



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU

REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Florianópolis
2025

TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU

**REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial de obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profª. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Coorientadora: Profª. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Florianópolis
2025

Ficha de identificação da obra

Ezeagu, Tessy Nnonyelum Miozzo

Registros do planejamento de alta em um hospital universitário para a Continuidade do Cuidado / Tessy Nnonyelum Miozzo Ezeagu ; orientador, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, coorientador, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, 2025.

148 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Sumários de alta do paciente hospitalar. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Avaliação em saúde. I. Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo. II. Costa, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Tessy Nnonyelum Miozzo Ezeagu

**Registros do planejamento de alta em um hospital universitário para a
continuidade do cuidado**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e
aprovado, em 17/12/2024 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Elisiane Lorenzini, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Aline Marques Acosta, Dra.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Profa. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Dra.
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Dra. Ana Paula Geraldi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis

2025

AGRADECIMENTOS

Para escrever esta dissertação, precisei pôr parte de mim em cada página, e parte do que eu sou hoje, devo a várias pessoas. Pessoas que foram e voltaram, que vieram e ficaram, que foram e não sei se voltarão algum dia. Mas por mais incertas que sejam as suas presenças, cada uma delas deixou uma marca e, boas ou ruins, fizeram parte da essência dessa construção.

Agradeço primeiramente à minha mãe, Tereza Miozzo, que sempre me apoiou e me amou como jamais vi outra mãe amar um filho. Às vezes me pergunto se sou merecedora desse amor, porque não sei se faço por onde.

Também ao meu pai, Matthew C. Ezeagu, à minha família e aos meus amigos, que sempre estiveram lá quando precisei, que amo profundamente por estarem no momento certo, no lugar certo e estarem lá para mim quando precisei.

Agradeço às minhas orientadoras, Professora Dr^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni e Professora Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, pela paciência e por acreditar no meu potencial. Por me ajudarem a chegar tão longe e onde, por diversos momentos, nem eu mesma achei que conseguiria.

Muito obrigada!

EZEAGU, Tessy Nnonyelum Miozzo. **Registros do planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado.** 2025. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2025. Orientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni. Coorientadora: Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, 2025.

RESUMO

Os vários tipos de documentos produzidos para alta do paciente têm a finalidade de diminuir a omissão de informações relevantes relacionadas à assistência e conectar os componentes da Rede de Atenção à Saúde, a fim de informar sobre suas necessidades e estado de saúde para continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Os objetivos foram: analisar os registros de planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado; identificar na literatura as informações presentes nos documentos de alta e caracterizar os registros do paciente hospitalar; caracterizar os registros dos planos de cuidados e compará-los com o modelo de sumário de alta hospitalar instituído pelo Ministério da Saúde em um hospital universitário. Primeiramente foi realizada uma revisão integrativa de literatura acerca das informações essenciais presentes nos documentos de alta do paciente hospitalar. Em seguida, foi realizado um estudo de natureza quantitativa do tipo documental sobre as informações presentes nos prontuários físicos e eletrônicos de pacientes hospitalizados, nos quais foram analisadas as evoluções, prescrições, encaminhamentos e sumários de alta hospitalar. O período de coleta foi de julho a outubro de 2024 nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas. O tratamento dos dados apoiou-se na análise de conteúdo com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento com interpretação dos dados da leitura das informações registradas nos documentos. Na revisão integrativa foram escolhidos 11 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e estavam de acordo com o objetivo da pesquisa. Isso possibilitou identificar as informações essenciais presentes nos documentos de alta de diferentes países, além de levantar temáticas que caracterizaram os itens de um sumário de alta. Já no estudo documental, foram analisados 78 prontuários de pacientes internados que receberam alta hospitalar no período de três meses. O registro de planos de cuidados e encaminhamentos foi identificado nas evoluções dos seguintes profissionais: médicos (86%), enfermeiros (24%), fisioterapeutas (9%), nutricionistas (4%), psicólogos (1%), assistentes sociais (1%) e fonoaudiólogos (1%), porém os planos de cuidados dos profissionais não médicos não foram encontrados nos sumários de alta. Observou-se que as informações menos frequentes nos sumários de alta estavam relacionadas aos temas de tratamento e evolução clínica (44%) e plano de cuidados pós-alta (49%). A fragilidade das informações desses temas nos sumários de alta sugeriu que existem lacunas no registro dos planos de alta do paciente hospitalar que requerem mudanças, o que possibilita melhorias como a padronização da documentação de alta e o envolvimento da equipe multiprofissional para elaboração de um documento de alta mais completo e com foco na continuidade do cuidado. Para avaliar a qualidade dos sumários de alta faz-se necessário que esses documentos contenham itens considerados essenciais para a continuidade do cuidado do paciente. Esses documentos possuem lacunas de informação no registro de prescrições de diversas áreas, o que sugere que a elaboração de forma conjunta com a equipe

multiprofissional poderia trazer maior completude de informações, em especial no caso do profissional de enfermagem, que pode contribuir com o registro de cuidados pós-alta, como prescrições e orientações voltadas à continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sumários de Alta do paciente hospitalar; Continuidade da assistência ao paciente; Avaliação em saúde.

RESUMEN

Los diversos tipos de documentos elaborados para el alta del paciente tienen como objetivo reducir la omisión de información relevante relacionada con la asistencia y conectar los componentes de la Red de Atención en Salud, con el fin de informar sobre sus necesidades y estado de salud para la continuidad de la atención después del alta hospitalaria. Los objetivos han sido analizar los registros de planificación del alta en un hospital universitario para la continuidad de la atención; identificar en la literatura la información presente en los documentos de alta y caracterizar las historias clínicas del paciente hospitalizado; caracterizar los registros de los planes de cuidados y compararlos con el modelo de resumen de alta hospitalaria instituido por el Ministerio de Salud de Brasil en un hospital universitario. En primer lugar, se realizó una revisión integradora de la literatura sobre la información esencial presente en los documentos de alta del paciente hospitalizado. A continuación, se realizó un estudio cuantitativo de tipo documental sobre la información presente en las historias clínicas físicas y electrónicas de los pacientes hospitalizados, en el que se analizaron las evoluciones, prescripciones, derivaciones y resúmenes de alta hospitalaria. El periodo de recogida fue de julio a octubre de 2024 en las unidades de hospitalización clínica y quirúrgica. El investigación de los datos se basó en el análisis de contenido con las siguientes etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento con interpretación de los datos a partir de la lectura de la información registrada en los documentos. En la revisión integradora se seleccionaron 11 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron de acuerdo con el objetivo de la investigación. Esto permitió identificar la información esencial presente en los documentos de alta de los diferentes países, además de plantear temas que han caracterizado los ítems de un resumen de alta. En el estudio documental se analizaron 78 historias clínicas de pacientes hospitalizados que fueron dados de alta en un plazo de tres meses. El registro de planes de cuidados y derivaciones se identificó en la evolución de los siguientes profesionales: médicos (86%), enfermeros (24%), fisioterapeutas (9%), nutricionistas (4%), psicólogos (1%), trabajadores sociales (1%) y fonoaudiólogos (1%), pero los planes de cuidados de los profesionales no médicos no se encontraron en los resúmenes de alta. Se observó que la información menos frecuente en los resúmenes de alta se relaciona con los temas de tratamiento y evolución clínica (44%) y plan de cuidados postalta (49%). La fragilidad de la información sobre estos temas en los resúmenes de alta sugirió que existen vacíos en el registro de los planes de alta de pacientes hospitalarios que requieren cambios, lo que permite mejoras como la estandarización de la documentación de alta y la participación del equipo multiprofesional para elaborar un documento de alta más completo y enfocado en la continuidad de la atención. Para evaluar la calidad de los resúmenes de alta hospitalaria, es necesario que estos documentos contengan ítems considerados esenciales para la

continuidad de la asistencia al paciente. Estos documentos presentan vacíos en la información en el registro de prescripciones de diversas áreas, lo que sugiere que la elaboración conjunta con el equipo multiprofesional podría traer mayor completitud de la información, especialmente en el caso de los profesionales de enfermería, que pueden contribuir para el registro de los cuidados postalta, como las prescripciones y las directrices dirigidas a la continuidad de la atención en la Red de Atención en Salud.

PALABRAS CLAVE: Resúmenes de alta de pacientes hospitalizados; Continuidad de la atención al paciente; Evaluación de la salud.

SUMMARY

The various types of documents produced for patient discharge are intended to reduce the omission of relevant information related to care and to connect the components of the Health Care Network, in order to inform about their needs and health status for continuity of care after hospital discharge. The objectives were to analyze discharge planning records at a university hospital for continuity of care; identify in the literature the information present in the discharge documents and characterize the hospital patient's records; characterize the records of care plans and compare them with the hospital discharge summary model instituted by the Brazilian Ministry of Health in a university hospital. First, an integrative literature review was carried out on the essential information present in the hospital patient's discharge documents. Next, a quantitative study of the documentary type was carried out on the information present in the physical and electronic medical records of hospitalized patients, in which the evolutions, prescriptions, referrals and hospital discharge summaries were analyzed. The collection period was from July to October 2024 in the clinical and surgical inpatient units. Data investigation was based on content analysis with the following steps: pre-analysis, exploration of the material and treatment with interpretation of the data from the reading of the information recorded in the documents. In the integrative review, 11 articles that met the inclusion criteria and were in accordance with the research objective were chosen. This made it possible to identify the essential information present in the discharge documents of different countries, in addition to raising themes that characterize the items of a hospital discharge summary. In the documentary study, 78 medical records of hospitalized patients who were discharged from the hospital within three months were analyzed. The record of care plans and referrals was identified in the evolution of the following professionals: physicians (86%), nurses (24%), physiotherapists (9%), nutritionists (4%), psychologists (1%), social workers (1%) and speech therapists (1%), but the care plans of the non-medical professionals were not found in the hospital discharge summaries. It was observed that the less frequent information in the discharge summaries was related to treatment and clinical evolution (44%) and post-discharge care plan (49%). The fragility of information on these topics in the discharge summaries suggested that there are gaps in the registration of hospital patient discharge plans that require changes, which allows for improvements such as the standardization of discharge documentation and the involvement of the multiprofessional team to prepare a more complete discharge document focused on continuity of care. To assess the quality of the hospital discharge summaries, it is necessary that these documents contain items considered essential for the continuity of patient care. These documents have gaps in information in the record of

prescriptions from several areas, which suggests that the joint elaboration with the multiprofessional team could bring greater completeness of information, especially in the case of nursing professionals, who can contribute to the record of post-discharge care, such as prescriptions and guidelines aimed at the continuity of care in the Health Care Network.

