa.” (P4)

“Geralmente vem as orientações ali, geralmente a gente entrega no momento da alta, as orientações já impressas e é isso.” (P2)

“A gente dá o retorno para consulta médica, se precisa para retirada de pontos ou se sentir dor, que é o receituário que geralmente está no prontuário que a gente entrega para o paciente e como ele faz se precisa estar entrar em contato, como se faz o curativo, mas nada de atenção externa.” (P3)

Outro elemento evidenciado é referente a ausência de registros no prontuário sobre as orientações dadas no momento da alta, do qual destacam que esta situação ocorre em função da sobrecarga de trabalho, falta de tempo para realizar, entre outras.

“Então não consigo fazer o registro no prontuário, estou sempre muito sobrecarregada de trabalho.” (P8)

“Na verdade, sei que é uma falha minha não fazer o registro, sei o quanto é importante.” (P6)

“Deveria fazer, mas não faço, muitas vezes vou lá oriento o paciente e acabo que não registro o que eu fiz.” (P1)

Não houve relatos do qual mencionaram movimento no sentido de fornecerem orientações por escrito e nem tão pouco a oferta sobre a possibilidade de ligarem para algum dos profissionais de saúde em caso de dúvidas.

No que se refere sobre a transição do cuidado para as redes de atenção não houve relatos que evidenciassem a preocupação no movimento de referência e contrarreferência. Segundo os participantes, pelos pacientes estarem em uma instituição privada, muitos dos possuíam o contato com o médico que os atendia e que, portanto, sentiam a necessidade de construção de referenciar o paciente com outros serviços de saúde, e apontam o desconhecimento sobre outros serviços prestadores de assistência que poderiam ser acessados pelo paciente ou referenciados a eles.

“Já fiz, mas agora não faço mais.” (P5)

“Não conheço os serviços da rede daqui do município.” (P7)

“Percebo que a maioria dos pacientes não buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, falam direto com seus médicos.” (P1)

“Nunca fiz o contato.” (P9)

Apontaram situações que exigem uma importante reflexão sobre o que é realizado e não exercido no que tange ao planejamento da alta hospitalar, também foi possível evidenciar novas perspectivas para que este ocorra. Destacaram necessidade de mudanças neste contexto e a importância de fornecer as orientações para o paciente e família em tempo oportuno,

enfatazaram que devem acontecer desde o momento da admissão do paciente promovendo assim tempo hábil para que o conteúdo das explicações promova a educação em saúde. Neste movimento destacaram a importância da equipe multiprofissional a fim de que um data provável e um planejamento adequado.

“Acho que essa orientação tem que ser desde o momento que o paciente entra.” (P4)

“Sabendo que ele vai para casa e já desde o início orientar como vai ser em casa, ensinar a família como ter o manejo com ele em casa.” (P2)

“Eu acho que a alta deve ser trabalhada desde o momento da internação, eu acho que é isso que tem q mudar, na verdade é continuo e sempre que internou e iniciou o tratamento tem que estar sempre explicando.” (P5)

“Preparar bem a família, orientar quanto aos cuidados em casa, ou se precisar ter um retorno imediato.” (P9)

“Se precisa fazer uma sondagem de alívio você mostra para ela como é, pois mostrar uma vez é difícil.” (P1)

“Trabalhar mais a parte de fono, fisio, nutrição e eu acho que tinha que ser mais assim (...) dar uma orientação de alta assim quando já se tem uma previsão.” (P6)

DISCUSSÃO

A alta hospitalar é considerada algo complexo, multifatorial, segundo Kuntz *et al.* (2021) realizar um planejamento prévio para a primeira alta hospitalar possibilita que as orientações sejam feitas de forma sistemática ao longo da hospitalização, evitando excesso de informações em um curto período, o que poderá prejudicar a assimilação das informações. Contribui também para evitar situações de estresse, sentimento de insegurança para a alta por parte da família, valoriza o trabalho em equipe e a participação da família no tratamento, bem como contribui para continuidade dos cuidados no domicílio.

Perante alguns depoimentos, nota-se que há carência de distinção entre os significados interdisciplinaridade, multidisciplinariedade e transdisciplinaridade. Como consequência desta falta de distinção, pode ocorrer equipes com atuação distintas frente ao cuidado não ocorrendo a interligação quanto as condutas e cuidados frente o paciente e família. Frente a isto, segundo Alves *et al.* (2019) o planejamento da alta deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar tendo o enfermeiro como o responsável pelo elo entre os profissionais, sendo ampliado as condutas a uma esfera maior.

Para Seibert, Mongini e Kocourek (2019) a alta é uma atividade tanto interdisciplinar como multiprofissional, em que toda a equipe se torna responsável por estabelecer um elo entre os pacientes e os demais profissionais da rede externa, pois a corroboração de uma equipe interdisciplinar permite organizar e planejar a alta hospitalar a fim de melhorar a articulação com a rede de serviços.

Kuntz *et al.* (2021) enfatiza que o desenvolvimento e implementação de um plano de alta é imprescindível para que ocorra a transição segura do paciente para o domicílio. Desta forma a equipe multiprofissional precisa elaborar esse planejamento de forma a incluir a participação da família no tratamento. Para estes autores planos estruturados de alta hospitalar qualificam o cuidado desde a primeira internação até a manutenção da assistência domiciliar, o que minimiza a ocorrência de hospitalizações não programadas e possibilita que os cuidados domiciliares sejam desenvolvidos de maneira consciente, garantindo a segurança do paciente.

Segundo Nunes *et al.* (2020) o momento de transição do hospital para o domicílio precisa se tornar um período de aprendizagem, com foco e atenção ao paciente e ao cuidador, pois requer amplos esclarecimentos sobre a continuidade do cuidado extra-hospitalar. Frente a isto, o Cuidado Baseado nas Forças (CBF), traz a mudança do pensamento e uma nova maneira para ser realizado o cuidado, trazendo a orientação dos enfermeiros, demais profissionais da saúde e para os sistemas de saúde sob nova perspectiva do olhar frente as orientações prestadas e a compreensão das mesmas (GOTTLIEB, 2013).

Na perspectiva de fomentar estratégias de elementos facilitadores, pode-se observar que instrumentos norteadores para o processo de alta hospitalar podem beneficiar o profissional e o paciente. Neste sentido a identificação precoce sobre a possibilidade de alta hospitalar por meio de registro de indicativos disto no prontuário do paciente é de extrema relevância para o estabelecimento das orientações pertinentes e apropriadas.

Corroborando com estes achados, os autores Oliveira *et al.* (2020) evidenciaram que alguns instrumentos contribuem e auxiliam para que a ocorrência da alta hospitalar seja efetiva, dentre estes apontam: criação de protocolo multiprofissional e interdisciplinar, implementação de *check list* eletrônico de alta hospitalar, realização da alta compartilhada. Estes permitem que os profissionais de saúde pactuem entre si e com os familiares o momento mais oportuno para a alta hospitalar em concordância com a longitudinalidade e integralidade do cuidado, a presença de ações de educação em saúde à beira-leito pelos profissionais de saúde, de modo a contribuir para a aprendizagem dos cuidadores e familiares quanto ao manejo de dispositivos e

utilização de recursos audiovisuais, foram alguns dos aspectos abordados a fim de auxiliar no manejo da alta hospitalar.

Segundo Oliveira *et al.* (2020) a existência de lacunas na comunicação entre os profissionais de saúde acaba dificultando o entrosamento na oferta de cuidado integral, criando assim uma importante barreira à qualificação do processo de alta hospitalar dos pacientes. Estes autores também apontam limitações referentes aos momentos oportunos para discussão de casos e o subregistro do planejamento de alta acabam por comprometer a programação da alta e das ações educativas junto aos pacientes, seus familiares e cuidadores, frente a isto, trazer as perspectivas de centralizar o cuidado no paciente, como fundamenta a teoria do CBF, para assim atingir as suas próprias metas e encontrar um novo significado nas suas vidas (GOTTLIEB, 2013).

Frente as possibilidades de dificuldades encontradas nas famílias sobre o processo de continuidade do cuidado, os aspectos psicológicos que acometem a família em transição dos cuidados antes realizados em ambiente hospitalar e posteriormente no domicílio podem impactar na efetividade da alta hospitalar. Jacobi *et al.* (2017) apontam que estas situações geram privações das atividades rotineiras da família, evidenciando que a família precisa ser cuidada, pois o convívio com o processo de adoecimento e suas demandas podem desencadear angústias gerando desgastes, e o enfermeiro pode contribuir com a reorganização familiar através de orientações e acompanhamento, auxiliando na criação de estratégias de adaptação à dinâmica dos cuidados.

Um estudo realizado por Carvalho, Araújo e Veríssimo (2019) descreve dificuldades da família em relação a decisão dos cuidados após alta hospitalar, o desconhecimento da família e, em algumas situações e a falta de vontade de obter este conhecimento. Além destes aspectos o estudo supramencionado aponta que família pode ter problemas econômicos, além de fatores ambientais como dificultadores como: barreiras arquitetônicas como escadas, problemas de transporte, bem como a própria habitação o que dificultaria o cuidado do paciente após a alta hospitalar.

A constatação dos participantes de que orientações de alta dadas apenas no momento de saída do paciente do hospital podem não ser efetivas, além de gerar stress para os enfermeiros que são pegos de surpresa diante da necessidade de otimizar a partida. E trazendo a CBF, da qual propõe, que no processo de cura as pessoas desenvolvem novas habilidades que podem sustentar e aumentar a sua saúde (GOTTLIEB, 2014).

Contudo, para que a nova habilidade seja exercida e efetiva deve -se ter o tempo hábil para promover o processo de educação, e quando este tempo não é executado para esta finalidade, muitas dúvidas e falhas nas orientações podem ocorrer, conforme estudo de Capra e Luis (2014) do qual afirmam que as orientações fornecidas nos últimos momentos antes da alta hospitalar não permitem ao profissional da equipe que está orientando esclarecer dúvidas ou dificuldades, o que pode influenciar negativamente o paciente em sua recuperação.

Em concordância com o estudo realizado por Modas, Nunes e Charepe (2019) ao identificar os atrasos na alta associado a causas organizacionais, relacionados com a gestão hospitalar, associado a má prática profissional e falta de planejamento para a alta hospitalar como mencionado anteriormente. Evidenciado por Bubolz (2020) que aponta que ocorre uma grande preocupação dos pacientes e familiares quanto ao processo de transição e para garantir a continuidade do cuidado.

Identificado pelos enfermeiros deste estudo é que apesar dos mesmos reconhecerem a utilidade e funcionalidade da SAE para a qualidade do cuidado, eles não identificam nesta elementos que contribuam para o planejamento da alta. Provavelmente os participantes se referem a forma como a SAE foi organizada dentro do sistema informatizado da instituição com interfaces que não lhes permitem caracterizar elementos e/ou dimensões que lhes permitissem extrair um planejamento para a alta de acordo com a situação que cada paciente requer. Desta forma, nota-se que a SAE ainda não é vista como algo que possa ser utilizada a fim de auxiliar no planejamento da alta hospitalar.

Sob a perspectiva da utilização da SAE informatizada percebe-se que esta pode gerar vários benefícios, conforme evidencia o estudo realizado por Lima, Vieira e Nunes (2018) que aponta a necessidade de elevado tempo para elaborar a SAE implicando diretamente no tempo despendido aos cuidados diretos ao paciente. Segundo estes autores o uso da tecnologia da informação como ferramenta útil para a assistência de enfermagem, o que inclui todo o processo de registro é capaz de possibilitar ao enfermeiro a otimização do tempo de assistência centrada no paciente e maximização da qualidade do serviço, além de facilitar a comunicação entre os membros da equipe.

Para Nunes *et al.* (2020) lacunas no planejamento da alta, interferem na qualidade das orientações. A falta de um planejamento multidisciplinar para o cuidado de transição não permite a organização prévia das atividades educativas a serem realizadas desde o início da

hospitalização, dificultam a aquisição de informações pela família reduzindo a percepção de dúvidas, e sequer permitem que a equipe avalie o quanto essas orientações foram compreendidas pelos familiares.

Perante o exposto, nota-se a importância de realizar a SAE direcionada para promoção do cuidado com foco na integralidade. Conforme Seibert, Mongini e Kocourek (2019) enfatiza que a integralidade deve nortear as práticas dos profissionais da saúde e a organização do processo de trabalho, pois neste sentido o objetivo é facilitar o regresso do sujeito para a família ou a transferência adequada, e em tempo útil, para outros serviços de saúde, assegurando, em qualquer caso, a continuidade do cuidado, a garantia da qualidade do serviço prestado, evitando-se a reinternação.

Para que haja a efetividade da SAE e do Processo de Enfermagem (PE) o enfermeiro deve ter clareza sobre a definição de cada etapa e a relevância para sua prática profissional. Conforme aponta os autores Barreto *et al.* (2019) a SAE e PE são processos de cuidado que devem ser realizados sistemáticos e deliberadamente, contudo, para que isso ocorra, é necessária a compreensão da equipe de enfermagem acerca destes, pois quando não há essa compreensão ocorre a falta de definição de condutas e registros.

Isto representa um novo significado do cuidar, porque envolve a visão holística do paciente, a humanidade e a singularidade de cada um, não focando apenas na doença ou nos problemas da pessoa. Esta abordagem demanda que as enfermeiras e outros profissionais da área da saúde tenham um melhor conhecimento do paciente e de seus familiares, para que possam acompanhá-los na sua trajetória de saúde e doença (GOTTLIEB, 2013).

Falhas são identificadas nos sentimentos expressos pelos familiares, além da sensação de incapacidade de prestar os cuidados, seja pela falha nas orientações recebidas por parte dos profissionais ou pela limitação da compressão das informações fornecidas relacionado ao impacto do diagnóstico (NUNES *et al.*; 2020). Kuntz *et al.* (2021) afirma que os profissionais são responsáveis por identificar as necessidades e vulnerabilidades geradas pelo processo de mudança no cotidiano da família. São responsáveis também por prover conhecimentos, habilitando os membros da família para dar continuidade aos cuidados de forma segura, antes realizados no ambiente hospitalar e agora este no domicílio.

Diante disto, nota-se a importância do papel do enfermeiro gerenciando e promovendo a continuidade do cuidado, trazendo os aspectos direcionados ao paciente e contextualizando a situação com a família, englobando os direcionamentos necessários para a promoção da continuidade da assistência, conforme aponta a teoria do CBF (2013), do qual considera o ser humano como um todo, a partir de uma visão singular e holística. Neste sentido o enfermeiro possui capacidade de auxiliar o paciente, família e comunidade, utilizando a própria capacidade do paciente e família frente o processo de enfrentamento e ressignificação da situação atual diante do processo saúde- doença. Nesta lógica é fundamental o papel do enfermeiro em fortalecer a família para o cuidado, ver a família como unidade a ser cuidada, capacitar a família para o que ela desconhece e abrir um canal de comunicação que permita a aproximação e o fortalecimento de vínculos. Estes são elementos chaves na promoção de uma alta efetiva.