KEYWORDS: Patient discharge summary; Continuity of patient care; Health evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Apresentação da seleção de artigos conforme diretrizes do PRISMA. Florianópolis, 2024.....	59
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos estudos selecionados e itens do sumário de alta..... 61

Quadro 2 – Identificação de fragilidades e sugestões de melhoria para sumários de alta e profissionais da saúde envolvidos no registro..... 64

Quadro 3 – Descrição dos itens registrados nos Sumários de Alta Hospitalar a partir do modelo preconizado na Portaria nº 701 de 2022. Florianópolis, 2024..... 87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Registros dos cuidados, na alta hospitalar, orientados pela equipe multidisciplinar de acordo com a profissão. Florianópolis, 2024..... 85

Tabela 2 – Encaminhamentos no pós-alta da equipe multidisciplinar, de acordo com o nível de complexidade de atenção à saúde. Florianópolis, 2024..... 86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAD	Cuidados de Alta Dependência
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CC	Continuidade do cuidado
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CM	Clínica Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional das Secretarias de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EGA	Escritório de Gestão de Alta
ESF	Estratégia Saúde da Família
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNAH	Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAH	Sumário de Alta Hospitalar
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCC	Unidade de Internação Clínica Cirúrgica
UCM	Unidade de Internação Clínica Médica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1. OBJETIVOS	28
2. REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1. QUALIDADE EM SAÚDE	29
2.2. GESTÃO DA ALTA HOSPITALAR.....	31
2.3. DOCUMENTOS DE ALTA DO PACIENTE HOSPITALAR.....	34
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
3.1. CONTINUIDADE DO CUIDADO E SUAS DIMENSÕES	37
3.2. TRANSIÇÃO DO CUIDADO	40
4. MÉTODO	42
4.1. ETAPA 1: REVISÃO DE LITERATURA	42
4.2. ETAPA 2: ESTUDO DOCUMENTAL	45
4.2.1. Natureza do estudo.....	45
4.2.2. Local de estudo	46
4.2.3 Fontes de informação	48
4.2.4. Critérios de inclusão e exclusão	49
4.2.5. Coleta de dados.....	50
4.2.6. Análise dos dados	51
4.2.7. Procedimentos éticos	52
5. RESULTADOS.....	54
5.1. MANUSCRITO 1: CARACTERÍSTICAS E QUALIDADE DOS REGISTROS NO SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	55

5.2. MANUSCRITO 2: ANÁLISE DOS REGISTROS DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO DOCUMENTAL	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES	112
ANEXOS	129

1. INTRODUÇÃO

O planejamento de alta hospitalar do paciente é uma estratégia da equipe multiprofissional de saúde para assegurar uma transição do cuidado com menor impacto do ambiente hospitalar pelo ambiente domiciliar, garantindo a transmissão adequada de informações (Barbosa *et al.*, 2023).

O processo do planejamento de alta deve iniciar na admissão e finalizar na alta hospitalar, e as informações registradas nos documentos entregues aos pacientes são importantes para a transição adequada do cuidado. Assim, para realizar essa transição, é preciso que a equipe multidisciplinar comunique, através desses registros, quais são os cuidados necessários de forma a manter o vínculo entre os serviços de saúde e o paciente (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Para que o paciente seja inserido nos serviços da Rede de Atenção à Saúde, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros) devem tomar medidas necessárias para a pós-alta hospitalar, o que requer a comunicação entre os serviços da rede de atendimento para proporcionar a continuidade do cuidado (Brasil, 2020; Ferracioli *et al.*, 2020).

A continuidade do cuidado é o resultado da coordenação de informações relevantes do paciente e da interação de profissionais de saúde para fornecer um cuidado consistente com suas necessidades individuais (Reid; McKendry; Haggerty, 2002). Esse cuidado diz respeito às diversas atividades assistenciais e administrativas relacionadas ao acompanhamento do paciente com o passar do tempo e de forma ininterrupta (Haggerty *et al.*, 2003).

A troca de informações entre os profissionais da atenção básica e terciária sobre a condição de saúde do paciente durante a internação hospitalar requer registros

específicos nos documentos de alta que serão usados para contrarreferência, ou seja, serão encaminhados para atendimento de nível primário dentro da RAS (Bernardino *et al.*, 2022a). Portanto, os documentos de alta hospitalar são considerados instrumentos importantes de comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde, uma vez que a continuidade do cuidado do paciente se concretiza com o constante aprimoramento dos registros nesses documentos (Gondim *et al.*, 2019).

Os vários tipos de documentos produzidos para alta do paciente têm a finalidade de diminuir a omissão de informações relevantes relacionadas à assistência prestada do início ao fim do atendimento hospitalar (Lin *et al.*, 2014). As informações contidas nesses documentos minimizam eventos que podem levar a reinternações hospitalares, estimulam a adesão ao tratamento e promovem a prevenção de doenças e comorbidades (Guedes *et al.*, 2017).

Observa-se que diversos países instituíram diretrizes para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde ao desenvolver a padronização da troca de informações entre setores dentro e fora do hospital. Como exemplo podemos citar Portugal, Canadá e Estados Unidos, que padronizaram documentos e processos de gestão do atendimento à saúde para continuidade do cuidado com o objetivo de aprimorar a segurança do paciente hospitalar e diminuir os impactos da fragmentação do cuidado (JCI, 2021; Van Seben *et al.*, 2019; Souza; Mendes, 2019).

No Brasil, a porta de entrada do sistema de saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), e o profissional dessa área pode consultar documentos de alta hospitalar a fim de conhecer o histórico de saúde e os motivos que levaram à procura de assistência hospitalar para tomar as melhores decisões para continuidade do cuidado na atenção básica (Esteves; Amaral, 2022). O Sumário de Alta Hospitalar (SAH) é um desses documentos, pois

viabiliza a comunicação entre os diversos níveis de atenção na transição do cuidado do paciente, beneficiando a continuidade informacional nos pontos de atenção da RAS (Neri; Marin, 2019).

A Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, faz alusão a esse documento, definindo estrutura e conteúdo essenciais para a construção de um SAH. Esse documento contém informações do paciente e seu uso pode facilitar a comunicação e a tomada de decisão dos diferentes profissionais da RAS, padronizando a troca de informações sobre os eventos de saúde e abastecendo o conjunto de registros do paciente (Brasil, 2022).

Os SAH são documentos frequentemente elaborados com falta de detalhamento do caso e da doença, falta de registro de encaminhamentos e de prescrições médicas, falta de registro de cuidados específicos com dispositivos ou medicações e outros pontos que norteiam a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar (Weetman *et al.*, 2021).

O SAH no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) é um documento mantido no prontuário do paciente, cuja cópia é entregue no momento da alta hospitalar, antes de sair do hospital, e pode ser apreciado por outros profissionais de saúde da RAS para dar seguimento às demandas do pós-alta que estão ali registradas. Por isso, esse documento deve apresentar qualidade em sua estrutura, a fim de fornecer informações relevantes de forma clara e resumida para pacientes e profissionais de saúde que precisarem desse registro.

O SAH e os encaminhamentos para seguimento ambulatorial (consulta, exames, retorno, entre outros) são entregues ao paciente ou à família, e o Escritório de Gestão de Alta (EGA) atua enviando esses documentos à equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e coordenação do Centro de Saúde, de maneira complementar. Eles servirão de subsídio para atendimento do paciente e para a continuidade do cuidado no pós-alta

hospitalar, por meio de contrarreferência.

A fim de certificar a resolutividade assistencial, o Serviço de Gestão de Alta são estabelecidos no ambiente hospitalar para promover a conexão formal entre hospital e outros pontos da RAS, garantir a resolutividade assistencial pós-alta hospitalar, prevenir reinternações e fortalecer a continuidade do cuidado (Bernardino *et al.*, 2021). Inspirado nessa ideia, o HU-UFSC instituiu o Escritório de Gestão de Alta com uma equipe multiprofissional para fortalecer a transição e a continuidade do cuidado.

O EGA do HU-UFSC foi criado em 2022, e tem como objetivos: operacionalizar em conjunto com a equipe assistencial a alta hospitalar segura de pacientes com necessidades de continuidade de cuidado, efetivando a contrarreferência; facilitar a abordagem dos serviços e das equipes multiprofissionais do HU-UFSC na atenção aos pacientes com necessidades de continuidade de cuidados; aprimorar a articulação com a rede setorial e intersetorial relacionada à continuidade de cuidados; promover e sensibilizar a equipe assistencial quanto à desospitalização no exercício da alta hospitalar segura; identificar lacunas nos fluxos internos de assistência que prolongam a internação de pacientes e, informar às instâncias de gestão para promover ou aprofundar discussões e a resolução do problema.

O EGA atende pacientes residentes da cidade de Florianópolis por meio da busca ativa e repasse da demanda dos profissionais assistenciais, além de atender casos de outros municípios brasileiros, conforme solicitação de atendimento pelas equipes assistenciais. Para tanto, o EGA do HU-UFSC acessa diversos documentos – encaminhamentos ambulatoriais, declarações médicas, prescrições, SAH –, gerados pela equipe assistencial multiprofissional para informar as necessidades de saúde do paciente fora do ambiente hospitalar.

Na prática, os pacientes atendidos pela equipe do EGA têm acompanhamento da evolução do quadro clínico a partir dos registros da equipe médica e multiprofissional, a fim de identificar critérios para atendimento e possíveis necessidades para continuidade do cuidado pós-alta que necessitam ser informadas à equipe da ESF. A equipe atualmente conta com enfermeiro e assistente social, e também realizam o envio de documentos aos profissionais da ESF além de entrar em contato com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pelas áreas de domicílio do paciente para acesso a serviços ou itens de cuidado disponibilizados na APS.