Através dos relatos dos participantes da pesquisa, percebeu-se a existência de orientações centradas no modelo biomédico que não avançam para as demais dimensões e/ou necessidades apresentadas pelo paciente e família. Tais constatações não promovem a integralidade do cuidado no momento da alta tornando-a um processo mecânico promovendo a ocorrência de falhas de comunicação, dificuldade de entendimento e compreensão frente ao que está sendo dito entre outros aspectos.

Segundo os autores Seibert, Mongini e Kocourek (2019) a alta hospitalar está direcionada pelo modelo biomédico, hegemônico nos serviços de saúde, enfatizando que nestes modelos, a assistência está organizada com foco na identificação de sinais e de sintomas e no tratamento das doenças. Consequentemente, a alta hospitalar está assentada no alívio desses sintomas e na cura da doença, determinando assim, que a alta seja concebida estritamente em função do quadro clínico do paciente, como uma decisão que cabe exclusivamente ao profissional médico, sem ou com pouca participação da equipe multiprofissional, que seria tida como periférica e secundária. Este aspecto também foi apontado por Oliveira *et al.* (2020) enfatizando que a definição da alta tem sido reportada como ação uni profissional recorrente (definição médica exclusiva) e que muitas vezes as equipes o tomam ciência apenas no dia em que ela acontece, o que acaba comprometendo o acionamento da rede de retaguarda (atenção básica e saúde da família).

A diante da necessidade de superar o modelo biomédico, o CBF fundamenta que as enfermeiras necessitam criar um papel único para si mesmas, paralelo e complementar à medicina, através de uma cultura favorável à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao autocuidado (GOTTLIEB, 2014).

Outro aspecto relacionado ao direcionamento da alta hospitalar na condução da perspectiva de apenas um profissional, conforme aponta dos autores Michel *et al.* (2015) é que essa visão não favorece a autonomia e pode resultar em práticas que desconsideram os saberes populares e as maneiras que as pessoas desenvolvem ao longo da vida para cuidar da saúde.

Machado *et al.* (2019) identificou que pacientes, ao terem alta hospitalar, não sabiam descrever ou não compreendiam o que lhe foi orientado. Este autor reforça que, durante a internação, deve haver a necessidade de um discurso franco por parte da equipe de saúde, e no momento de a alta hospitalar retomar todos os cuidados gerais, pois os pacientes e suas famílias sentiam-se despreparados para realizar estes cuidados no domicílio.

A falta de registro remete às questões, não apenas voltadas para a efetividade da realização ou não da orientação, mas também sobre a qualidade da orientação ofertada. O estudo realizado por Silva-Rodrigues *et al.* (2019) aponta que, além da falta de compreensão, o eventual esquecimento de informações importantes fornecidas verbalmente torna importante que as orientações sejam repassadas por escrito, para o efetivo desempenho como cuidador no ambiente domiciliar.

Os dados encontrados neste estudo corroboram com os resultados encontrados por Acosta *et al.* (2018) que evidenciaram que “nunca” e “raramente” foram o maior quantitativo devido à falta de elaborar um plano de alta escrito, individualizado, com a descrição dos principais cuidados necessários para serem realizados no domicílio, ao contrário da afirmação de que os enfermeiros realizam um diálogo com o paciente e família a fim de identificar a necessidade e discutir o plano de cuidados pós alta.

Barreto *et al.* (2019) apontam que os enfermeiros compreendem a importância da realização dos registros de enfermagem, contudo na prática a Enfermagem não executam ou executam de forma incompleta e parcial. Estes autores afirmam que este é um reflexo da cultura arraigada no processo de trabalho da Enfermagem, que se preocupa com o fazer, em detrimento dos registros sistemáticos de sua assistência. Identifica-se o quanto é importante o enfermeiro assumir seu papel profissional além do executar as tarefas, mas como um profissional crítico-reflexivo e realizando os devidos registros de suas atividades demonstrando a efetividade da assistência realizada.

Partindo da importância da realização dos registros das orientações oferecidas como um elemento de subsídio ao profissional e promotor da continuidade do cuidado, as resoluções, COFEN 429/2012 e COFEN 358/2009 mencionam a Resolução COFEN 564/2017, que dispõe sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem sendo de responsabilidade do

enfermeiro o registro destas informações de forma clara e objetiva, assegurando a garantia da qualidade da assistência.

Reforça-se a importância de o enfermeiro compreender as redes de apoio e os vínculos que estes pacientes possuem, pois, a continuidade do cuidado se expressa das diversas formas e para isso deve-se ter a compreensão de sua totalidade. Dada a multiplicidade de cenários nos quais o enfermeiro atua é preciso que ele conheça e reconheça o território a partir do qual podem ser acessados recursos em benefício dos pacientes.

Conforme Acosta, Câmara, Weber e Fontenele (2018) são poucos os profissionais que comunicam à equipe de saúde de referência sobre a admissão, permanência no hospital e a continuidade dos cuidados na atenção primária. Estes autores afirmam que as principais dificuldades dos enfermeiros em realizar a transição do cuidado evidenciam a fragilidade nas pactuações entre os serviços de saúde para realizar o encaminhamento dos pacientes do hospital para a atenção primária à saúde.

Embora a articulação de redes privadas e públicas possam parecer equidistantes em função da população que atendem, é sempre benéfico que se investigue junto ao paciente e família os recursos que dispõem, a forma de acesso que utilizam, quais as necessidades prementes que podem ocorrer durante o cuidado do domicílio e que podem exigir a participação de outras instituições de saúde com maior proximidade do território ao qual o paciente habita.

Identifica-se a falta de interlocução entre as redes de atenção à saúde enfraquecendo o conceito ampliado de saúde. Para Seibert, Mongini e Kocourek (2019) o conceito ampliado de saúde, pressupõe uma reorganização teórico-técnica e ético-política da formação e das práticas de saúde, o que demanda uma revisão de inúmeros processos de trabalho, tais como o da alta hospitalar, ainda organizada de modo tradicional.

Nunes *et al.* (2020) descreve que, para ocorrer o planejamento dos cuidados de enfermagem na alta hospitalar, não basta o conhecimento técnico relacionado ao procedimento e suas complicações, mas, sim, examinar e compreender o ecossistema domiciliar no qual o usuário voltará a viver e coexistir. Portanto, para compreender o ser humano, é necessário compreender o espaço no qual ele está reinserido, seu ecossistema, suas inter-relações, para que possa observar a condição de seguir ou não as orientações discutidas na alta hospitalar.

Nesta perspectiva, um estudo *realizado por* Mata *et al.* (2019) identificou a satisfação quanto a orientação da alta, descrevendo que a família passa por diferentes fases durante o

adoecimento de um familiar. Diante disso, estes autores identificam que é esperado que a intervenção dos profissionais de saúde não fique limitada apenas ao paciente, mas amplie-se para a família, tornando-a mais habilitada para auxiliar no cuidado do paciente após a alta hospitalar.

Nunes *et al.* (2020) reforça a importância da ação educativa da equipe multiprofissional, em especial do enfermeiro. Esta é entendida por estes autores como necessária na busca de mecanismos para a efetivação das orientações para o cuidado e autocuidado que precisam ser exercidas no domicílio após a alta hospitalar. É necessário lembrar ao usuário e ao seu cuidador, no momento da orientação da alta, que todo o procedimento preconizado é interdependente com os demais elementos contidos no domicílio.

CONCLUSÃO

Frente a identificação da percepção dos enfermeiros percebe-se a preocupação com a alta hospitalar, a identificação desta como um evento de maior amplitude e a necessidade de obtenção de novas estratégias para que esta seja de qualidade. Contudo, nota-se que a percepção dos enfermeiros perante a temática, ainda está centrada no modelo biomédico enfatizando apenas as condutas relacionadas à terapêutica medicamentosa sem ampliar as possibilidades do planejamento para alta hospitalar sob a ótica da própria profissão de enfermagem. O presente estudo evidencia falhas relatadas no registro das orientações ofertadas, carência de compreensão diante da importância da SAE implementada em todo o processo de enfermagem para a prestação dos cuidados de enfermagem e bem como a ausência de identificação sobre importância da família no processo de condução para a continuidade do cuidado articulada com as RAS.

Para efetividade do planejamento da alta hospitalar faz-se a necessidade de que o enfermeiro compreenda a importância do seu papel diante do processo de orientações e a praticabilidade deste perante o contexto que está inserido, através de ferramentas adequadas que facilitem o processo de orientação e juntamente com promoção da educação em saúde.

Percebe-se a necessidade de ampliação de articulação interdisciplinar. Destaca-se a importância do empoderamento do enfermeiro enquanto profissional com a utilização de ferramentas e conhecimentos que o capacitam a ser protagonista na promoção da continuidade e da transição do cuidado junto ao paciente e família.

Diante disto, a SAE é um alicerce que fornece embasamento científico das ações do enfermeiro respaldando-o frente as condutas realizadas. Neste sentido os enfermeiros podem ampliar o escopo da SAE ao inserir e extrair dela elementos que promovam o planejamento da alta hospitalar a fim de garantir a qualidade e a integralidade do cuidado prestado.

Como limitações do estudo encontra-se a amostra pequena de enfermeiros que dele participaram e a ausência de outros profissionais que podem contribuir com o planejamento de alta. Sugere-se novos estudos com amostras maiores e em condições mais favoráveis que as encontradas no momento da coleta de dados em função da Pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; CÂMARA, C. E.; WEBER, L. A. F. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, [s.l.], v. 12, n. 12, p. 3190-3196, 2 dez. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- ALVES, R. C.; LIMA, L.S.; BARBOSA, D.A. *et al.* Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC. **Revista Enfermagem UERJ**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 338-345, 5 nov. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.30338>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP (BR): Edições 70; 2011.
- BARRETO, J. J. S.; COELHO, M.P.; LACERDA, L. *et al.* Nursing records and the challenges of their implementation in the assistance practice. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 1-8, jul. 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- BUBOLZ, C. H. **As implicações dos determinantes sociais em saúde na internação em unidade de cuidados prolongados**. 2020. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.
- CAPRA F.; LUISI P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas premissas filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo, SP (BR): Cultrix; 2014.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União. 2012 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 10 jul. 2021.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo código de ética dos profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 10 jul. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2009. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-35809-dispoe-sobre-a-sistematizacaoda-assistencia-de-enfermagem-e-a-implementacao_800.html. Acesso em: 10 jul. 2021.

CARVALHO, A.; ARAUJO, L.; VERÍSSIMO, M. When long-term care comes to an end: informal caregivers perspectives on patient discharge. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v., n. 22, p. 107-116, 30 set. 2019. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19023>. Acesso em: 10 jul. 2021.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I.; ANDRADE, S. R. et al. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>. Acesso em: 10 jul. 2021.

COLLI, M.; ZANI, A. V. Validation of a nursing discharge plan for pregnant and high-risk puerperal women. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 7, p. 1-7, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160004>. Acesso em: 10 jul. 2021.

DESAI, A. D.; POPALISKY, J.; SIMON, T. D. *et al.* The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. **Hospital Pediatrics**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 219-231, 1 abr. 2015. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2014-0097>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GOTTLIEB LN. **Strengths-based nursing care: health and healing for person and family**. New York: Springer Publishing; 2013.

JACOBI, C. S.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. *et al.* Family dynamics of elderly members undergoing pre-dialysis treatment. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 21-28, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170023>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KUNTZ, S. R.; GERHARDT, L.M.; FERREIRA, A.M. *et al.* Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LIMA, J. J.; VIEIRA, L. G. D.; NUNES, M. M. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 3, p. 1273-1280, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MACHADO, L. G.; SILVA, R.M.; SIQUEIRA, F.D. *et al.* Desafios do usuário frente a estomia: entre o real e almejado. **Revista Nursing**, Santa Maria, v. 253, n. 22, p. 2962-2966, abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025601>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MATA, L. R. F.; AZEVEDO, C.; BERNARDES, M.F.G.V. *et al.* Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 1-9, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MODAS, D. A. S.; NUNES, E. M. G. T.; CHAREPE, Z. B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 1-9, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>. Acesso em: 10 jul. 2021.

NUNES, S. S.; MONTESINOS, M.J.L.; PEDROSO, V. S. M. *et al.* Adherence to nursing guidelines in relation to home care of bone marrow transplantees in the ecosystem perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0310>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, A. L.; CAMARGO, F.C.; ALMEIDA, J. M. *et al.* Apreensões de trabalhadores hospitalares sobre orientações para o cuidado de pessoas em nutrição enteral domiciliar. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 15, p. 995-1006, 1 jul. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2020.41995>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OECD. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (FR). OECD reviews of health care quality: Portugal 2015: raising standards. Paris: **OECD Publishing**; 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264225985-en>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SEIBERT, D.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, [S.L.], v. 1, n. 53, p. 272-290, 21 out. 2019. APESC - Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SILVA-RODRIGUES, F. M.; BERNARDO, C. S.Z.; ALVARENGA, W. A. *et al.* Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. 20, p. 238-248, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S. *et al.* Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>. Acesso em: 10 jul. 2021.

6.3 PRODUTO

Instrumento para planejamento da alta hospitalar: Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Planejamento da Alta Hospitalar (SAE-PAH)

O presente instrumento se refere a uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Planejamento da Alta Hospitalar (SAE-PAH) que tem como objetivo fornecer informações e orientações necessárias para auxiliar no planejamento da alta hospitalar do paciente.

A concepção deste instrumento parte do princípio que, desde o momento da admissão do paciente, o profissional enfermeiro pode contribuir para o processo de planejamento, fornecendo orientações, auxiliando a compreender o processo saúde-doença junto ao paciente/familiar/cuidador, fornecendo todo o amparo necessário para que, assim, a alta hospitalar seja efetiva de forma e aconteça a partir da compreensão de todos os aspectos necessários para a promoção da continuidade do cuidado externo ao ambiente hospitalar.

Diante das etapas previamente realizadas, com os dados obtidos pela caracterização da unidade de internação no qual foi realizada a pesquisa, evidenciou-se as principais necessidades humanas básicas afetadas, os dispositivos de maior prevalência, as principais demandas juntamente com a identificação da percepção dos enfermeiros, notou-se a necessidade de realização de uma SAE voltada para o planejamento da Alta hospitalar. Conforme descrito anteriormente no transcorrer da metodologia desta dissertação, uma das etapas explanadas era evidenciar a necessidade da realização de um novo modelo de SAE caso esta fosse identificada, e através da percepção dos enfermeiros foi possível identificar esta necessidade, identificando os principais pontos para a melhoria de sua configuração. Nota-se a relevância da criação de um instrumento para planejamento da alta hospitalar.

A construção desta SAE- PAH surge com a intenção de auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão quanto a orientação pertinente desde o momento da admissão do paciente e sua família. Estes dados poderão ser inseridos por meio da avaliação inicial do paciente, correspondendo ao histórico de enfermagem, anamnese, exame físico e identificação das necessidades básicas, e conseqüentemente a cada identificação dos itens correspondentes se obterá os diagnósticos de enfermagem, intervenção de enfermagem e orientações de cuidados.

Desta forma, com os dados obtidos, realizou-se a categorização dos principais achados elaborando-se assim o instrumento aproximando-se do que seria mais adequado para a realidade

da instituição estudada. Contudo este instrumento pode ser utilizado em outras realidades a partir de sua ampliação.

Para a criação do instrumento, primeiramente realizou-se a categorização de cada necessidade encontrada através dos indicadores, com suas possibilidades de diagnósticos de enfermagem baseados no NANDA 2018- 2020, e suas intervenções baseadas nas Classificações das Intervenções de Enfermagem – NIC 2020. Estes achados foram tabulados através de uma tabela, donde continham, a necessidade identificada, o diagnóstico de enfermagem, a intervenção de enfermagem e as orientações mais relevantes para cada item identificado.

Através desta tabulação e explanação inicial dos achados e suas interligações permite-se gerar o planejamento de orientações para a alta hospitalar. Assim realiza-se as interfaces através de fluxograma. Posteriormente, almeja-se que esta proposta possa ser inserida no sistema informatizado.

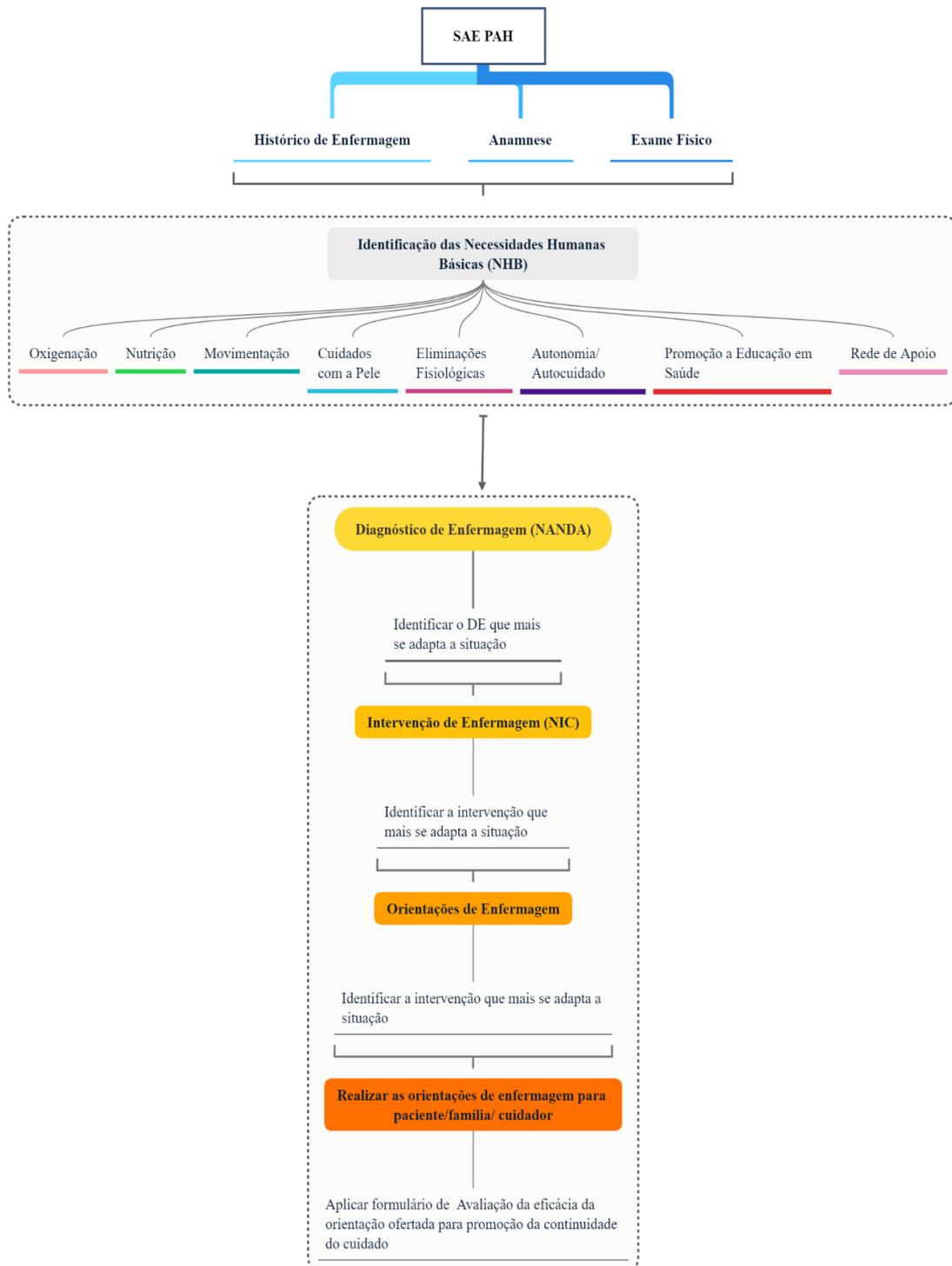
Diante do exposto, o instrumento SAE PAH – Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Planejamento da Alta Hospitalar, ainda se apresenta em sua forma preliminar e deverá passar pela validação até que seja possível a aderência e análise por parte da instituição onde foi concebida possibilitando, posteriormente a sua implementação.

Neste momento, cada página corresponderá a uma interface do instrumento que será informatizado, sendo assim:

- 1) **No display (tela) 1** - é apresentado uma visão geral do instrumento.
- 2) **No display (tela) 2** - é apresentando as Necessidades Humanas Básicas que serão encontradas, estas divididas em Oxigenação, Nutrição, Movimentação, Cuidados com a Pele, Eliminações Fisiológicas, Autonomia/Autocuidado, Promoção de Educação em Saúde e Rede de Apoio.
- 3) **No display (tela) 3** - é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Oxigenação, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 4) **No display (tela) 4** - é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Nutrição, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.

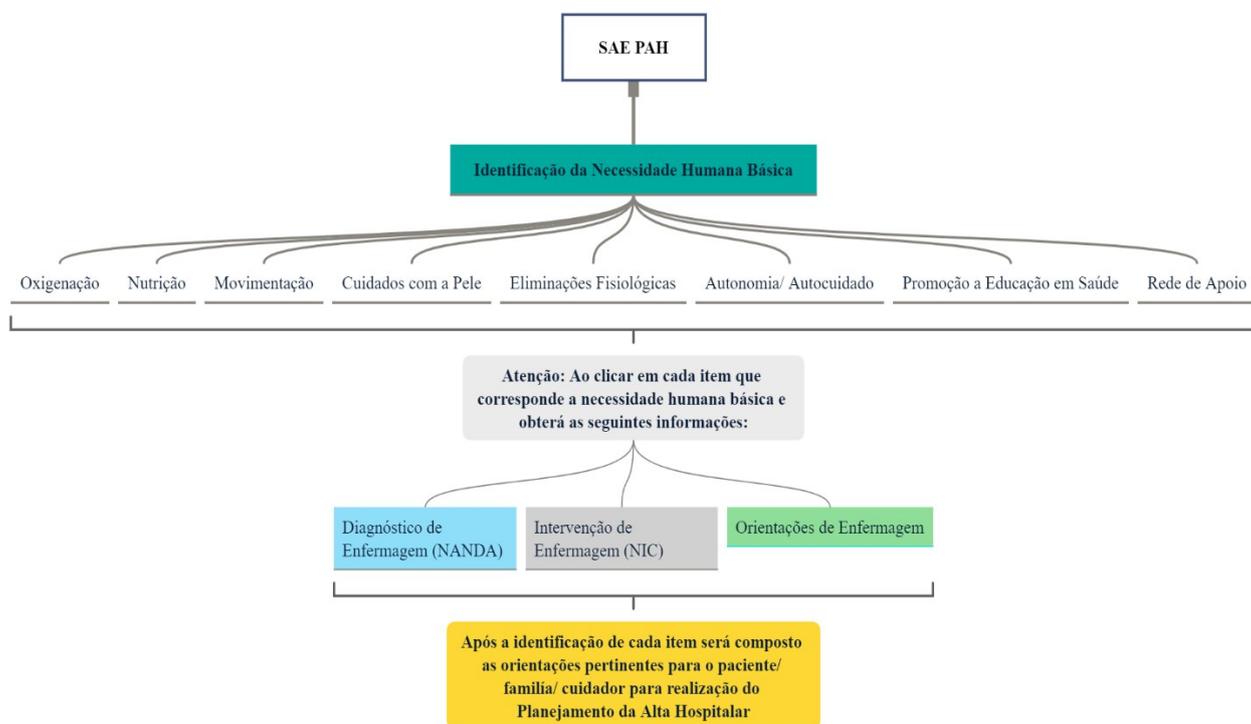
- 5) **No display(tela) 5** - é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Movimentação, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 6) **No display (tela) 6** - é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Cuidados com a pele, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 7) **No display (tela) 7-** é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Eliminações Fisiológicas, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 8) **No display (tela) 8-** é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Autonomia/Autocuidado, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 9) **No display (tela) 9-** é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Promoção de Educação em Saúde, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 10) **No display (tela) 10-** é apresentando referente a Necessidade Humana Básica Rede de Apoio, com os possíveis diagnósticos de Enfermagem, intervenções e orientações para a alta hospitalar.
- 11) **No display (tela) 11-** é apresentando referente ao Instrumento para avaliação da eficácia da orientação ofertada para promoção da continuidade do cuidado em seu processo de Planejamento da alta hospitalar (este último item também se encontrará em formato de tabela para melhor apreciação).

Figura 12- Display (Tela) 1: Protótipo Visão Geral, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



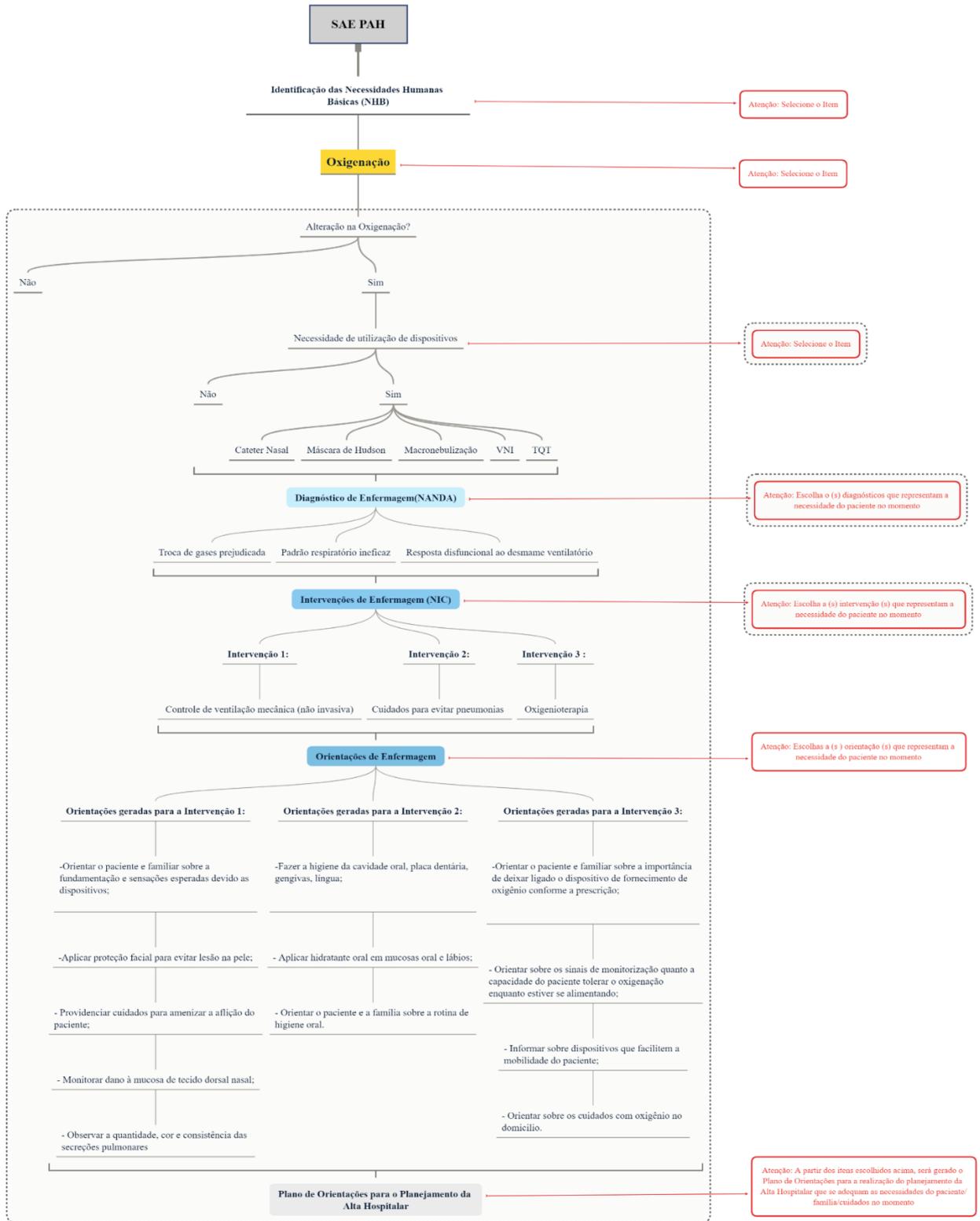
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Figura 13-Display (Tela) 2: Identificação das Necessidades Humanas Básicas, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