Em relação aos documentos de alta fornecidos ao paciente pela equipe multiprofissional, seu registro pode apresentar lacunas de informação, o que dificulta a contrarreferência, além de comprometer a comunicação eficaz com a APS. O preenchimento do SAH, que é um desses documentos, é obrigatório em todas as instituições hospitalares. Porém, a falta de informações essenciais ou complementos que ajudem a identificar especificidades relacionadas às necessidades do paciente no pós-alta podem trazer fragilidade a esse documento.

O HU-UFSC procura alinhar seus processos de assistência à saúde com base nas leis, regulamentos, normas, evidências científicas e boas práticas vigentes para manter a qualidade dos serviços oferecidos como parte da RAS, visando a necessidade constante de melhorias nos processos de trabalho. Contudo, são poucos os estudos no Brasil que abordam os documentos de alta e a qualidade de registro feitos nos hospitais como objeto de estudo.

De acordo com o supracitado, levantam-se as seguintes questões: Quais são os documentos que contêm o registro do planejamento da alta em um hospital universitário? e Quais são as lacunas encontradas nos registros relacionados à alta e à continuidade do

cuidado? Faz-se necessário avaliar esses processos, como o registro do planejamento de alta do paciente, para estabelecer padrões de qualidade nas práticas da equipe multiprofissional.

1.1. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar os registros de planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado.

Objetivos específicos

- Identificar na literatura as informações presentes nos documentos de alta e caracterizar os registros do paciente hospitalar.
- Caracterizar os registros dos planos de cuidados e compará-los com o modelo de Sumário de Alta Hospitalar instituído pelo Ministério da Saúde em um hospital universitário.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura estabelece uma linha de raciocínio que busca mostrar estudos desenvolvidos por outros pesquisadores e se há contrastes, complementações e atualizações sobre um determinado tema (Dorsa, 2020).

Logo, para entender os conceitos centrais do estudo, serão abordadas as seguintes temáticas: qualidade em saúde, gestão de alta hospitalar e documentos de alta do paciente. Visando a necessidade de maior apropriação temática e resgate de evidências nacionais e internacionais, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com ênfase nos SAH e na relação com a continuidade do cuidado.

2.1. QUALIDADE EM SAÚDE

Historicamente, a definição de “qualidade em saúde” é descrita como o nível em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados desejados. Essa qualidade pode ser medida a partir do estabelecimento de critérios de controle e da identificação de informações relevantes a esses critérios que, após determinar como serão coletadas e analisadas, devem ser comparadas aos critérios estabelecidos para levantar discrepâncias ou congruências e estabelecer um juízo de qualidade desse serviço (IOM, 1994).

Para gerenciar a qualidade em saúde, deve-se buscar a melhoria contínua de processos nos serviços hospitalares pelo desenvolvimento de medidas de avaliação, redução de desperdício de recursos e atendimento às necessidades dos pacientes (Gurgel Júnior; Vieira, 2002). Atualmente a qualidade em saúde está relacionada a cuidados mais seguros e eficazes, focados no paciente da forma mais oportuna seguindo uma estratégia que engloba diversos níveis de atenção à saúde com um olhar político, econômico e

cultural (OMS, 2020).

A qualidade em saúde que a organização hospitalar procura também está arraigada na obtenção de menores riscos ao paciente, no sentido de evitar danos desnecessários associados à longa permanência na instituição (Brasil, 2017; Marquis; Huston, 2015). Por isso, a qualidade em serviços de saúde é orientada nesses aspectos comumente tratados pela gestão hospitalar. Assim, para manter a qualidade da instituição, é preciso inclusive fornecer meios necessários para gerir processos hospitalares, como a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, como uma forma de sustentar a operacionalidade do hospital e os demais pontos da RAS (Belga, 2023; Mauro; Cucolo; Perroca, 2021).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH) define o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) como uma equipe multiprofissional cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão de serviços hospitalares. Dessa forma, prevê-se que qualquer instituição de saúde deve ter como princípio a disponibilização dos melhores serviços assistenciais aos pacientes, focados em altos padrões de qualidade e enraizados em políticas organizacionais que promovam a segurança do paciente gerenciando recursos materiais e econômicos (Furtado *et al*, 2022).

Processos de assistência bem definidos em termos de qualidade em saúde se estendem do ambiente hospitalar até após a finalização do atendimento, o que garante a segurança do paciente. Conforme Sousa e colaboradores (2022), a validação da qualidade desses processos pode ser vista após a transição entre o hospital e outros pontos de atenção primária, em que há associação direta com a diminuição de complicações pós-alta e reinternações hospitalares.

2.2. GESTÃO DA ALTA HOSPITALAR

Na gestão hospitalar frequentemente são encontradas limitações econômicas, culturais ou organizacionais. No entanto, seu objetivo como instituição de saúde pública de nível de atenção terciário é prestar assistência de alta complexidade, atingindo as demandas da população como fazem os demais equipamentos da RAS (Belga; Jorge; Silva, 2022; Fogaça *et al.*, 2021). No Brasil, muitos hospitais possuem um número limitado de leitos e necessitam gerenciar a rotatividade e a disponibilidade desses leitos para garantir o atendimento e administrar a distribuição de vagas para pacientes novos e possíveis readmissões (Wasgen; Terres; Machado, 2019).

A gestão de alta envolve a realização de um planejamento por parte da equipe multiprofissional para assegurar a qualidade da assistência prestada pela instituição de saúde mesmo após a saída do paciente desse estabelecimento, beneficiando a continuidade do cuidado, uma vez que marca o início da mudança do nível de complexidade que o paciente apresenta enquanto se movimenta pelos pontos da RAS (Hunt-O'Connor *et al.*, 2021). O estudo de Prusaczyk, Kripalani e Dhand (2019) demonstrou que os pacientes readmitidos no hospital tinham um planejamento de alta menos robusto, sugerindo que, quanto maior a estratégia de cuidados pós-alta, menor a probabilidade de reinternação. Assim, a realização do plano de alta é indispensável, pois pode contribuir para a redução de reinternações hospitalares e requer um serviço de gestão que promova qualidade no planejamento da alta.

A rotatividade de leitos aumenta a capacidade de atendimento e diminui a sobrecarga hospitalar. Por isso, a gestão de alta também tem o foco de administrar a capacidade dos leitos e disponibilizá-los para atender a demanda de pacientes, contribuindo para a manutenção da eficiência hospitalar e otimizando a quantidade de

leitos disponíveis (Branquinho, 2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de “alta hospitalar” é a liberação do paciente de uma instituição de saúde, que pode ter um planejamento anterior à data que ele sai do hospital (WHO, 2004) — um conceito que tem evoluído com o passar do tempo. Atualmente podemos considerar que o planejamento da alta hospitalar está ligado a um plano de contingência para o paciente que está deixando o hospital, com o objetivo de conter custos e melhorar os resultados (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2022).

O plano de alta pode ser definido como um conjunto de estratégias para que o paciente tenha uma transição suave entre os serviços hospitalares e o domicílio, sem deixar de receber atenção de saúde após se afastar fisicamente da instituição. Tradicionalmente, contempla os serviços que o paciente necessita após internação, mas pode estar associado à transição de nível de cuidado entre setores de um mesmo hospital, entre hospital e clínica de reabilitação ou domicílio (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2022).

O planejamento da alta deve garantir que os pacientes deixem o hospital no momento apropriado do seu tratamento e que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada. Também deve se adequar de acordo com a eficácia de processos alinhados de forma sistêmica, iniciado próximo ao momento da admissão, quando são determinadas as necessidades do paciente, passando pelo estabelecimento do manejo clínico que dará uma previsão de alta (Costa *et al.*, 2020). No Brasil, a gestão de leitos é regulada pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) conforme a Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. O NIR se conecta com as Centrais de Regulação e estabelece junto às instituições de saúde o local em que será prestado o serviço de diagnóstico, tratamento hospitalar e transição do cuidado, se necessária (Brasil, 2013). Seu papel é gerir a oferta e a demanda

de leitos a partir do uso racional desses recursos hospitalares, estabelecendo indicadores, monitorando o perfil dos pacientes e dos leitos, planejando a lotação das clínicas e acionando a RAS para promover o cuidado integral ao paciente e, conseqüentemente, para aprimorar o desempenho hospitalar na transição do cuidado (Brasil, 2013; Oliveira; Bittencourt, 2020; Ravaghi *et al.*, 2020).

Nem todos os hospitais no Brasil têm uma gestão de alta estruturada, o que pode repercutir para a qualidade assistencial nos resultados de saúde do paciente e do sistema de saúde. A gestão de leitos e a gestão de altas possibilitam ao paciente uma maior segurança na alta hospitalar, o que permite que os pacientes deixem o serviço de saúde no momento adequado e que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada como uma estratégia para a melhoria da continuidade do cuidado (Mennuni *et al.*, 2017).

2.3. DOCUMENTOS DE ALTA DO PACIENTE HOSPITALAR

No momento da alta, alguns pacientes recebem o resumo impresso das informações relacionadas aos eventos que aconteceram durante sua internação hospitalar e os cuidados necessários no domicílio que auxiliam no acompanhamento do estado de saúde pelos profissionais de saúde da RAS (Oliveira *et al.*, 2021). A equipe multiprofissional deverá fornecer esse resumo dos eventos ocorridos durante a internação para transição do cuidado para o domicílio, pois são responsáveis pelas orientações que constam nesses documentos, e devem fazê-lo de forma a assegurar o entendimento do paciente sobre as informações apresentadas (Gallo *et al.*, 2021).

Ao registrar as informações do estado de saúde do paciente, os profissionais de saúde mantêm o fluxo do paciente na RAS e promovem a continuidade do cuidado (Frasão *et al.*, 2023). O Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS) já orienta os modelos de informação de sumário de alta e registro de atendimento clínico na Resolução nº 33, de março de 2018 para padronizar as melhores práticas e garantir padrões de qualidade a nível estadual e municipal (CONASS, 2018). E atualmente a Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, institui um modelo de informação para construção do Sumário de Alta Hospitalar (SAH) pelas instituições de atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada, com conteúdo e estrutura capaz de:

- Apoiar a comunicação das informações do sumário de alta entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo e redução de efeitos adversos;
- Contribuir para reduzir o número de reinternações evitáveis;
- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos indivíduos, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados

- para tomada de decisão e produção de conhecimento;
- Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;
- Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens de interface padronizada para a comunicação da alta, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do sumário de alta;
- Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;
- Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;
- Dar subsídios ao uso secundário da informação (Brasil, 2022).