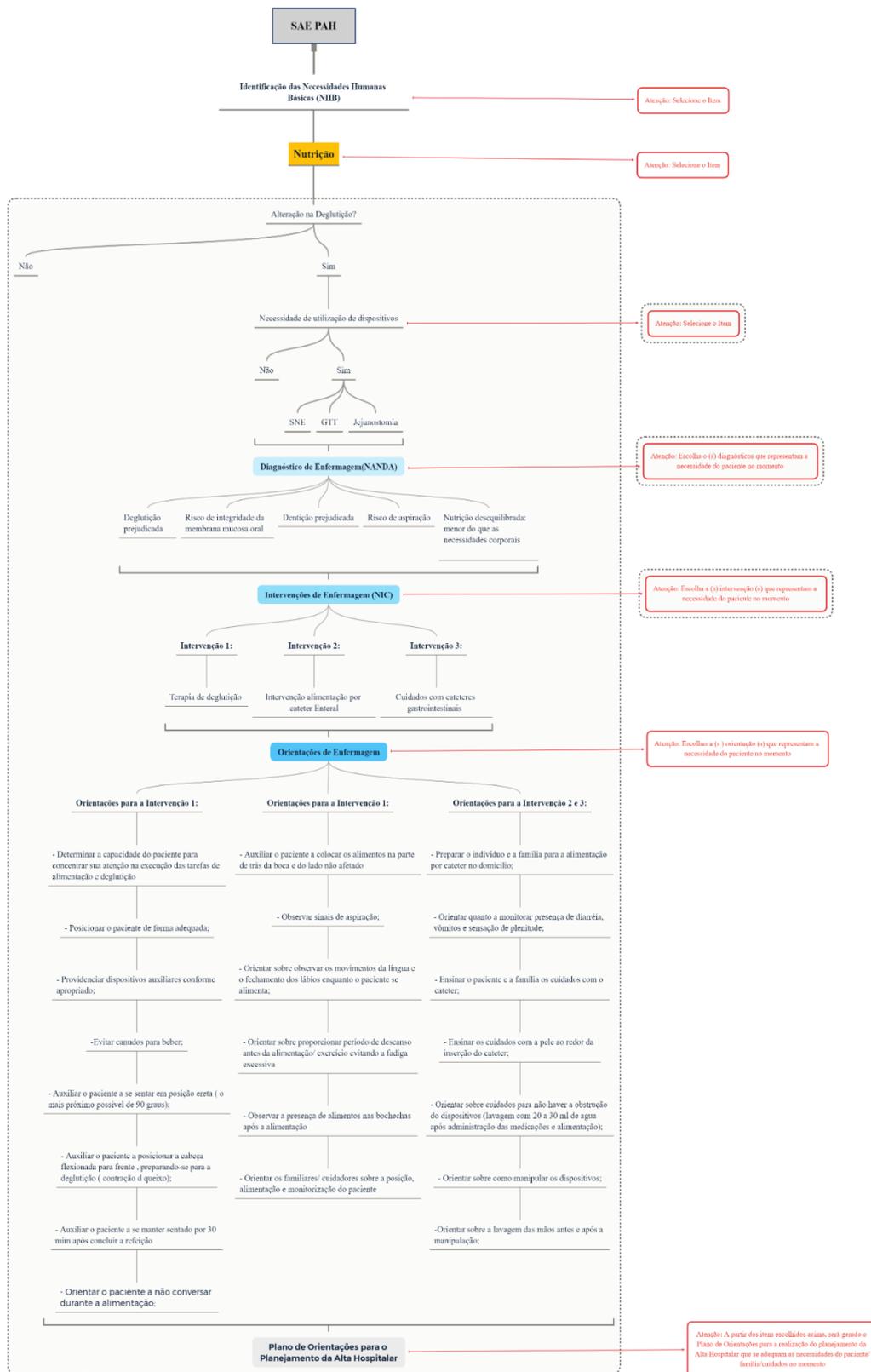
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Figura 14- Display (Tela) 3: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Oxigenação), Florianópolis, SC, Brasil, 2021



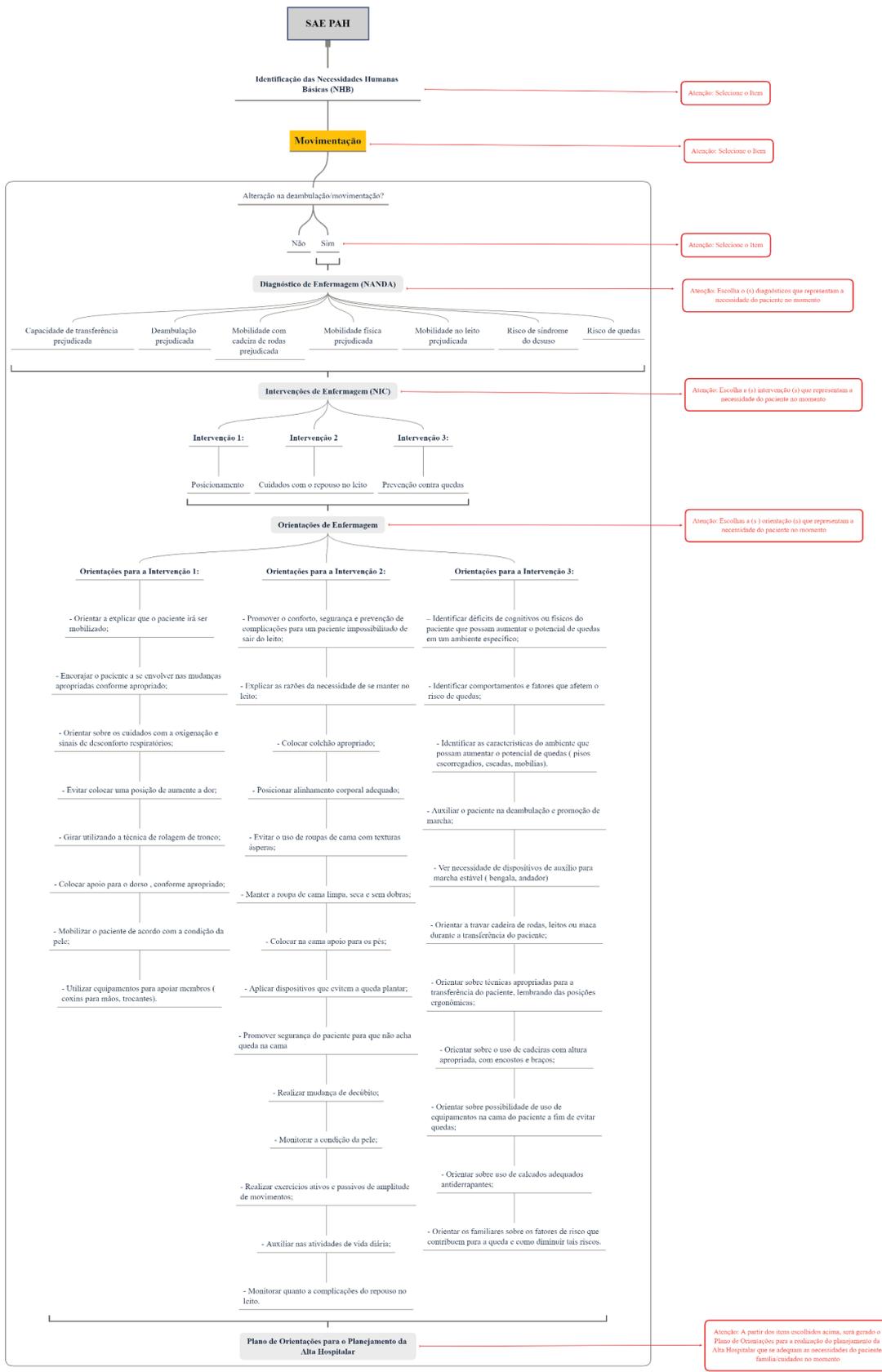
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 15- Display (Tela) 4: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Nutrição), Florianópolis, SC, Brasil, 2021



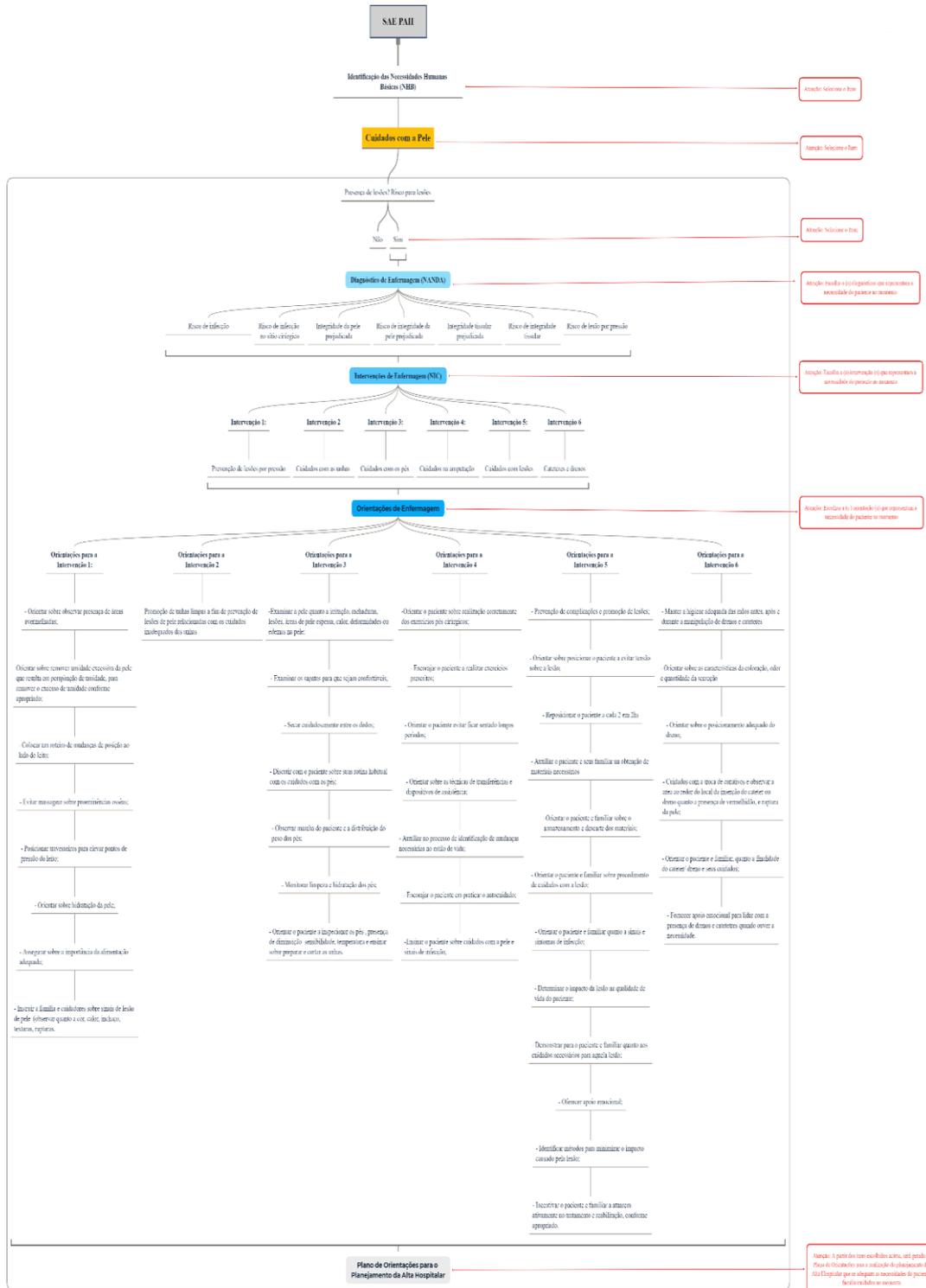
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020) Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 16- Display (Tela) 5: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Movimentação), Florianópolis, SC, Brasil, 2021



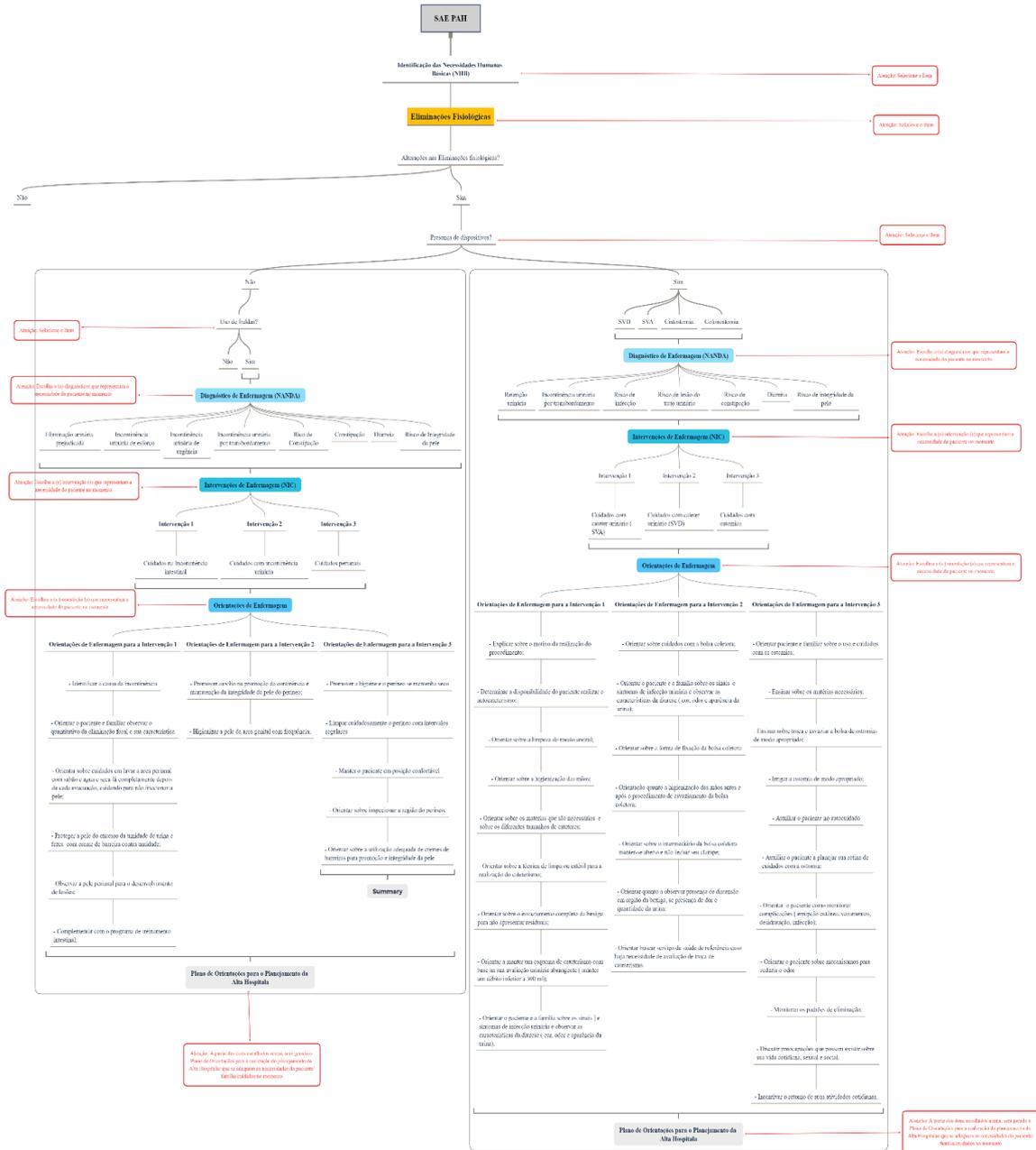
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Figura 17-Display (Tela) 6: Identificação da Necessidade Humanas Básicas (Cuidados com a Pele), Florianópolis, SC, Brasil, 2021