O SAH é um documento utilizado pelos profissionais da área da saúde para garantir o armazenamento das informações registradas durante o atendimento hospitalar do paciente e é composto pelos eventos de saúde em seus aspectos físicos, mentais e sociais. Ele deve conter um conjunto resumido desses eventos, incluindo evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e observações para seguimento em outro estabelecimento de assistência à saúde (Brasil, 2022).

A *Joint Commission International* (JCI) ressalta que o SAH pode ser preenchido de acordo com o formulário específico de cada instituição antes da alta do paciente, e entregue a ele em mãos ou aos seus responsáveis legais (Yousefian *et al.*, 2013). As observações contidas no SAH devem fornecer informações adequadas ao entendimento de profissionais de saúde fora do ambiente hospitalar, acompanhantes, familiares e até representantes legais do paciente, pois sua característica de documento informacional é confeccionado para registrar as condições do paciente pela equipe multidisciplinar no momento da alta hospitalar e tem significativo potencial para integração dos pontos da RAS (Brasil, 2022; JCI, 2021).

O SAH é um documento integrado por um relatório resumido com as informações do paciente e que pode ser acessado pelos demais níveis de atenção para continuidade da assistência à saúde. É constituído de informações do acompanhamento, evolução,

intervenções, diagnósticos e condutas da internação hospitalar e, por isso, é de grande importância na transição do cuidado como instrumento de comunicação (de Souza; Moro; Reis, 2015).

No Brasil, a elaboração do SAH é culturalmente exclusiva do profissional médico responsável pelo paciente enquanto este se encontra internado. Atualmente existem poucos trabalhos científicos brasileiros que abordam o SAH – ou qualquer outro documento de alta – como objeto de estudo, o que dificulta diferentes visões acerca desses instrumentos (Gondim *et al.*, 2019).

No HU-UFSC, o SAH é elaborado conforme protocolo anterior às mudanças da legislação de 2022, seguindo um modelo próprio elaborado pela instituição, e pode ser preenchido pela equipe assistencial por meio de um sistema informatizado chamado Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que opera os prontuários eletrônicos e mantém os registros de todos os pacientes, mesmo após sua saída do hospital.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar o presente estudo, buscou-se o referencial teórico que permitiu definir as teorias relacionadas à continuidade do cuidado e suas dimensões nos serviços de saúde brasileiros, bem como sua conexão com a enfermagem. Além disso, foram abordados o conceito de transição do cuidado e sua relação com a segurança do paciente, que são os objetivos dos processos de garantia da qualidade e de gestão de alta nos serviços de saúde.

3.1. CONTINUIDADE DO CUIDADO E SUAS DIMENSÕES

A Continuidade do Cuidado (CC) é referida na literatura como o processo de acompanhamento dos pacientes por profissionais de saúde ao longo do tempo, principalmente no que diz respeito à garantia de assistência por um longo período durante ou após o atendimento pela rede de saúde (Cechinel-Peiter *et al.*, 2021; Villalon, 2021). Para alguns autores, a continuidade do cuidado apresenta diferentes dimensões, reconhecidas pela maioria dos profissionais da saúde como as dimensões de Continuidade informacional, Continuidade relacional e Continuidade da gestão .

[...] Continuidade informacional significa que informações sobre eventos anteriores são usadas para prestar cuidados apropriados às circunstâncias atuais do paciente. A continuidade relacional reconhece a importância do conhecimento do paciente como pessoa; um relacionamento contínuo entre pacientes e prestadores de serviços é a base que conecta os cuidados ao longo do tempo e faz a ponte entre eventos descontínuos. A continuidade da gestão garante que os cuidados recebidos de diferentes prestadores estejam interligados de forma coerente. A continuidade da gestão concentra-se geralmente em problemas de saúde específicos, muitas vezes crônicos [...] (Reid; McKendry; Haggerty, 2002).

Outros autores consideram que a continuidade do cuidado está ligada a três dimensões: dimensão de coordenação (relacionada à gestão de oferta e demanda de serviços e à integração entre elas dentro da RAS); dimensão da comunicação (relacionada

ao acesso de informações prévias), e dimensão de paciente-provedor (relacionada à construção de vínculo entre profissional de saúde e paciente a fim de estabelecer confiança entre eles) (Santos; Lanzoni; Erdmann, 2023).

Compartilhar informações por meio de relatórios detalhados através de um sistema informatizado integrado é essencial para promover a continuidade do cuidado dos pacientes submetidos a tratamento, internação ou intervenções hospitalares, para evidenciar toda sua trajetória até chegar aos profissionais da APS, que estarão embasados tecnicamente para dar seguimento à observação individual que esse paciente requer (Santos; Lanzoni; Erdmann, 2023).

Para fazer o compartilhamento de informações, os profissionais da saúde dos serviços hospitalares no Brasil podem realizar a contrarreferência, ou seja, a passagem de informações de nível terciário para nível primário. Seu objetivo é efetivar a comunicação dentro da RAS por meio de processos que sustentam a CC, o que é indispensável para a redução de reinternações desnecessárias (Lima *et al.*, 2023). Em outros países, os enfermeiros realizam a articulação do serviço hospitalar com a APS e são preparados para promover a CC ao realizar a avaliação clínica e social do paciente por meio de plataforma eletrônica direta ou identificar os recursos necessários para o cuidado domiciliar, além de contactar os demais profissionais da APS ou de serviços extra-hospitalares (Da Costa *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020; Martins *et al.*, 2018).

O enfermeiro é um dos profissionais que realiza a comunicação na RAS, conectando o paciente de volta à sua unidade de referência e evitando a descontinuidade da assistência (Guzman; Ferreira; Andrade, 2020). Em geral, é esse profissional que se responsabiliza pelo planejamento de alta, mas também pela aproximação entre paciente e familiares ou rede de apoio, paciente e profissionais da APS, paciente e orientações para

domicílio, e até mesmo entre profissionais de outras categorias de atendimento primário e terciário dentro da própria RAS (Acyllino; Almeida; Hoffmann, 2021).

Um exemplo disso é o enfermeiro de ligação, que atua a nível hospitalar e pode realizar o repasse de informações para outros pontos da RAS quando necessário. O principal aspecto no trabalho desse profissional é propor mudanças nos fluxos e nos processos da gestão hospitalar a fim de facilitá-los, oferecendo meios necessários para contrarreferência (Bernardino *et al.*, 2021).

No Brasil, o EGA surge nesse contexto como serviço hospitalar para executar as atividades necessárias para a alta hospitalar e a continuidade do cuidado, no qual a equipe multiprofissional desempenha um papel estratégico para contemplar as necessidades de contrarreferência na RAS (Bernardino *et al.*, 2022b). A especificidade dos pacientes atendidos pelo EGA é definida pela sua necessidade de acompanhamento no tratamento e nos cuidados após a saída do hospital. Nesses casos, deve haver o resgate de informações do paciente e a identificação das necessidades de tratamento, acompanhamento ou prevenção em saúde (Aued *et al.*, 2019).

3.2. TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A “transição do cuidado” é um termo que se refere à promoção da transferência segura e oportuna de pacientes entre níveis de atenção em saúde. Os cuidados de transição têm a finalidade de assegurar a continuidade do cuidado ao paciente que está em transferência entre diferentes serviços de saúde ou pontos da RAS. Tal continuidade se baseia na complexidade e na disponibilidade de cuidados de saúde do paciente (Coleman; Boulton, 2003).

A transição do cuidado visa à continuidade da assistência – que se refere à passagem de informações do paciente de um profissional de saúde para outro –, e por isso requer uma comunicação eficaz entre os profissionais da atenção primária e terciária (Gheno; Weis, 2021). Assim, preserva-se o atendimento ao paciente de maneira contínua, como uma estratégia para manter sua proximidade com instituições da RAS ao longo do tempo (Sánchez *et al.*, 2023).

No Brasil, a transição do cuidado é conceituada como uma prática da equipe multiprofissional de saúde com ações que assegurem a continuidade do cuidado do paciente após a alta hospitalar. Essa transição acontece durante a transferência para domicílio e deve ser eficaz e com segurança, além de buscar qualidade de vida e evitar possíveis reinternações (Bernardino *et al.*, 2022a).

O problema observado no processo de transição do cuidado é a fragmentação dos níveis de assistência dentro do sistema de saúde que desfavorece as práticas entre os serviços prestados ao paciente, já que o olhar para o estado de saúde deste deve acontecer de forma multiprofissional e interdisciplinar (Utzumi *et al.*, 2020). A falta de informações do estado de saúde do paciente prejudica a autonomia e a tomada de decisão do cuidador, familiar e de outros profissionais de saúde, seja da rede de saúde ou de um serviço

especializado (Rojas-Manzano *et al.*, 2023).

A segurança do paciente e a qualidade da transição do cuidado mostram a relação entre a gestão da alta e os setores de assistência de diferentes níveis de atenção no fluxo de atendimento e movimentação do paciente, podendo trazer benefícios como a melhora da comunicação interna; a identificação otimizada de demandas socioeconômicas do paciente e a redução do risco de infecções associadas à longa permanência hospitalar para cuidados em saúde (Nenevê *et al.*, 2023).

O hospital deve procurar resolver os processos de transição do cuidado envolvendo formalmente a equipe multiprofissional, implementar processos formalizados para que possam garantir uma transição de cuidado segura e de qualidade e incentivar o paciente e seu acompanhante a assumirem corresponsabilidade na continuidade de cuidados (Guerrero; Puls; Andrew, 2014).

O planejamento de alta é um dos elementos que tem como objetivo a continuidade do atendimento ao paciente e se caracteriza como uma das ações fundamentais para transição do cuidado, por isso desempenha um papel muito importante e garante que o processo ocorra de forma segura, sem que o paciente fique desassistido após a saída do hospital (Weber *et al.*, 2017). E essa parte da transição do cuidado tem como meta manter o tratamento a longo prazo, estimular a conexão entre paciente e profissional nos pontos da RAS, aumentar o nível de adesão às medidas preventivas em saúde, garantir uma recuperação segura e efetiva no ambiente domiciliar e prestar informações ao profissional de saúde que visa a transição do cuidado de forma segura e necessita observar possíveis fatores que influenciam na adesão ao tratamento no ambiente domiciliar para assegurar a saúde após a alta hospitalar (Weber *et al.*, 2017).