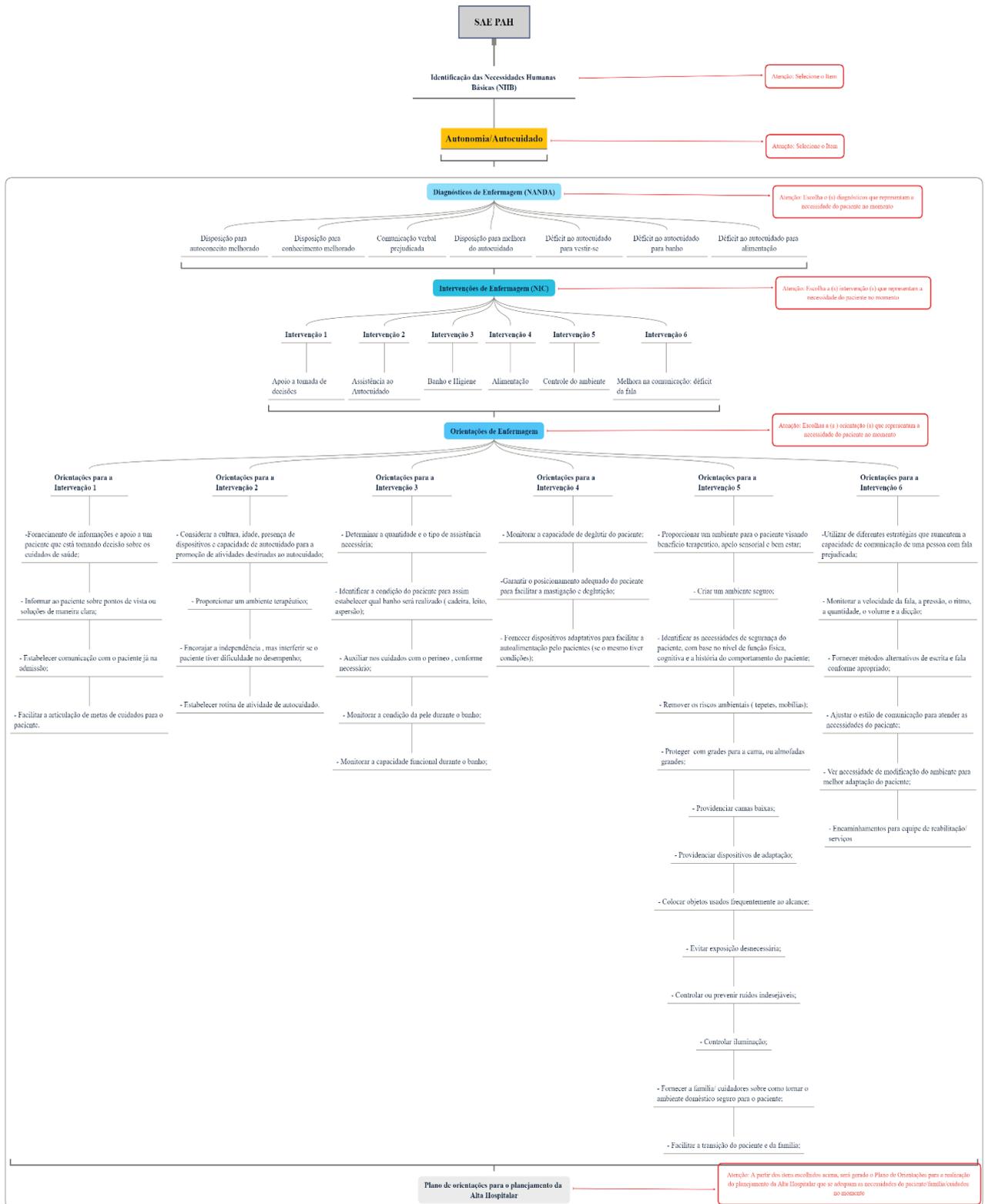
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 18- Display (Tela) 7: Identificação da Necessidade Humanas Básicas (Eliminações Fisiológicas), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



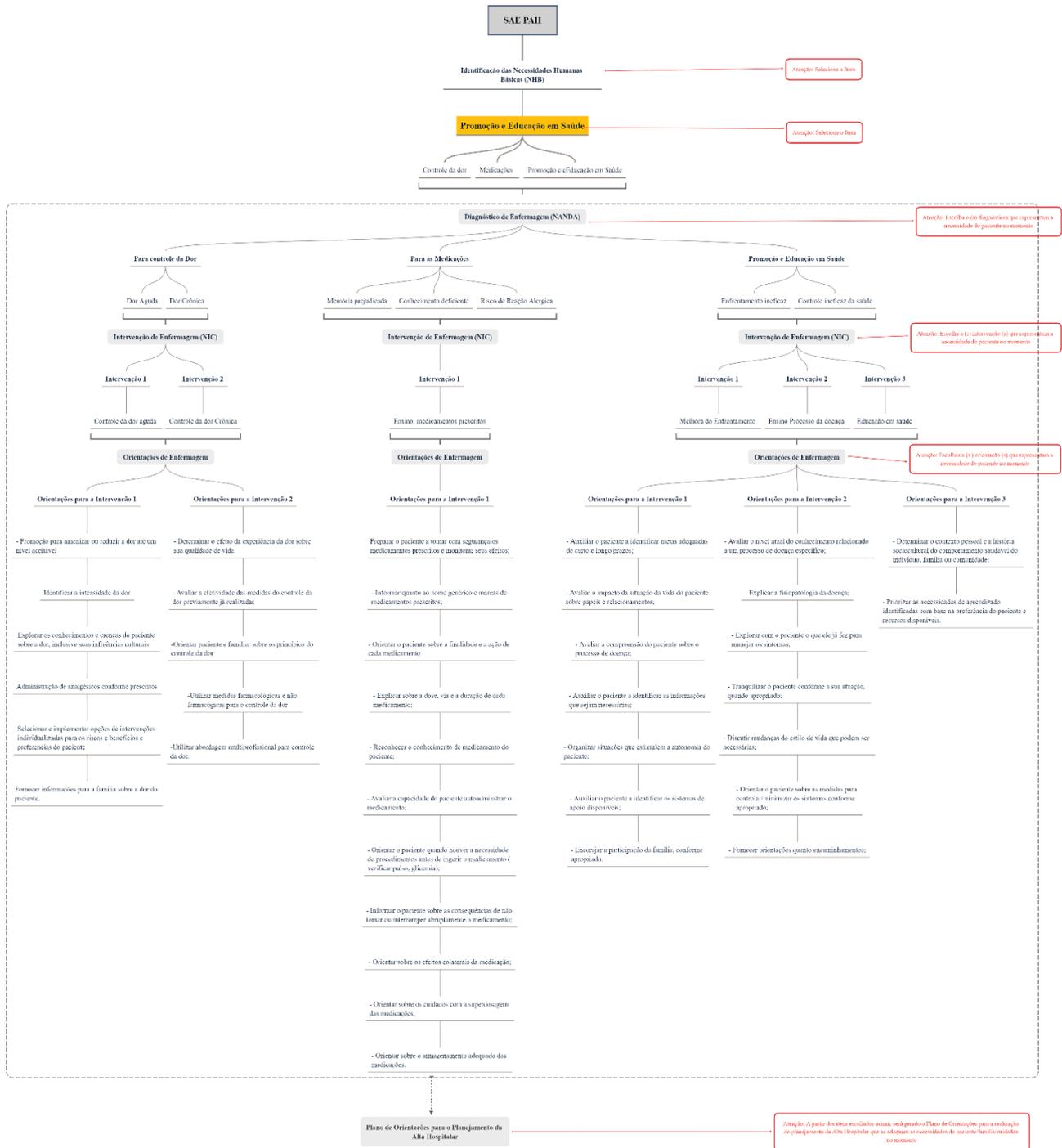
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 19- Display (Tela) 8: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Autonomia/Autocuidado), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



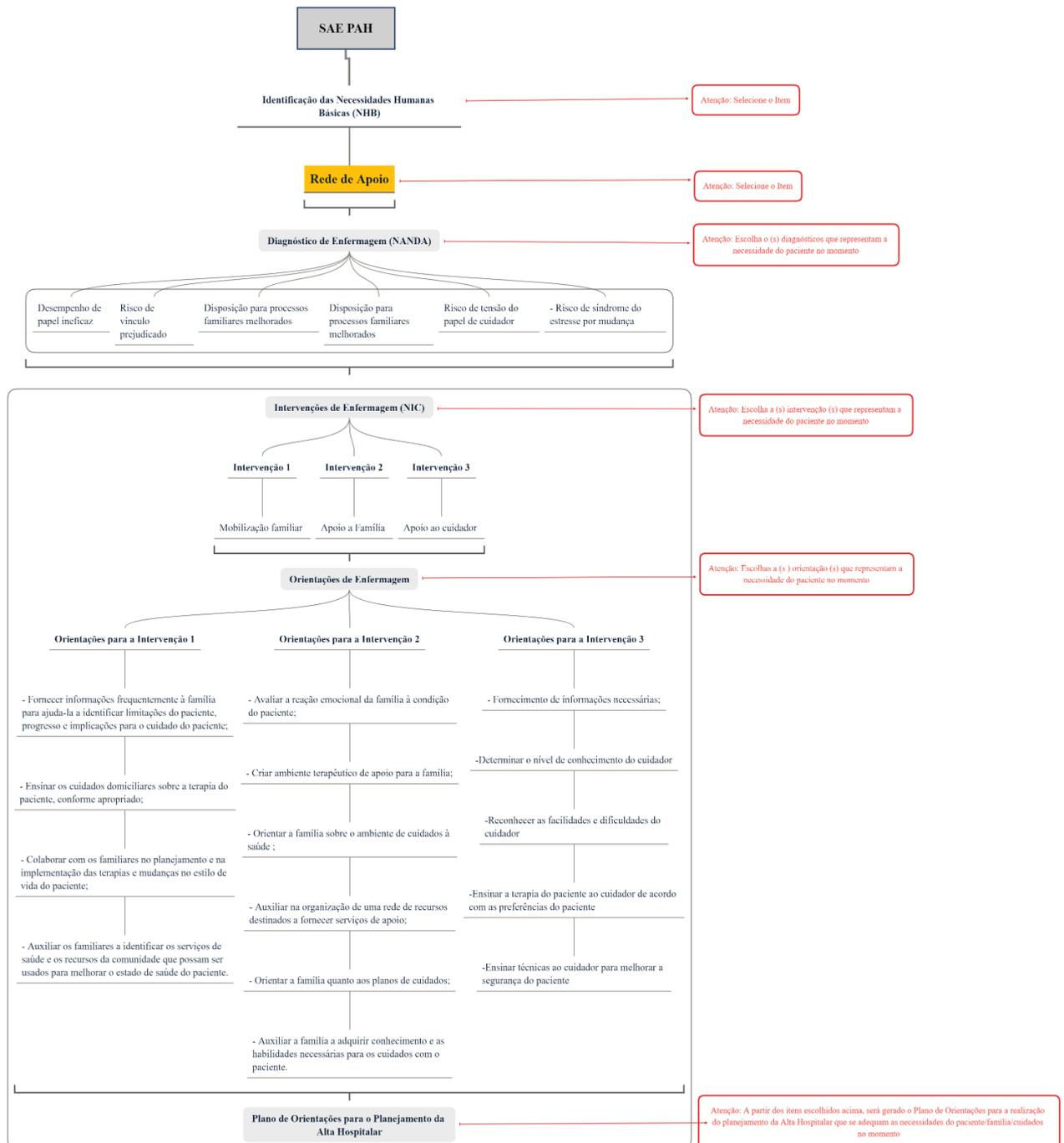
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 20- Display (Tela) 9: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Promoção e Educação em Saúde), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Figura 21– Display (Tela) 10: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Rede de Apoio), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



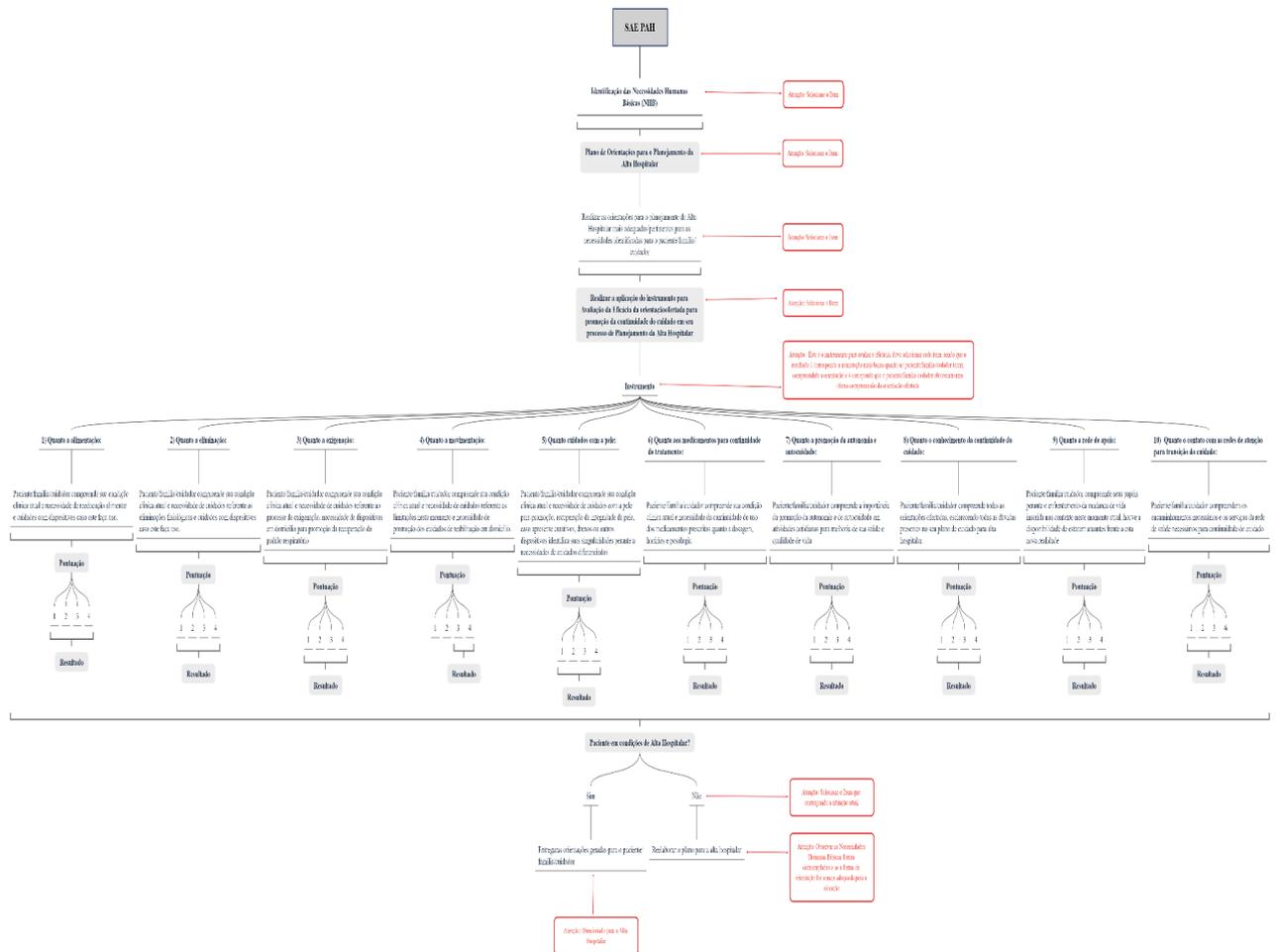
Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Diante da necessidade de se identificar se as orientações ofertadas serão compreendidas, foi elaborado um instrumento de avaliação da eficácia das orientações de enfermagem para o planejamento para a alta hospitalar contida nesta proposta. O objetivo foi o de verificar se as

informações prestadas foram compreendidas pelos pacientes/família e ou cuidadores. Para tanto utilizou-se a escala *Likert*, com pontuação de 1 a 4, sendo a pontuação 1 nível de compreensão baixa da orientação e sendo a pontuação 4 um nível de compreensão alta da orientação.