4. MÉTODO

O estudo que segue foi organizado em duas etapas: a primeira foi a construção de uma revisão de literatura para identificar e analisar os artigos encontrados acerca de documentos de alta e a estrutura desses documentos, observando as informações prioritárias e como são registradas ao redor do mundo. Após a definição dos temas encontrados nos registros mais frequentes, foi realizada a segunda etapa: um estudo documental para análise dos documentos de alta encontrados em um hospital universitário do sul do Brasil, que retratam o planejamento de alta hospitalar da equipe multiprofissional e sua conformidade com os modelos de informação encontrados na legislação vigente.

4.1. ETAPA 1: REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, por permitir a reunião e a síntese de resultados de investigações, pois possibilitam um olhar aprofundado sobre determinado tema, e por considerar as teorias que fundamentam os estudos de um determinado assunto. Na prática, o método de revisão integrativa permite a análise de pesquisas qualitativas e quantitativas, e trazem o acumulado de conhecimentos associados às questões subjetivas e objetivas no contexto do tema estudado (Soares *et al.*, 2014; Whitemore; Knafl, 2005).

Para construção da revisão, foi elaborado um protocolo com as bases de dados, questões norteadoras e definição dos objetivos. Para estruturar a pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia “PIC” onde “P” é a população/ problema, “I” é a intervenção ou interesse, “C” é controle/ comparação e visa a definição de ideias necessárias para

estruturar a pergunta de pesquisa adequada e que devolva as informações ou evidências mais adequadas para a resolução da questão de pesquisa (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

Na estruturação da pergunta de pesquisa, tomou-se “P” como Problema (os registros nos SAH), “I” como Interesse (elementos que conferem qualidade e que podem ser encontrados) e “Co” como Contexto hospitalar, sugerindo o questionamento: quais são os elementos que conferem qualidade aos SAH? Com a pergunta de pesquisa adequada, foram identificados os possíveis descritores baseados na temática da revisão, após elencá-los por ordem de prioridade. Definiu-se o assunto principal da revisão e os assuntos secundários para posteriormente gerar os critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados.

Para recuperar os estudos científicos nas fontes de informação disponíveis, utilizamos as sugestões do Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) para identificar os assuntos de pesquisa na área de conhecimento de ciências da saúde.

O assunto principal foi definido como “Sumário de Alta do Paciente Hospitalar”, pois foi o que mais se aproximou do objeto do estudo acerca dos documentos de alta hospitalar. Os assuntos secundários foram definidos de modo que pudessem verificar as características, a qualidade desses documentos e a sua conexão com a continuidade do cuidado. Dessa maneira, foram utilizados os seguintes descritores: “Avaliação em Saúde” e “Continuidade da Assistência ao Paciente”.

A busca sistematizada de estudos nas bases de dados ocorreu com o levantamento dos termos sinônimos do assunto primário associado aos termos sinônimos de qualquer um dos assuntos secundários. Essa pesquisa nas bases de dados foi possível a partir da utilização de operador booleano “OR” para elencar os sinônimos do mesmo assunto, e do

operador booleano “AND” para combinar um dos termos principais a um dos termos secundários.

Para os critérios de inclusão nas bases de dados, selecionaram-se todos os tipos de pesquisa com abrangência mundial publicados nos últimos 5 anos e disponíveis em português, inglês e espanhol. Foram consideradas as bases de dados multidisciplinares voltadas aos estudos originais de ciências da saúde de acordo com a pergunta de pesquisa. As bases de dados utilizadas foram CINAHL (EBSCO), Embase (Elsevier), Google Acadêmico, PubMed (MEDLINE), Scopus (Elsevier), Web of Science e LILACS/BDENF (BVS), e Cochrane Library. No primeiro momento de extração de dados, os artigos encontrados foram filtrados conforme o tempo de publicação e língua estrangeira. Após a primeira busca, foram encontrados 733 artigos científicos cuja análise foi realizada de acordo com o título e o resumo. Em um segundo momento, 149 artigos foram analisados de acordo com os critérios de exclusão determinados. A seleção dos artigos foi realizada conforme as diretrizes do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page *et al.*, 2022).

Conforme a descrição dos protocolos de busca nas bases de dados, os critérios de exclusão adotados foram: artigos de revisão, resumos em evento científico, ausência de vínculo com a temática deste estudo, artigo sobre transição intra-hospitalar (emergência – unidade de terapia intensiva – internação), artigos duplicados e literatura cinzenta. Durante a etapa de triagem, foram encontrados 733 artigos, dos quais 524 artigos foram excluídos por apresentarem um ou mais critérios de exclusão, além de não estarem de acordo com a temática do estudo. Depois de mais uma análise criteriosa, 94 artigos foram excluídos após a leitura do título e do resumo por não atenderem à temática desta revisão, restando assim 55 artigos para a leitura completa e análise de conteúdo. Destes, 44 foram

excluídos por não apresentarem os itens dos sumários de alta para avaliação, ou seja, não atendiam ao foco desta revisão. Ao final foram elegidos 11 artigos para compor o *corpus* desta revisão.

4.2. ETAPA 2: ESTUDO DOCUMENTAL

4.2.1. Natureza do estudo

Este estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório documental, procurou estabelecer a representação de uma população para mensurar de maneira mais apropriada as características comuns desse grupo. O método quantitativo envolve um processo de coleta, análise, interpretação e redação de dados de um estudo para descrever características específicas e realizar o levantamento de resultados de acordo com a proposta de pesquisa (Creswell; Creswell, 2021).

A abordagem exploratória tem a intenção de analisar e trazer à luz assuntos pouco conhecidos para serem investigados como fenômeno, suas causas e fatores relacionados à sua existência, tornando-o mais visível e compreensível (Polit; Beck, 2019).

Escolheu-se o estudo documental por evidenciar uma base de dados rica e diversa em conteúdo, que se vale de vários tipos de materiais como relatórios, documentos, declarações, cartas e mais. Dessa forma, o pesquisador pode considerar as mais diversas implicações relativas aos documentos antes de formular uma conclusão definitiva. O problema pesquisado pode ser investigado com a visão de uma hipótese verificada por diversos meios, sem a restrição de um método qualitativo, quantitativo ou misto (Gil, 2022).

4.2.2. Local de estudo

O local de estudo foi o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, situado no município de Florianópolis/SC. O período do estudo englobou os meses de julho a outubro de 2024 no hospital vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que contava com leitos para atendimento de clínica médica, pediátrica, cirúrgica e tocoginecologia com seus respectivos ambulatórios, além de uma maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), Pediátrica (UTIP) e Neonatal (UTIN).

Consolidado como referência estadual no tratamento de patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, é um hospital geral que apresenta grande demanda de atendimento na área de câncer e cirurgias de grande porte em diversas especialidades. Além disso, seu atendimento de casos de média e alta complexidade conta com assistência emergencial adulta, pediátrica, ginecológica, obstétrica, ambulatorial e ainda conta com 216 leitos ativos disponíveis para diversas especialidades médicas. O setor de Urgência e Emergência funciona ininterruptamente atendendo aproximadamente 130 pacientes/dia em média por procura direta ou referenciada, em vista da demanda da população que procura atendimento para além dos postos e unidades de saúde municipais ou estaduais (Brasil, 2024).

Em novembro de 2022, o EGA do HU-UFSC foi implementado para desenvolver um serviço de continuidade do cuidado de pós-alta hospitalar por uma equipe multiprofissional que acompanha os pacientes que precisam de cuidados na RAS.

As unidades atendidas pelo EGA são: a Unidade de Internação Clínica Cirúrgica I (UCC I) que possui 30 leitos de enfermaria; a Unidade de Internação Clínica Cirúrgica II (UCC II) com 29 leitos de enfermaria e um quarto de isolamento; a Unidade de

Internação Clínica Médica II (UCM II) com 29 leitos para internações da clínica médica de diversas especialidades e a Unidade de Internação Clínica Médica III (UCM III) que possui 19 leitos de internação, mas historicamente atende pacientes com precaução de contato ou respiratória por bactérias multirresistentes.

É importante destacar que a equipe multiprofissional do EGA também avalia o perfil dos pacientes internados para contrarreferência em relação às necessidades de continuidade do cuidado e está subordinado à Unidade de Regulação Assistencial no fluxograma da instituição HU-UFSC.

Os critérios de seleção de pacientes para atendimento pela equipe do EGA do HU-UFSC são:

- I. baixa participação/adesão ao tratamento;
- II. cuidados com dispositivos e necessidade de suporte ventilatório domiciliar após a alta hospitalar;
- III. cuidados paliativos;
- IV. Cuidados de Alta Dependência (CAD);
- V. perspectiva de progressão para Cuidados de Alta Dependência;
- VI. vulnerabilidade e/ou risco em saúde mental;
- VII. tempo de internação acima do previsto;
- VIII. tratamento de feridas abertas;
- IX. vulnerabilidade e/ou risco social.

A partir desses critérios, é gerada uma lista diária de pacientes atualizada para acompanhamento durante a internação, suporte no processo de alta e encaminhamento para os serviços da APS. A equipe do EGA realiza diariamente uma busca ativa conforme a demanda delegada pela equipe assistencial das unidades de internação ou triagem de

pacientes admitidos nas unidades via sistema de informação.

4.2.3 Fontes de informação

A partir da lista de atendimento do EGA, a unidade de análise do presente estudo foi os prontuários físico e eletrônico do paciente, nos quais foram realizados um levantamento e uma descrição dos documentos, a saber: sumários de alta, evoluções diárias, prescrições e encaminhamentos dos profissionais de saúde.

- Sumário de alta do paciente hospitalar: registro resumido de todas as informações de saúde do paciente do primeiro dia da internação até o dia da alta hospitalar, incluindo orientações para continuidade do cuidado em domicílio, encaminhamentos ambulatoriais ou de outras especialidades e observações para a rede de saúde direcionadas aos profissionais da atenção primária de saúde. A classificação dos componentes dos sumários de alta foi delimitada de acordo com a Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, que institui que os seguintes dados devem estar registrados junto aos prontuários dos pacientes atendidos no EGA: identificação do paciente, história mórbida pregressa, exame físico, queixas do paciente, exames laboratoriais, exames de imagem, diagnóstico médico e de enfermagem, intervenção ou tratamento, desfecho, prognóstico, orientação de alta ao paciente, retorno cirúrgico ou ambulatorial e observação à APS (pode incluir informações direcionadas à RAS, a Profissionais da Estratégia de Saúde da Família, encaminhamentos a especialistas e outros).
- Evoluções da última semana de internação: documento hospitalar onde consta a história de atendimento do paciente, bem como os exames físicos e laboratoriais, descrição de procedimentos realizados ou agendados, impressões, anotações e

evoluções de profissionais de saúde que atenderam o paciente no período de internamento.