Desta forma, será obtido a eficácia do plano de cuidado proposto, sendo que esta escala tem por intuito ser utilizada desde o momento da admissão do paciente, pois desta forma ocorrerá uma partilha de informações promovendo o conhecimento entre enfermeiro, paciente/família/cuidador e possibilitando diminuir os vieses presentes no momento da saída do paciente do ambiente hospitalar seja para domicílio ou transferência para outra instituição prestadora do cuidado.

Figura 22- Display (Tela) 11: Identificação da Necessidade Humanas Básica (Instrumento de Eficácia da Orientação prestada), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no NANDA (2018-2020) e NIC (2020), Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Tabela 3- Instrumento para avaliação da eficácia da orientação ofertada para promoção da transição cuidado em seu processo de Planejamento da alta hospitalar, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Instrumento para avaliação da eficácia da orientação ofertada para promoção da continuidade do cuidado em seu processo de Planejamento da alta hospitalar	
<p>1) Quanto a alimentação:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade de reeducação alimentar e cuidados com dispositivos caso este faça uso.</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>2) Quanto a eliminação:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade de cuidados referente as eliminações fisiológicas e cuidados com dispositivos caso este faça uso.</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>3) Quanto a oxigenação:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade de cuidados referente ao processo de oxigenação, necessidade de dispositivos em domicílio para promoção da recuperação do padrão respiratório</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>4) Quanto a movimentação:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade de cuidados referente as limitações neste momento e necessidade de promoção dos cuidados de reabilitação em domicílio.</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>5) Quanto cuidados com a pele:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade de cuidados com a pele para promoção, recuperação da integridade da pele, caso apresente curativos, drenos ou outros dispositivos identifica suas singularidades perante a necessidades de cuidados diferenciados</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>6) Quanto aos medicamentos para continuidade do tratamento:</p> <p>Paciente/família/cuidador compreende sua condição clínica atual e necessidade da continuidade do uso dos medicamentos prescritos quanto a dosagem, horários e posologia.</p>	() 1 () 2 () 3 () 4
<p>7) Quanto a promoção da autonomia e autocuidado:</p>	() 1 () 2 () 3 () 4

Paciente/família/cuidador compreende a importância da promoção da autonomia e do autocuidado em atividades cotidianas para melhoria de sua saúde e qualidade de vida	
8) Quanto o conhecimento da continuidade do cuidado: Paciente/família/cuidador compreende todas as orientações ofertadas, esclarecendo todas as dúvidas presentes no seu plano de cuidado para alta hospitalar.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
9) Quanto a rede de apoio: Paciente/família/cuidador compreende seus papéis perante o enfrentamento da mudança de vida inserida nos contextos neste momento atual, houve a disponibilidade de estarem atuantes frente a esta nova realidade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10) Quanto o contato com as redes de atenção para transição do cuidado: Paciente/família/cuidador compreendem os encaminhamentos necessários e os serviços da rede de saúde necessários para continuidade do cuidado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
OBS: Avaliar a pontuação e os itens onde houver a pontuação mais baixa rever o planejamento e a ver necessidade de adequar a comunicação para assim se efetivar a compreensão das orientações ofertadas.	
Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (LEITE et al., 2018).	

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

1.1 SUBSÍDIOS APONTADOS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES SOBRE O SAE-PAH

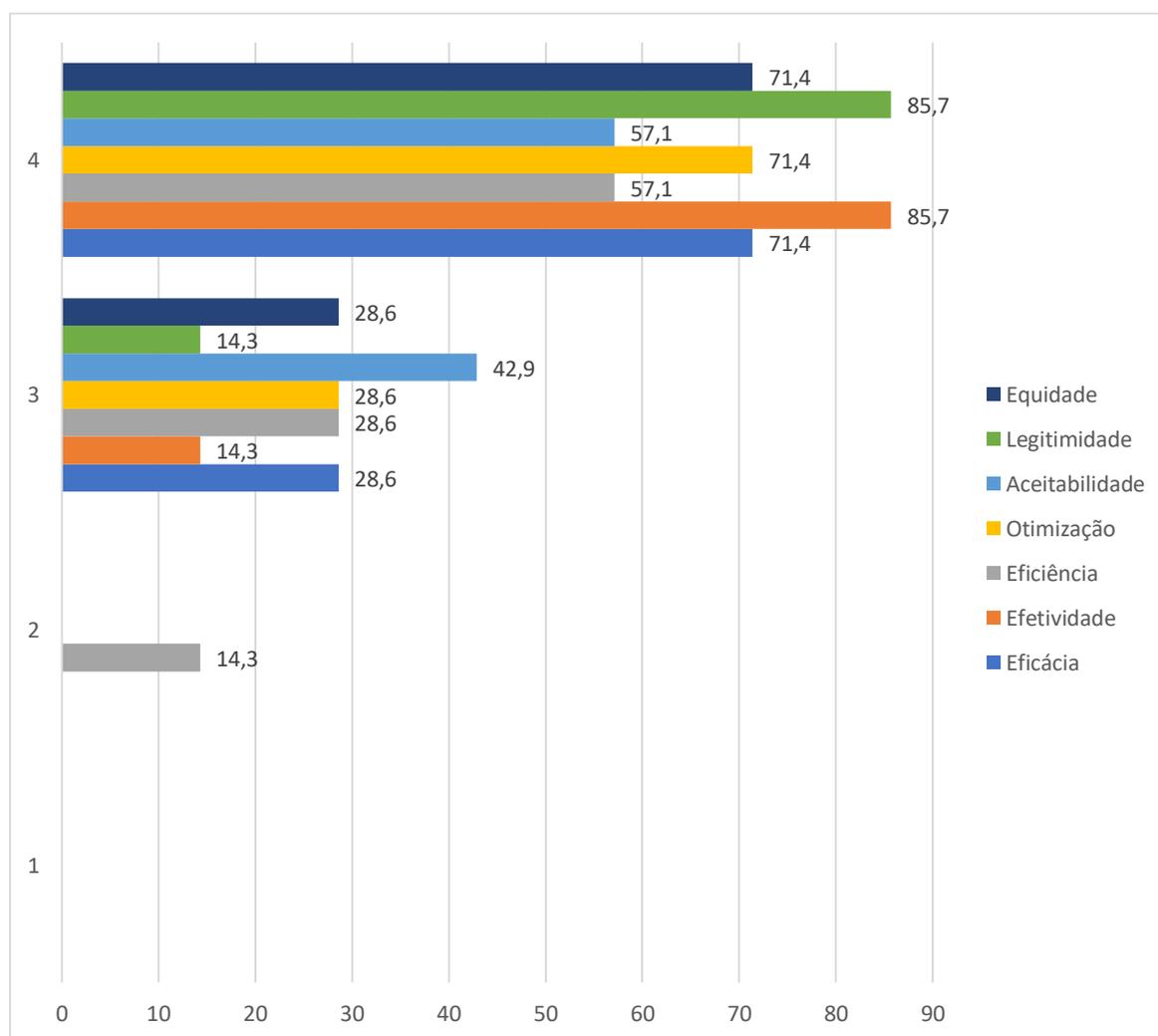
Correspondendo a etapa de avaliação do instrumento proposto, foi encaminhado para os enfermeiros participantes da pesquisa um documento, composto pelo instrumento da SAE-PAH, contendo os fluxogramas e esclarecimentos de cada etapa a fim de verificar a adequação das orientações de cuidados de enfermagem.

A avaliação do instrumento ocorreu através do *google forms*. Esta avaliação correspondeu a sete perguntas baseada na teoria de Donabedian (1994), a partir dos sete pilares conforme o autor conceitua dos quais são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme descrito em uma das etapas da metodologia

desta pesquisa. Estes aspectos correspondem ao questionário do Apêndice D, a avaliação do instrumento no google forms, do qual continham sete perguntas e sua avaliação através de escala *Likert* (1 a 4): 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

Quanto a devolutiva referente a avaliação do Instrumento obteve-se retorno de sete enfermeiros dos nove participantes. Desta forma os dados foram tabulados e apresentados, conforme a ilustração do gráfico a seguir, figura 23.

Figura 23- Avaliação dos participantes do instrumento SAE- PAH baseado na teoria de Donabedian, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Conforme o gráfico nota-se que, os critérios de qualidade de Donabedian (1994) o instrumento apresenta seis itens (eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) dos sete itens que corresponde aos pilares, obteve-se como resultado correspondendo como “representativo” ou que “representa pequena revisão” para se tornar representativo

Contudo, o item sobre a eficiência do instrumento, obteve-se resultado de 14,3% como “necessita de grande revisão para se tornar representativo”. Diante disto, a palavra “eficiência” veem no sentido de trazer bons resultados. Acredito que esta nota mais baixa referente a este item, pode ser justificado pelo fato de o instrumento não estar implementado até o momento e perante o exposto não sendo possível constatar se de fato a SAE- PAH será eficiente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destaca a alta hospitalar como um momento extremamente importante, amplo e multifatorial que requer tempo hábil para seu planejamento e realização a fim de que haja eficácia nas orientações para o cuidado pós hospitalar.

O enfermeiro possui um papel fundamental sendo um importante pilar das ações por meio de um programa de orientações claras a serem ofertadas ao público-alvo, direcionando os cuidados de forma individualizada, humanizada e coerente sob a perspectiva de promoção da autonomia do paciente como sujeito de suas ações e escolhas.

Diante disto, é indispensável a inserção da família neste contexto como elemento fundamental na rede de apoio do paciente que, muitas vezes fragilizado perante sua nova condição precisa de apoio e cuidado. O enfermeiro possui habilidade científica referente a condição clínica, mas além disto, deve ter compreensão ampla sobre as possibilidades de cuidado que cada situação requer, inclusive contribuindo para uma transição entre o hospital e a comunidade em que o paciente habita de forma mais tranquila e saudável, consolidando desta forma a continuidade do cuidado.

Embora tenha ocorrido turbulência ao longo do desenvolvimento do estudo em função das condições sanitárias impostas pela pandemia, acredito que o objetivo desta dissertação foi alcançado. A utilização da teoria do Cuidado Baseado nas Forças permitiu compreender a importância da família para a continuidade do cuidado e o quanto se faz necessário a quebra de paradigmas relacionado ao processo de orientações para a alta hospitalar, não basta apenas fornecer as informações, mas sim identificar a compreensão do outro, saber suas potencialidades e fragilidades para um direcionamento efetivo e de qualidade.

Como resultados, a relevância da realização da caracterização dos pacientes na unidade médico- cirúrgica, foram de suma importância para determinar o direcionamento das ações a serem planejadas e inseridas no instrumento para a alta como parte da SAE, os dados remetem a indicadores que podem ser trabalhados sob a perspectiva de melhoria de processos gerencias da assistência de enfermagem.

A identificação da percepção dos enfermeiros, evidencia a importância que os profissionais precisam ampliar acerca do papel que possuem frente a temática estudada e o que é necessário para que haja a participação e autonomia do enfermeiro no planejamento e execução da alta hospitalar. Outro aspecto importante se refere ao empoderamento do

enfermeiro como protagonista na proposição dessas ações. É relevante assinar a relevância da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma ferramenta a partir da qual as ações podem ser planejadas. Acredito que houve a sensibilização dos enfermeiros participantes sobre o tema e a importância do seu papel no processo de planejamento da alta hospitalar.

A concretização do produto, apesar de ainda não ter ocorrido sua implementação, evidencia um recurso e contribui para elaboração de orientações para a alta hospitalar embasada e científica com sua inclusão no sistema informatizado da instituição e como parte da SAE. Além disto, a proposta aqui apresentada contribui positivamente para a qualidade da assistência, podendo impactar na satisfação do paciente e família devido o estreitamento da criação do vínculo, criando a articulação entre as redes de atenção e podendo gerar diminuição de custos a instituição e como consequência podendo levar a diminuição das taxas de reinternação por motivos evitáveis proporcionando a qualidade no gerenciamento do cuidado.

Com certeza, o produto apresentado pode ser adaptado e ampliado para outras realidades, por meio do processo de validação e ampliação de nível tecnológico como uma ferramenta na prestação dos cuidados de enfermagem

Diante do exposto, apesar das fragilidades ocasionadas devido ao momento atual que vivemos, do qual a pandemia gerou algumas limitações para esta pesquisa, e que alguns aprofundamentos relacionados a esta temática serão realizadas em outros estudos posteriores, a construção desta dissertação remeteu a importância da eficácia do planejamento da alta hospitalar, a importância da identificação precoce das necessidades que o paciente e família venham apresentar, prestação do cuidado individualizado, centrado no processo de autonomia e reabilitação do paciente e família, a necessidade da promoção da sensibilização do enfermeiro perante o processo de enfermagem e a articulação com os demais níveis de atenção à saúde, e o quanto o enfermeiro pode realizar através de sua interlocução de forma a fortalecer as relações com os demais profissionais sob a perspectiva multidisciplinar, transdisciplinar e interdisciplinar impactando assim na qualidade de vida do paciente e família sob esta nova concepção.