- Prescrições de saúde da última semana de internação: podem incluir prescrição de medicamentos, orientações de atividades e de cuidados com dispositivos de saúde, orientações sobre cuidados e condutas de educação em saúde.
- Encaminhamentos da última semana de internação: pedidos para início ou continuação de um tratamento em outro espaço/setor de acolhimento, podem ser retornos ou consultas ambulatoriais.

4.2.4. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos prontuários dos pacientes foram: 1) ser selecionado para acompanhamento pelo EGA; 2) estar internado nas clínicas médico-cirúrgicas; 3) ter recebido alta hospitalar para casa no período da coleta de dados.

Nos casos em que houve recusa do paciente em participar do estudo, recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incapacidade cognitivamente para anuência ao TCLE sem acompanhante ou responsável legal, o prontuário não foi incluído no estudo por respeito aos aspectos éticos. Como critérios de exclusão, consideraram-se durante o prazo da coleta de dados os prontuários de pacientes que receberam alta antes de serem abordados pela pesquisadora principal, pacientes que foram reinternados (gerando duplicidade de dados) ou pessoas com restrição de liberdade (detentos do sistema penitenciário, cujo atendimento não segue o mesmo fluxo dos outros pacientes dentro da RAS).

Após o levantamento das características dos participantes do estudo, algumas condições levaram à perda dos dados coletados durante a tabulação, sendo elas:

transferência do paciente para outro hospital sem alta médica, óbito durante a internação, não receber alta hospitalar até a data final da coleta de dados ou evasão do hospital antes de receber alta médica.

4.2.5. Coleta de dados

Os documentos que estavam nas formas física e eletrônica foram avaliados nos setores de internação clínica e cirúrgica, e para isso se utilizou a lista dos pacientes que estavam sendo atendidos pelo EGA e receberam alta médica. O período de coleta foi de 3 meses, entre 12 de julho e 12 de outubro de 2024, com início imediatamente após a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) e delimitação temporal da quantidade de participantes do estudo por conveniência.

Inicialmente, foi realizado contato com os pacientes nas unidades de internação e foi solicitada a concordância para manipulação dos prontuários e demais documentos referentes à alta, por meio da assinatura do TCLE (Apêndice 2). Após a anuência do participante, o prontuário foi acessado pela pesquisadora principal na clínica de internação do paciente para identificar a presença ou ausência dos documentos citados anteriormente nas fontes de dados.

Após separação dos documentos, estes foram submetidos à leitura cuidadosa, e seu conteúdo foi organizado em forma de quadro em duas etapas: a primeira etapa foi a constatação de assuntos dos documentos e seus conteúdos resumidos, bem como os profissionais envolvidos no processo, conforme Quadro A (Apêndice 3). A segunda etapa foi a identificação da presença ou ausência dos itens no instrumento de coleta de dados adaptado de acordo com o modelo de informação para SAH da Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022 (Apêndice 3). Esses dados foram coletados diretamente em duas

planilhas para auxiliar na separação de informações dispersas presentes no prontuário e no SAH.

4.2.6. Análise dos dados

A análise do estudo documental ocorreu ao classificar os registros desses prontuários para construir uma representação das informações dos documentos, de forma resumida, para armazenar e facilitar a visualização das informações, de tal forma que este apresente um conteúdo com o máximo de pertinência (Gil, 2022). Os documentos encontrados nos prontuários foram avaliados conforme análise de conteúdo segundo Bardin (2016), que deve se dar de acordo com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento com interpretação dos dados.

Na pré-análise, o pesquisador realiza uma organização do material para a escolha dos documentos e leitura focada no objetivo do estudo, buscando análise de conteúdo posterior (todos os documentos pertinentes ao estudo foram retirados e observados nessa primeira etapa para caracterizar a importância para o estudo). Na segunda etapa, a exploração do material envolve a escolha dos documentos e a classificação do conteúdo com a caracterização dos dados (Bardin, 2016). A terceira e última etapa é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados com a construção teórica dos resultados observados (após a organização e a caracterização dos documentos para alta do paciente no prontuário, os dados foram anotados e devolvidos imediatamente após o preenchimento do instrumento de coleta citado anteriormente). Após o tratamento desses dados, foram elaborados quadros, tabelas e gráficos para facilitar sua interpretação, o que permite a ordenação lógica e facilitada do trabalho do pesquisador (Bardin, 2016).

Após inferência dos dados pela análise de conteúdo, foi realizada uma

comparação das informações tabeladas para verificar se houve correspondência com os sumários de alta preenchidos. O emparelhamento de dados é uma forma de comparação e juízo de qualidade entre os elementos dos sumários de alta e os elementos da Portaria nº 701, de 2022 (Anexo 1) (Bardin, 2016).

Inicialmente os dados foram organizados segundo similaridade e frequência, e na sequência foram comparados a um modelo, tornando possível a verificação de conformidade entre eles. Dessa forma, os dados dos prontuários e dos SAH foram quantificados e sua tabulação levantou a presença ou a ausência de conformidade entre as informações registradas. Os dados foram tratados com análise estatística descritiva simples para obter frequência absoluta, frequência relativa de ocorrência de dados, média e desvio padrão.

A análise de dados foi feita com auxílio da ferramenta do software Microsoft Office Excel® versão 2013 para desenvolver tabelas, gráficos e quadros. Eles ficarão disponíveis por até 5 anos após a coleta no computador da pesquisadora principal e depois serão apagados.

4.2.7. Procedimentos éticos

Este estudo é parte do objetivo de um macroprojeto de estudo intitulado: Enfermeira de Continuidade do Cuidado e Serviço de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis/SC, e tem aprovação com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 55849322.9.0000.0121 e o Parecer 5.439.360.

Esta pesquisa seguiu as resoluções nº 466, de 2012 (Brasil, 2012), e nº 501, de 2016 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovada com CAAE sob o número 80174224.7.0000.0121 e com o Parecer 6.889.693.

Para atender aos preceitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), os participantes internados no HU receberam uma cópia do TCLE (Apêndice 2) e, após a leitura do documento, receberam informações quanto à natureza dessa pesquisa, seu objetivo e possíveis benefícios ou riscos ao paciente. Os pacientes puderam pedir esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o estudo. Aqueles que concordaram em participar do estudo foram convidados a assinar uma cópia do TCLE no qual declararam estar de acordo com o projeto, participar por livre e espontânea vontade, autorizar o uso dos dados somente para esta pesquisa, garantindo o anonimato dos participantes.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão organizados em dois manuscritos que atendem aos pré-requisitos para a elaboração de dissertação necessária para a obtenção do título de mestre, conforme a Instrução Normativa 01/PEN, de 17 de agosto de 2016. Essa norma regula a elaboração e a apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e doutorado em enfermagem na UFSC.

O primeiro manuscrito intitulado “Características e qualidade dos registros das informações no Sumário de Alta Hospitalar: uma revisão integrativa da literatura” apresenta informações sobre os elementos essenciais de um SAH com foco no planejamento de alta hospitalar, que é um documento desenvolvido para apoiar a transição de cuidados e pode ser utilizado tanto por profissionais de saúde quanto pelo próprio paciente. O segundo manuscrito, com o título “Análise dos registros de alta em um hospital universitário do sul do Brasil: um estudo documental”, aborda a relação entre os SAH e o modelo de informação de alta adotado no Brasil, explorando a padronização dos documentos de alta elaborados em um hospital universitário na região sul do país. Nesse manuscrito foi realizado um estudo documental com os prontuários dos pacientes internados, com o objetivo de identificar os documentos de alta entregues aos pacientes e a conformidade de informações entre os prontuários e os SAH. Além disso, procurou-se identificar as lacunas de informações nos registros dos SAH de acordo com o padrão preconizado no modelo de sumário de alta estabelecido pela Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Brasil, 2022).

5.1. MANUSCRITO 1: CARACTERÍSTICAS E QUALIDADE DOS REGISTROS NO SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

OBJETIVO: identificar na literatura as informações encontradas no Sumário de Alta Hospitalar e caracterizar os registros do paciente na alta hospitalar. **MÉTODO:** revisão integrativa de literatura utilizando bases de dados da área da saúde com recorte temporal de 2018 a 2022. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2023 com o descritor “Sumários de Alta do Paciente Hospitalar” como assunto primário, associado aos assuntos secundários “Avaliação em Saúde” e “Continuidade da Assistência ao Paciente”. **RESULTADOS:** os 11 estudos selecionados mostram que o Sumário de Alta Hospitalar pode conter uma diversidade de informações referentes ao estado de saúde do paciente, mas os itens considerados essenciais, presentes em todos os estudos, foram categorizados em: identificação do paciente, motivo do atendimento hospitalar, tratamento e intervenções, cuidados de saúde pós-alta, e profissional médico responsável. Ainda, a participação de registros da equipe multidisciplinar poderá agregar maior detalhamento das ações e dados. **CONCLUSÃO:** os estudos indicam que a qualidade de um Sumário de Alta Hospitalar apresenta interface com o registro médico preciso e singularizado, visando o preenchimento de itens essenciais que favoreçam a continuidade do cuidado nos demais serviços de saúde. Nesse sentido, sugere-se integrar o registro dos profissionais da equipe multidisciplinar, o que poderá contribuir e qualificar ainda mais os registros do sumário de alta.