8 REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.S.; CÂMARA, C. E.; WEBER, L. A. F. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [s.l.], v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2 dez. 2018 <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2019.
- ALBUQUERQUE, J. M.; SILVA, R. F. A.; SOUZA, R. F. F. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 1-9, 29 ago. 2017. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50609>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- ALVES, R. C.; LIMA, L.S.; BARBOSA, D.A. *et al.* Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC. **Revista Enfermagem UERJ**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 338-345, 5 nov. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.30338>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- ANJOS, V. M. **O familiar cuidador da pessoa com ostomia respiratória: satisfação com o planejamento do regresso a casa**. 2020. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2020.
- AUED, Gisele Knop. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 2017. 187 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- AUED, G. K.; BERNARDINO, E.; LAPIERRE, J. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, p. 3162-3170, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; PEREIRA, M.J.B. *et al.* Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 333-338, abr. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Ed. Rev. e Ampl. São Paulo, 2011.
- BARRETO, J. J. S.; COELHO, M.P.; LACERDA, L. *et al.* Nursing records and the challenges of their implementation in the assistance practice. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 1-8, jul. 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- BARKER, I.; STEVENTON, A.; DEENY, S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data: cross sectional study of routinely collected, person level data. **BMJ**, [s.l.], n. 353, p. 84-93, 1 fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BATISTA, A.J.S.; PEPE, V. L. E. Os desafios da nanotecnologia para a vigilância sanitária de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 7, p. 2105-2114, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.02462013>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria 2.809, de 07 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 30 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 30 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 mai. 2020.

BIESE, K.; LAMANTIA, M.; SCHOFER, F. *et al.* A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 188-195, fev. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.12308>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BORENSTEIN, J. E.; ARONOW, H.U.; BOLTON, L.B. *et al.* Identification and team-based interprofessional management of hospitalized vulnerable older adults. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 64, n. 2, p. 137-145, mar. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.014>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BOWLES, K. H.; CHITAMMS, J.; HEIL, E. *et al.* Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. **Research In Nursing & Health**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 102-114, 25 jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.21643>. Acesso em: 20 nov. 2019

BRONDANI, J. E.; LEAL, F.Z.; POTTER, C. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 1-8, 28 mar. 2016. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BUBOLZ, C. H. **As implicações dos determinantes sociais em saúde na internação em unidade de cuidados prolongados**. 2020. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

BUTCHER, HOWARD . **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)** / editores Howard K. Butcher ... [et al.] ; tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga, Denise Costa

Rodrigues. – 7. ed. – Rio de Janeiro : GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

CARVALHO, A.; ARAUJO, L.; VERÍSSIMO, M. When long-term care comes to an end: informal caregivers perspectives on patient discharge. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v., n. 22, p. 107-116, 30 set. 2019. Health Sciences Research Unit: Nursing. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19023>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CAPRA F.; LUISI P.L. **A visão sistêmica da vida**: uma concepção unificada e suas premissas filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo, SP (BR): Cultrix; 2014.

CAVALCANTI, T. M.; GOUVEIA, V.V.; MEDEIROS, E.D. *et al.* Hierarquia das necessidades de Maslow: validação de um instrumento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 39, n. 18, p. 1-13, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003183408>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CIETO, B. B.; GARBUIO, D.C.; CAMARGO, V.B. *et al.* Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review: an integrative review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 725-757, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140055>. Acesso em: 20 nov. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/?s=358%2F2009>. Acesso em: 27 fev. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União. 2012 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 10 jul. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 543/2017, 18 de abril de 2017**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 27 fev. 2020.

COFFEY, A.; MCCARTHY, G. M. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. **International Journal of Older People Nursing**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 104-115, 7 fev. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x>. Acesso em: 20 nov. 2019.

COLLI, M.; ZANI, A. V. Validation of a nursing discharge plan for pregnant and high-risk puerperal women. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 7, p. 1-7, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160004>. Acesso em: 10 jul. 2021.

COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S.R.; SOARES, C. *et al.* The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 53, p. 3190-3197, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. Acesso em: 20 nov. 2019.

- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I.; ANDRADE, S. R. et al. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- COSTA, S.M.; SILVA, J. A.; SANTOS, M. E. et al. Perfil dos pacientes de terapia intensiva em um hospital de emergência. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 359-366, 28 nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242359>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- CRUZ, I. M. L.; MANTOVANI, M. F. Orientação de enfermagem para a alta hospitalar do paciente neoplásico. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 687-693, 19 dez. 2014. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.36261>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- D' ARTIBALE, E. F.; TENUTA, T. F.; ALMEIDA, M.M. et al. Morbimortalidade DOS pacientes adultos internados em unidade aberta. estudo epidemiológico – Hospital Santa Rosa – Cuiabá (MT). **Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 64-73, out. 2018. Disponível em: <http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/104/86>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- DESAI, A. D.; POPALISKY, J.; SIMON, T. D. et al. The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. **Hospital Pediatrics**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 219-231, 1 abr. 2015. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2014-0097>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- FELIX, H. C.; SEABERG, B.; BURSAC, Z. et al. Why do patients keep coming back? Results of a readmitted patient survey. **Social Work In Health Care**, [s.l.], v. 54, n. 1, p. 1-15, 2 jan. 2015. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2014.966881>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- FIGUEIREDO, T. P.; JUNIOR, N.M.C.; GROIA, R. C.S. et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento fármaco terapêutico. **Rev. APS**, Minas Gerais, v. 3, n. 19, p. 376-383, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15794>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- FUGULIN, F. M. T.; SILVA, S. Ho.; SHIMIZU, H. E. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital Universitário** [s.l.], v. 4, n. 1-2, p. 63-68, 1994. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000889361>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 72-78, fev. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000100012>. Acesso em: 9 jan. 2021.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática**. 1994. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GALLAGHER, N. A. *et al.* Improving care transitions: complex high-utilizing patient experiences guide reform. **Am J Manag Care**, Ann Arbor, v. 23, n. 10, p.347-357, out. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29087639>. Acesso em: 20 out. 2019.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análise: a recomendação prisma: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015. Instituto Evandro Chagas. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>. Acesso em: 20 dez. 2019.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANIN, N.A.; CLEMENSON, L.M, *et al.* Discharge planning from hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], n. 1, p. 1-10, 27 jan. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000313.pub5>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GHOLIZADEH, M.; DELGOSHAEI, B.; GORJI, H. A., *et al.* Challenges in patient discharge planning in the health system of Iran: a qualitative study: a qualitative study. **Global Journal of Health Science**, [s.l.], v. 8, n. 6, p. 168-179, 26 out. 2015. Canadian Center of Science and Education. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p168>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GOTTLIEB, L.N. **Strengths-based nursing care: health and healing for person and family**. New York: Springer Publishing; 2013.

GOTTLIEB, L. N. **Strengths-based nursing: a holistic approach to care, grounded in eight core values**. AJN, v.114, n. 8, p. 24-32, 2014.

GOTTLIEB, L. N. **O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família**. Loures: Lusodidacta, 2016.

HAHN-GOLDBERG, S.; OKRAINEC, K.; DAMBA, C., *et al.* Implementing patient-oriented discharge summaries (pods): a multi-site pilot across early adopter hospitals: a multi-site pilot across early adopter hospitals. **Healthcare Quarterly**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 42-48, 29 abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2016.24610>. Acesso em: 20 nov. 2019.

HARRISON, J.D.; GREYSEN, R.S.; JACOLBIA, R., *et al.* Not ready, not set...discharge: patient-reported barriers to discharge readiness at an academic medical center: patient-reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 9, p. 610-614, 15 abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.2591>. Acesso em: 20 nov. 2019.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

International, N. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I - Definições e Classificação 2018-2020: Novidades que Você Precisa Conhecer**. Grupo A, 2020. 9786558820017.

JACKSON, C.; SHAHSAHEBI, M.; WEDLAKE, T., *et al.* Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. **The Annals of Family Medicine**, [s.l.], v. 13,

n. 2, p. 115-122, 1 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1753>. Disponível em: 10.1370/afm.1753. Acesso em: 20 nov. 2019.

JACOBI, C. S.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. *et al.* Family dynamics of elderly members undergoing pre-dialysis treatment. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 21-28, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170023>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KABLE, A.; CHENOWETH, L.; POND, D., *et al.* Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their caregivers: a qualitative descriptive study: a qualitative descriptive study. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 567-578, jun. 2015. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KNIER, S.; STICHLER, J.; FERBER, L., *et al.* Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. **Rehabilitation Nursing**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 30-39, 24 jun. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/rnj.164>. Acesso em: 15 jan. 2020.

KUNTZ, S. R.; GERHARDT, L.M.; FERREIRA, A.M. *et al.* Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LANA, R. M.; COELHO, F.C.; GOMES, M.F.C., *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [on-line], v. 36, n. 3, 2020 ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>. Acesso em: 05 mai. 2020.

LIMA, J. J.; VIEIRA, L. G. D.; NUNES, M. M. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 3, p. 1273-1280, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LEITE, S. S.; ÁFIO, A.C.E.; CARVALHO, L.V., *et al.* Construction and validation of an educational content validation instrument in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>. Acesso em: 20 nov. 2019.

LOPES, Â. M. L. A.; BRAGA, Y.K.B.; MARQUES, K.M.A.P. *et al.* Fatores que contribuem para reinternação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Enferm. Foco**, Sobral, v. 5, n. 11, p. 104-109, ago. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3171>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LOUDET, C. I.; MARCHENA, M.C.; MARADEO, M.R. *et al.* Reducing pressure ulcers in patients with prolonged acute mechanical ventilation: a quasi-experimental study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 40-46, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170007>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MACHADO, L. G.; SILVA, R.M.; SIQUEIRA, F.D. *et al.* Desafios do usuário frente a estomia: entre o real e almejado. **Revista Nursing**, Santa Maria, v. 253, n. 22, p. 2962-2966, abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025601>. Acesso em: 10 jul. 2021.

- MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; GUZINSKI, C.; *et al.* Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p. 824-829, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680509i>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- MARTINS, N. P. R.; SILQUEIRA, S.M.F.; SOUZA, L. M. E. *et al.* Quality of life of older adults admitted to a Medical Clinic Unit of a Public Hospital in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 54, n. 1, p. 1-7, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018032903573>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000200005>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- MARTINS, M. M.; AUED, G.K.; RIBEIRO, O.M.P.L., *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 449-458, 21 set. 2018. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MARTÍNEZ-RAMOS, M.; FLORES-PARDO, E.; URIS-SELLÉS, J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. **Revista de Calidad Asistencial**, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 76-83, mar. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.09.004>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, 50(4), 370-396. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0054346>. Acesso em: 01 jul. 2020.
- MATA, L. R. F.; AZEVEDO, C.; BERNARDES, M.F.G.V. *et al.* Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 1-9, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MCGUILL. **Ingram School of nursing**. Dra. Laurie Gottlieb. Disponível em: <https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MCGUILL. **Ingram School of nursing**. Dra. Laurie Gottlieb. Disponível em: <https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>, Acesso em: 20 jan. 2020.
- MENDES, F. R.P.; GEMITO, M.L.G.P.; CALDEIRA, E. C., *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 841-853, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- MENDES, V. C.; TISSOTI, Z.L.; SOUTO, V.T. *et al.* Percepção sobre a alta hospitalar de pessoas internadas em unidade de atenção psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 32, n. 10, p. 1-9, out. 2019. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9394>. Acesso em: 10 jul. 2021.

- MENDONÇA, H. M. C. R.; OLIVEIRA, K.; SIQUEIRA, L.R. *et al.* Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. **Revista Estima**, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 207-213, out. 2017. Zeppelini Editorial e Comunicação. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201700040004>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- MENNUNI, M.; GULIZIA, M.M.; ALUNI, G., *et al.* ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: hospital discharge planning. **European Heart Journal Supplements**, [s.l.], v. 19, n., p. 244-255, maio 2017. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIXON, A. S.; MEYERS, A.P.; LEAK, C., *et al.* Characteristics associated with post discharge medication errors. **Mayo Clinic Proceedings**, [s.l.], v. 89, n. 8, p. 1042-1051, ago. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.04.023>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- MODAS, D. A. S.; NUNES, E. M. G. T.; CHAREPE, Z. B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 1-9, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- NOBRE, I. E. A. M.; BARROS, L.M.; GOMES, M.L.S. *et al.* Sistema de classificação de pacientes de Fuginin: perfil assistencial da clínica médica. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, p. 1736-1742, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15245p1736-1742-2017>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- NOSBUSCH, J. M.; WEISS, M. E.; BOBAY, K. L. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 20, n. 5-6, p. 754-774, 19 out. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03257.x>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 636-640, 23 set. 2015. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- NUNES, E. C. D. A.; MENEZES FILHO, N. A. Sistematização da alta de enfermagem - uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 1-9, 30 jun. 2016. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45875>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- NUNES, S. S.; MONTESINOS, M.J.L.; PEDROSO, V. S. M. *et al.* Adherence to nursing guidelines in relation to home care of bone marrow transplants in the ecosystem perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0310>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- OLIVEIRA, A. L.; CAMARGO, F.C.; ALMEIDA, J. M. *et al.* Apreensões de trabalhadores hospitalares sobre orientações para o cuidado de pessoas em nutrição enteral domiciliar. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 15, p. 995-1006, 1 jul. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2020.41995>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M. H. L.; SARTOR, S.F., *et al.* Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enferm Global**. 2015 jul; 39:375-89. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt> Acesso em: 20 nov. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/q-a-detail/q-a-coronaviruses#:~:text=protect>. Acesso em: 5 mai. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 05 mai. 2020.

OECD. Organization for Economic Co-operation and Development (FR) [Internet]. Paris: OECD; c2017. **Length of hospital stay** Disponível em: <https://doi.org/10.1787/8dda6b7a-en>. Acesso em: 25 mar. 2020.

OSCALICES, M. I. L.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M.C.B.T. *et al.* Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-9, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2484.3159>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PAQUIN, A. M.; SALOW, M.; RUDOLPH, J. L. Pharmacist calls to older adults with cognitive difficulties after discharge in a tertiary veterans administration medical center: a quality improvement program: a quality improvement program. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 63, n. 3, p. 571-577, mar. 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jgs.1331510>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PHILIPS, T. EMR (Electronical Medical Record). 2020. Disponível em: <https://www.philips.com.br/healthcare/resources/landing/solucao-tasy>. Acesso em: 05 maio 2020.

PRESSMAN, R.S. **Engenharia de software: uma abordagem profissional**. 7th ed. Porto Alegre: AMGH; 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

RAJASEKARAN, K.; REVENAUGH, P.; BENINGER, M., *et al.* Development of a quality care plan to reduce otolaryngologic readmissions. **Otolaryngology–head And Neck Surgery**, [s.l.], v. 153, n. 4, p. 629-635, 12 fev. 2015. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0194599815570025>. Acesso em: 20 nov. 2019.

RATTRAY, N. A.; SICO, J.S.; COX, L.A., *et al.* Crossing the Communication Chasm: challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [s.l.], v. 43, n. 3, p. 127-137, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.007>. Acesso em: 15 dez. 2019.

RIBAS, E. N.; BERNARDINO, E.; LAROCCA, L.M., *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Acesso em: 15 nov. 2020.

- RIBEIRO, O.; PINTO, C.; REGADAS, S. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 25-36, 15 mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- RUPPAR, T. M.; DELGADO, J. M.; TEMPLE, J. Medication adherence interventions for heart failure patients: a meta-analysis. **European Journal Of Cardiovascular Nursing**, [s.l.], v. 14, n. 5, p. 395-404, 10 fev. 2015. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115571213>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SANTANA, E. T.; COUTINHO, G.C.; SILVA, D.V.A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 1-7, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0104>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SEIBERT, D.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, [s.l.], v. 1, n. 53, p. 272-290, 21 out. 2019. APESC - Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>. Acesso em: 15 jul. 2021
- SILVA-RODRIGUES, F. M.; BERNARDO, C. S.Z.; ALVARENGA, W. A. *et al.* Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. 20, p. 238-248, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 109-118, 17 ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- SIMAO, V.M.; MIOTO, R.C.T. **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina**. Saúde Debate. 2016;40(108):156-69.
- SILVA, Otília Beatriz Maciel da. **Strenghts-based Care em maternidade de risco habitual: repensando as práticas e a continuidade do cuidado**. 2021. 164 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.
- SILVA, R.M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 5, p. 794-802, out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- SIQUEIRA, T. H.; VILA, V. S. C.; WEISS, M. E. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 3, p. 983-991, maio 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>. Acesso em: 20 nov. 2019
- SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S., *et al.* Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SOCWELL, C.P.; BUCCI, L.; PATCHELL, S., *et al.* Utility of mayo clinic's early screen for discharge planning tool for predicting patient length of stay, discharge destination, and readmission risk in an inpatient oncology cohort. **Supportive Care in Cancer**, [s.l.], v. 26, n. 11, p. 3843-3849, 18 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4252-8>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOLAN, L. G.; BECK, A.F.; BRUNSWICK, S.A., *et al.* The family perspective on hospital to home transitions: a qualitative study. **Pediatrics**, [s.l.], v. 136, n. 6, p. 1539-1549, 30 nov. 2015. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-2098>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUSA, E. T. G.; MAIA, D.B.; NETO, W.Z., *et al.* Preparação para a alta hospitalar de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares: relato de experiência. **Rev Enferm UFPE Online**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p.207-2012, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201429>>. Acesso em: 20 out. 2019

SOUZA, M. M. S.; ARRUDA, A. J. C. G.; RODRIGUES, F. A. *et al.* Sentimentos de idosos hospitalizados pelo câncer: expectativas sobre alta hospitalar e a influência familiar. **Rev Enferm UFPE Online**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. 3720-3726, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201601>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOUZA, P.; QUELUCI, G. The art of caring for patients with heart failure at hospital discharge: considerations for nursing healthcare practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.153-167, 1 jan. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p153>. Acesso em: 20 nov. 2019.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. *et al.* NANDA International Nursing diagnoses in patients admitted to a medical clinic unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 68-75, 12 jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100010>. Acesso em: 10 jul. 2021.

VASCONCELOS, J.F.; FERREIRA, C.N.; SANTANA, C.S., *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. **J Bras Econ Saúde**. 2015;7(2):110-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756208?lang=fr>. Acesso em: 20 jan. 2020.

WARING, T. S.; ALEXANDER, M. Innovations in inpatient flow and bed management. **International Journal of Operations & Production Management**, [s.l.], v. 35, n. 5, p. 751-781, maio 2015. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/ijopm-06-2013-0275>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M., *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 476-487, 28 jul. 2017. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WEEKS, L.E.; MACDONALD, M.; MARTIN-MISENER, R., *et al.* The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 345-384, fev. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003486>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WEISS, M. E.; BOBAY, K.L.; BAHR, L.C., *et al.* A model for hospital discharge preparation. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 45, n. 12, p. 606-614, dez. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000273>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WHO. World Health Organization. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=84C8B49034361F8F570A818614337AFC?sequence=6. Acesso em: 10 jul. 2021

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carina Manara, mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem-Modalidade Profissional, Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa: Instrumento para a alta hospitalar: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. En^ª Ana Izabel Jatobá de Souza, Prof^ª do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este termo tem como objetivo firmar acordo escrito com (nome do participante)

para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que será submetida (o). **1. Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo geral: Construir um instrumento informatizado para o planejamento de alta hospitalar integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem em Hospital privado em Santa Catarina, incluindo os objetivos específicos: I- Caracterizar o perfil e as necessidades humanas básicas dos pacientes internados na unidade de internação de clínica médica e cirúrgica e seu grau de dependência a partir do levantamento dos dados registrados durante a Sistematização da Assistência contida no Sistema Informatizado da instituição. II- Identificar as necessidades de cuidados no domicílio em consonância com o grau de dependência e as necessidades humanas básicas dos pacientes com perspectiva de alta hospitalar. III- Identificar as contribuições dos enfermeiros para o Planejamento da alta hospitalar dos pacientes internados e para a composição de um instrumento informatizado com esta finalidade. IV- Identificar e organizar as informações para a composição um instrumento informatizado para o planejamento de alta hospitalar integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **2. Participantes da pesquisa:** Propõem-se como participantes do estudo, enfermeiros de todas as unidades de internação do hospital onde será realizada a pesquisa, justificando a inserção de todos os enfermeiros por se tratar de um projeto piloto do qual posteriormente será inserido para as demais unidades respeitando suas particularidades e perfil epidemiológico, desta forma torna-se relevante conhecer a percepção de todos os enfermeiros alocados em unidades de internação inseridos neste hospital. Os participantes serão incluídos no estudo mediante assinatura do TCLE, expressando assim, sua espontânea vontade em participar do estudo. **3. Envolvimento na pesquisa:** Você tem a liberdade de se recusar a participar ou ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Poderá pedir mais informações sobre a pesquisa entrando em contato com a pesquisadora principal² (informação de contato no final da página), e se necessário, por telefonema ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Ed. Santa Clara): Rua Desembargador Victor Lima, nº 222 sl 401, Trindade, Florianópolis/SC – CEP 88040-400/ e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br – telefone: +5548 3721-6094. **4. Riscos e desconforto:** Essa pesquisa não possui intenção de gerar riscos aos participantes, sendo a interação divididas em dois momentos, sendo o primeiro por meio de entrevista semiestruturada individuais a serem realizadas em local previamente combinado e o segundo momento será através de um documento com intuito de para avaliação do instrumento do planejamento de alta hospitalar criado, do qual será através de perguntas, fechadas através

² En^ª. Carina Manara (RG 1096509219 SSI/RS). Telefones (54) 991278649. E-mail: carimanara@hotmail.com

de escala likert, com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo não exigindo demanda de atividades de risco ou esforço físico. O tema pode suscitar lembranças de ordem emocional, podendo causar desconforto ao participante. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas e a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem de evidência emocional, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes. Os procedimentos dessa pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília/DF. **5. Confidencialidade:** Tratando-se de pesquisa com seres humanos, garante-se a confidencialidade das informações. O nome ou qualquer outro dado do participante que possa identificá-lo não serão utilizados. Serão criados códigos/codínomes para representar as ideias/informações provindas do participante. As informações fornecidas serão somente utilizadas em publicações de artigos científicos e/ou divulgação dos resultados deste trabalho em eventos de caráter científico. **6. Benefícios:** Esperamos que este estudo auxilie com informações importantes e relevantes que possam contribuir para a produção científica e de literatura sobre o tema estudado, bem como evidenciar e sugerir ações para a prática do planejamento da alta hospitalar. Ainda, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos. **7. Pagamento:** A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa e você não terá nenhum tipo de despesa advinda da sua participação nesta pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido pelo pesquisador principal nos termos da lei. **8. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** O participante tem a liberdade e o direito assegurados em retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. Após esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. **9. Indenização:** Garantimos indenização e eventuais danos ou custos decorrentes desta pesquisa. Prestaremos a assistência devida em caso de necessidades físicas, mentais ou emocionais decorrentes da realização desta pesquisa.

Sendo assim esclarecido, eu _____, RG _____, fui informado (a) sobre a pesquisa referida neste termo, em como todas as condições de participação, e concordo em participar dela voluntariamente.

Florianópolis, ____ de _____ de 2020

Assinatura: _____

Nota.: Este documento será assinado e rubricado em duas vias, ficando uma via de posse do pesquisador(a) e seu orientador(a) e outra com o participante do estudo

CARINA MANARA

Enfermeira Mestranda/UFSC

RG.: 1096509219

Telefone: 54-991278649

Email: carimanara@hotmail.com

ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

Prof^ª. Dr^ª. Depto. Enfermagem/UFSC

RG:

Telefone:

Email: jatoba.izabel@ufsc.br

Em caso de qualquer dúvida ou desistência quanto a participação no estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal
Enf^ª. Carina Manara (RG 1096509219/SSJ- RS)
Telefones: Celular: (54) 991278649. E-mail: carimanara@hotmail.com

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

1	Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
	Idade	
	Tempo de Internação	
	Tipo de Internação	<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Cirúrgica
	Desfecho	<input type="checkbox"/> Alta Hospitalar <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito
	Escala de Fugulin (na Unidade de Internação)	<input type="checkbox"/> Cuidados Intermediários <input type="checkbox"/> Pontuação
		<input type="checkbox"/> Cuidados de Alta dependência <input type="checkbox"/> Pontuação
		<input type="checkbox"/> Cuidados Semi Intensivos <input type="checkbox"/> Pontuação
		<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos <input type="checkbox"/> Pontuação
	Necessidades Humanas Básicas Afetadas	
Dispositivos	<input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Cateter totalmente Implantável <input type="checkbox"/> Hipodermoclise <input type="checkbox"/> Oxigenioterapia <input type="checkbox"/> Óculos nasal <input type="checkbox"/> Macronebulização <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Drenos _____ <input type="checkbox"/> Ostomias _____ <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Curativos Etiologia <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> Curativo Pequeno <input type="checkbox"/> Curativo Médio <input type="checkbox"/> Curativo Grande <input type="checkbox"/> Outras Lesões _____ Outros	
Diagnóstico de Enfermagem		
Intervenções de Enfermagem		
Presença de descrição de orientações para alta hospitalar (enfermeiro) no prontuário eletrônico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, 2020

APÊNDICE D

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR- (SAE-PAH)

Questionário elaborado para a realização da pesquisa no setor de Unidade de Internação em um Hospital privado no sul do país para avaliação do Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar (SAE- PAH)	
11) Quanto a eficácia :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar eficaz?	
12) Quanto a efetividade :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar efetivo?	
13) Quanto a eficiência :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar eficiente?	
14) Quanto a otimização :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar houve otimização do tempo?	
15) Quanto a aceitabilidade :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar seja considerado apto para a realidade atual da Instituição?	
16) Quanto a Legitimidade :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar seja legítimo para a realidade atual da Instituição?	
17) Quanto a Equidade :	() 1 () 2 () 3 () 4
Considera o Instrumento para o Planejamento da Alta Hospitalar seja justo- razoável para a realidade atual da Instituição?	
Descreva outras considerações se caso achar relevante:	
Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (LEITE et al., 2018).	

Fonte: Elaborado pela autora, Florianópolis, SC, Brasil, 202

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO PARA A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador: ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36745320.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.260.050

Apresentação do Projeto:

"INSTRUMENTO PARA A ALTA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM". Estudo metodológico com abordagem de métodos mistos que tem como objetivo geral construir orientações de enfermagem para a alta hospitalar para pacientes com grau de dependência e/ou com dispositivos tecnológicos fundamentada na teoria do Cuidado Baseado nas Forças a ser incluída como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem. O estudo terá como local unidades de internação do Hospital Baía Sul no município de Florianópolis e como participantes pacientes hospitalizados durante a coleta de dados e enfermeiros destas unidades. Para coleta de dados com os pacientes será utilizado a escala de Fugulin que avalia o grau de dependência a partir do levantamento dos dados registrados durante a Sistematização da Assistência contida no Sistema Informatizado da Instituição (prontuário eletrônico) e com os profissionais os dados serão coletados mediante entrevista e uma atividade grupal que poderão ser realizados de forma presencial ou online caso permaneçam as determinações sanitárias de distanciamento social.

Critério de Inclusão:

1) Pacientes: pacientes com tempo de internação maior que 48 horas independente do motivo da hospitalização.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.280.050

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1610320.pdf	13/08/2020 09:23:26		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	13/08/2020 09:22:13	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocephsh_assinado.pdf	13/08/2020 09:19:57	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.pdf	10/08/2020 15:56:20	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanenciainstituiçao.jpg	10/08/2020 15:55:29	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecumprimentodaresolucao_assinado.pdf	10/08/2020 15:55:07	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetooriginalcepshfinal2.pdf	10/08/2020 15:54:45	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpacientesajustadocepshfinal.pdf	10/08/2020 15:54:09	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprofissionaiscepshfinal2.pdf	10/08/2020 15:53:39	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Setembro de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

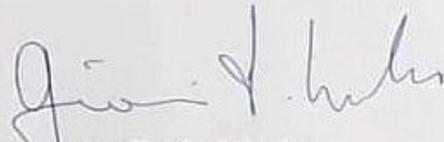
Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representantes da instituição Hospital Baía Sul S.A., através de seu Instituto Baía Sul de Ensino e Pesquisa, tomamos conhecimento do projeto de pesquisa: **Instrumento para a alta hospitalar: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem**, e cumpriremos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, sob responsabilidade de Carina Manara, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizamos a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 21 de julho de 2020



Rafael Klee de Vasconcellos
Diretor de Relações Médicas do
Instituto Baía Sul de Ensino e Pesquisa

Rafael Klee de Vasconcellos
Diretor de Relações Médicas
Instituto Baía Sul de Ensino e Pesquisa
Dr. Irineu May Brodbeck



Giovani de Figueiredo Locks
Diretor Científico do Instituto Baía Sul
de Ensino e Pesquisa

Giovani de Figueiredo Locks
Diretor Científico
Instituto Baía Sul de Ensino e Pesquisa
Dr. Irineu May Brodbeck