RESUMEN

OBJETIVO: identificar en la literatura las informaciones encontradas en el Resumen de Alta Hospitalaria y caracterizar los registros del paciente al alta hospitalaria. **MÉTODO:** revisión integradora de la literatura utilizando bases de datos de salud con un marco temporal de 2018 a 2022. La recolección de datos se realizó en septiembre de 2023 con el descriptor “Resúmenes de Alta Hospitalaria” como asunto principal, asociado a los asuntos secundarios “Evaluación en Salud” y “Continuidad de la Atención al Paciente”. **RESULTADOS:** los 11 estudios seleccionados muestran que el Resumen de Alta Hospitalaria puede contener una variedad de informaciones sobre el estado de salud del paciente, pero los ítems considerados esenciales, presentes en todos los estudios, fueron categorizados como: identificación del paciente, motivo de la asistencia hospitalaria, tratamiento e intervenciones, cuidados a la salud postalta y profesional médico responsable. Además, la participación de registros del equipo multidisciplinario puede agregar mayor detalle de acciones y datos. **CONCLUSIÓN:** los estudios indican que la calidad de un Resumen de Alta Hospitalaria tiene una interfaz con la historia clínica precisa y singularizada, con el objetivo de llenar ítems esenciales que favorezcan la continuidad de la atención en otros servicios de salud. En este sentido, se sugiere integrar el registro de profesionales del equipo multidisciplinario, lo que puede aportar y calificar

aún más los registros del resumen de alta.

SUMMARY

OBJECTIVE: to identify in the literature the information found in the Hospital Discharge Summary and to characterize the patient's records at hospital discharge. **METHOD:** integrative literature review using health databases with a time frame from 2018 to 2022. Data collection took place in September 2023 with the descriptor "Hospital Patient Discharge Summaries" as the primary subject, associated with the secondary subjects "Health Evaluation" and "Continuity of Patient Care". **RESULTS:** the 11 selected studies show that the Hospital Discharge Summary may contain a variety of information regarding the patient's health status, but the items considered essential, present in all studies, were categorized as: patient identification, reason for hospital care, treatment and interventions, post-discharge health care and responsible medical professional. Also, the participation of records from the multidisciplinary team can add greater detail of actions and data. **CONCLUSION:** the studies indicate that the quality of a Hospital Discharge Summary has an interface with the precise and singularized medical record, aiming to fill in essential items that favor the continuity of care in other health services. In this sense, it is suggested to integrate the record of professionals from the multidisciplinary team, which can contribute to and further qualify the records of the discharge summary.

INTRODUÇÃO

O planejamento de alta visa a continuidade do cuidado prestado no serviço de saúde hospitalar após a internação do paciente e pode ser elaborado de maneira que contenha informações acerca do atendimento recebido, dos cuidados requeridos no domicílio e das observações ou encaminhamentos que se façam necessários nesse processo de transição do hospital ao domicílio (Barbosa *et al.*, 2023; Haggerty *et al.*, 2003).

O registro da assistência de saúde hospitalar e do planejamento de alta apresentam informações essenciais para equipes multiprofissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e servem como guia para que profissionais da atenção primária possam prestar um atendimento otimizado ao paciente de maneira que suas necessidades específicas sejam transmitidas entre as instituições de saúde dentro da RAS (Santos *et al.*, 2022).

O registro desse atendimento deve ser documentado de forma resumida e visa

informar a respeito da atenção hospitalar realizada e descrever as necessidades do paciente, sejam essas domiciliares ou acompanhadas por outros equipamentos de saúde. E esse documento serve como suporte para a contrarreferência na RAS, e para que os profissionais de saúde possam definir os próximos passos no atendimento, o que possibilita visitas domiciliares e intervenções de baixa complexidade, e promove educação em saúde, reconciliação medicamentosa e monitoramento do estado de saúde (Gallo *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2021).

Essas informações devem retratar o atendimento recebido no hospital e são registradas em documentos específicos, comumente chamados de “Sumário de Alta Hospitalar” (SAH). Profissionais da saúde podem se referir ao mesmo sumário de alta como documento, resumo ou carta, mas todos estão associados ao registro das informações mais relevantes do paciente hospitalar (Silver *et al.*, 2022; Weetman *et al.*, 2020a).

Um SAH tem a função de promover a segurança da assistência do paciente e auxiliar na tomada de decisão da equipe multiprofissional, logo, sua qualidade como registro de informação deve condizer com as necessidades do paciente durante a transição do cuidado (Gondim *et al.*, 2019). Entretanto, alguns estudos revelam que o SAH perde sua função e põe em risco a segurança do paciente quando está fora das padronizações instituídas, apresenta informações incompletas ou insuficientes, não conta com um plano de cuidado ou orientação clara, tem informações imprecisas, falta informação sobre intervenções ou prescrições realizadas, relatórios densos com jargões e expressões técnicas ou abreviaturas (Ferriter; Lynch; Tormey, 2022; Grant; Thomas, 2021; Weetman *et al.*, 2021).

Diante do exposto, questiona-se quais informações descritas na literatura devem

compor um SAH. O objetivo desta revisão é identificar na literatura as informações necessárias para constituir um SAH que qualifique os registros do paciente na alta hospitalar.

MÉTODO

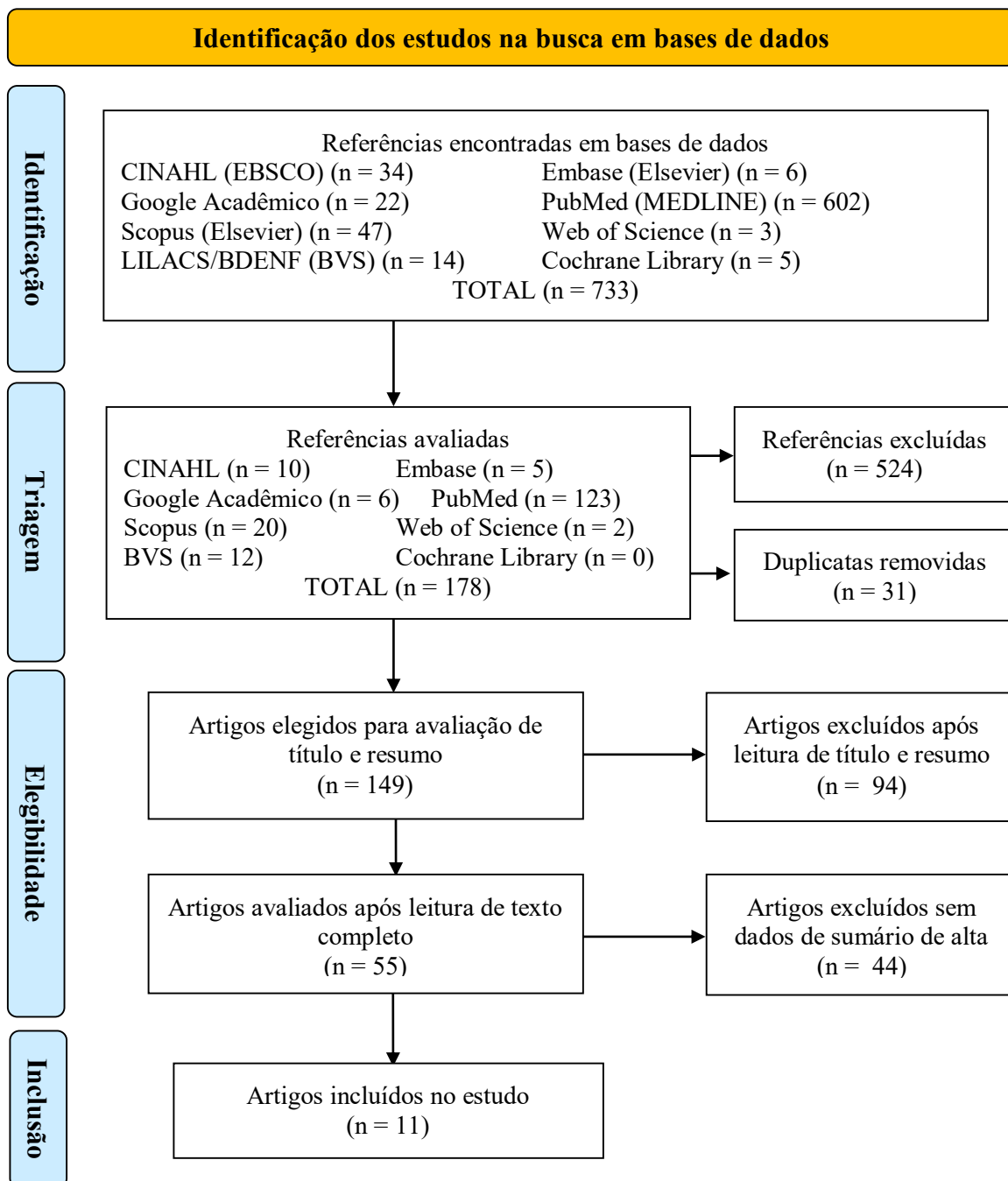
Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, seguindo o protocolo de busca em bases de dados, a questão norteadora e a definição do objetivo conforme a pergunta de pesquisa, utilizando a estratégia “PIC” (Santos; Pimenta; Nobre, 2007). Tomou-se “P” (Problema) como informações nos SAH, “I” (Interesse) como os registros encontrados nos documentos de alta hospitalar e “C” (Contexto) como ambiente hospitalar, sugerindo o questionamento: quais são os elementos que conferem qualidade aos SAH.?

Utilizaram-se as sugestões do Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH). O assunto principal foi definido como “Sumário de Alta do Paciente Hospitalar”, pois foi o que mais se aproximou do objeto do estudo acerca dos documentos de alta hospitalar. O assunto secundário foi definido como “Avaliação em Saúde” e “Continuidade da Assistência ao Paciente”, de maneira que o retorno do resultado de ambos os descritores pudesse verificar características dos sumários de alta, qualidade e conexão com a continuidade do cuidado.

Foram consideradas as bases de dados CINAHL (EBSCO), Embase (Elsevier), Google Acadêmico, PubMed (MEDLINE), Scopus (Elsevier), Web of Science e LILACS/BDENF (BVS), e Cochrane Library. No primeiro momento de extração de dados, os artigos de abrangência mundial encontrados em setembro de 2023 foram filtrados de acordo com o tempo de publicação de até cinco anos (entre 01/01/2018 e 31/12/2022) por serem os mais atuais e conforme a língua estrangeira (português, inglês

e espanhol) com a seleção de estudos seguindo as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) na Figura 1 (Page *et al.*, 2022).

Figura 1 – Apresentação da seleção de artigos conforme diretrizes do PRISMA, Florianópolis, 2024.



Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Dos 733 artigos encontrados, 524 artigos foram excluídos por apresentarem um ou mais critérios de exclusão, não possuir vínculo com o assunto em questão, tratar sobre transição intra-hospitalar (da unidade de emergência para unidade de terapia intensiva para internação), artigo duplicado ou literatura cinzenta. Após a primeira análise, 94 artigos foram excluídos, pois a leitura de título e resumo evidenciou que esses títulos não atendiam à temática desta revisão e 44 artigos foram excluídos por não apresentarem uma avaliação de itens de sumários de alta. Ao final, 11 artigos atenderam ao foco do estudo e foram elegidos para compor o *corpus* desta revisão.

De acordo com os estudos elegidos, alguns itens se destacaram com mais frequência e serviram para extração de dados. Além disso, a relação dos itens extraídos dos artigos inspirou a definição de características desses registros, separando fragilidades e sugestões para possíveis melhorias no registro desses SAH. Pensando na heterogeneidade dos estudos encontrados nas bases de dados, foram delimitadas as características para elucidar o perfil de cada artigo: local da coleta de dados com país de origem, ano de publicação, método utilizado para a análise de dados, profissionais de saúde envolvidos no estudo, e os itens dos sumários de alta ou modelo padrão de sumário de alta.

RESULTADOS

A análise dos 11 artigos selecionados revelou a seguinte distribuição em termos de metodologia utilizada: cinco artigos (45%) utilizaram método quantitativo; quatro artigos (36%) aplicaram método qualitativo e dois artigos (18%) apresentaram método misto, o que sugere que a maioria dos estudos prezou por um olhar mais objetivo diante

da avaliação dos registros dos SAH.

Ademais, em relação à localidade dos estudos, aproximadamente 64% deles foram realizados em países do continente europeu, enquanto 36% foram conduzidos em outros continentes (Ásia, Oceania, América do Norte e África). Quanto ao ano de publicação, a distribuição foi a seguinte: 2018 (18%), 2020 (27%), 2021 (27%) e 2022 (27%), sugerindo que a quantidade de artigos publicados sobre esse tema tem sido baixa até o ano de 2022, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Identificação dos estudos selecionados e itens do sumário de alta.

Autor	Local	Itens contidos no SAH
Kable <i>et al.</i> (2018)	Austrália	Histórico de saúde; tratamento durante a internação; evolução clínica; resultados de exames; diagnósticos; alergias ou eventos adversos; mudanças de medicação; medicamentos na alta; avaliações de saúde aliadas da capacidade funcional na alta; informações de alta e acompanhamento/encaminhamentos; planejamento de cuidados.
Oguego <i>et al.</i> (2018)	Nigéria	Histórico do paciente; detalhes de admissão e alta; nome do consultor supervisor; diagnóstico; procedimentos cirúrgicos realizados; instruções de acompanhamento e condição na alta.
Dinsdale <i>et al.</i> (2020)	Irlanda	Motivo do encaminhamento; diagnóstico; medicação utilizada; investigações; resultados de exames; cuidados pós-alta.
Lakhaney & Banker (2020)	EUA	Detalhes de admissão e alta; diagnóstico de alta; medicamentos; imunização; exames laboratoriais pendentes; consultas de acompanhamento.
Schiele <i>et al.</i> (2020)	França	Histórico do paciente; fatores de risco; medicação utilizada; avaliação de risco; tratamentos de alta; caminho de acompanhamento.
Pedersen <i>et al.</i> (2021)	Noruega	Detalhes de admissão e alta; diagnóstico; medicação; complicações durante a internação; exames e procedimentos; condição funcional na alta; evolução clínica; acompanhamento pós-alta; cuidados adicionais.
Tremoulet <i>et al.</i> (2021)	EUA	Detalhes de admissão e alta; diagnóstico; medicamentos de alta; histórico; curso hospitalar; procedimentos realizados; testes laboratoriais e resultados de investigações; capacidade funcional física e cognitiva; estado de alta/condição de alta do paciente; reações adversas durante a estadia; orientações de alta; consultas após a alta; estado

		nutricional; histórico de imunização; dados demográficos; plano de tratamento durante a internação hospitalar; informações de contato do médico.
Weetman et al. (2021)	Inglaterra	Motivo da admissão; diagnóstico; exames/procedimentos realizados; resultados da investigação/achados de exames; nome do médico que deu alta e função; nomes dos medicamentos; dose e frequência dos medicamentos; plano clínico geral; plano hospitalar; troca de medicamentos; motivos para troca de medicamentos; jargão médico explicado; informações fornecidas ao paciente; siglas explicadas; preocupações/desejos.
Ferriter, Lynch & Tormey (2022)	Irlanda	Padrão Nacional para Informações de Resumo de Alta do Paciente ¹ (modelo de padronização de sumários de alta vigente no país).
Makhura et al. (2022)	Inglaterra	Identificação do paciente (incluindo nome, data de nascimento, sexo e endereço); data de admissão/alta; evolução clínica; diagnóstico; tratamentos e procedimentos; medicamentos de alta e detalhes do médico que deu alta; intervenções dietéticas; informações sobre imunização; acompanhamento pós-alta; ações de assistência social; recomendações e planos de cuidado.
Patel et al. (2022)	Inglaterra	Histórico do paciente; investigações; informações para o paciente; procedimentos realizados; medicamentos; médico responsável.

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

De acordo com o quadro acima, os estudos encontrados mostraram diversas similaridades em termos de itens nos sumários de alta. Destacam-se a seguir os itens presentes em todos os estudos selecionados para compor a amostra, entendendo que esses seriam essenciais.

- Identificação do paciente: nome, sexo, idade, dados demográficos.
- Motivo da internação: motivo da admissão, data de admissão e data de alta, motivo do encaminhamento, histórico do paciente, histórico de saúde, fatores de risco, medicação utilizada, queixa principal, diagnóstico, investigação, resultado de

¹ (HIQA) *Health Information and Quality Authority. National Standard for Patient Discharge Summary Information*. Smithfield. Dublin. 2023. Disponível em: <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/National-Standard-Patient-Discharge-Summary.pdf>

exames, exames laboratoriais.

- Tratamento e evolução clínica: medicação utilizada, dose, trocas, plano de tratamento durante a internação, condições de alta, procedimentos realizados (clínicos e cirúrgicos), evolução clínica, complicações, condições de alta, capacidade funcional física e cognitiva.
- Cuidados pós-alta: informações fornecidas ao paciente, planejamento assistencial domiciliar, consultas de acompanhamentos, encaminhamento ambulatorial, plano de cuidados, recomendações, ações de assistência social, cuidados adicionais, instruções de acompanhamento, preocupações e desejos do paciente.
- Médico responsável: nome do médico que deu alta e função, informações de contato do médico, consultor supervisor, detalhes do médico responsável.

Essas categorias resumem as prioridades na construção de um SAH, entendendo que os mais frequentemente citados representam o mínimo de informação de saúde do paciente atendido e de interesse para a continuidade do cuidado. Outros itens aparecem em menor frequência nos SAH dependendo da conjuntura da instituição, do momento histórico da coleta dos dados, do local e das necessidades individuais do paciente.

Os resultados do Quadro 1 mostram o conteúdo dos SAH avaliados. Os responsáveis pelas informações no SAH são, em sua maioria, profissionais médicos em diferentes especialidades no ambiente hospitalar, mas a integração de outros profissionais de saúde para a construção desse documento é registrada na literatura, destacando os enfermeiros que identificaram a capacidade funcional e o planejamento de cuidados do paciente no momento da alta de acordo com os artigos de Kable e colaboradores (2018) e Tremoulet e colaboradores (2021), mostrados no Quadro 2.

A omissão de informações relevantes para transição do cuidado do paciente do

hospital para atenção primária à saúde é encontrada em alguns estudos e as sugestões de intervenção para diminuir essas fragilidades também giram em torno de estratégias de educação continuada e melhoria da qualidade dos registros nos documentos de alta, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Identificação de fragilidades e sugestões de melhoria para sumários de alta e profissionais da saúde envolvidos no registro.

Autor	Profissionais	Omissões/ Fragilidades	Melhorias/Sugestões
Kable et al. (2018)	Enfermeiros e médicos	Omissão de informações como avaliações funcionais, resultados de testes pendentes, cuidados pós-alta e reuniões paciente/cuidador com a equipe multidisciplinar.	Implementar estratégias com a equipe multidisciplinar, como revisão de medicamentos e planejamento de cuidados para segurança do paciente durante a transição do cuidado, além de informações para acompanhamento pós-alta hospitalar.
Oguego et al. (2018)	Residentes e médicos em formação	Omissão de informações sobre mudanças de medicação, resultado de exames, ações de assistência social, informações para o paciente e cuidador, cuidados pós-alta.	Intervenção educacional para os médicos em treinamento, supervisão e <i>feedback</i> pelos supervisores, padronização de modelos de resumo de alta e transição para um sistema eletrônico de resumo de alta.
Dinsdale et al. (2020)	Residentes de medicina	Omissão de informações como medicação na atenção primária, alergias, alterações de medicamentos.	Melhoria em diferentes pontos da jornada do paciente, descobertas clinicamente mais importantes, registro de medicamentos, principais necessidades de saúde.
Lakhaney & Banker (2020)	Médicos pediatras	Omissão de informações sobre imunização e exames realizados, impossibilidade de avaliar a confirmação de compreensão das instruções dadas ao	Melhorar o registro de elementos essenciais dos resumos de alta para fornecer informações mais completas e precisas aos responsáveis, padronizando a documentação de alta.

		paciente.	
Schiele <i>et al.</i> (2020)	Médicos cardiologistas	Omissão de informações como a descrição dos tratamentos de alta em detalhes, doses e duração da terapia.	Implementar uma padronização do modelo de carta de alta na prática de rotina e ajudar a melhorar a qualidade e o tempo de transmissão de informações entre serviços.
Pedersen <i>et al.</i> (2021)	Médicos neurologistas	Fragilidade no repasse de informações sobre complicações durante a internação, bem como acompanhamento pós-alta hospitalar, e conexão entre as atividades hospitalares e o planejamento de cuidados pós-alta.	Otimizar os resumos de alta para transferência de conhecimento e implementação de diretrizes na prática geral.
Tremoulet <i>et al.</i> (2021)	Equipe multi disciplinar	Fragilidade dos documentos atualmente produzidos que não atendem totalmente às necessidades dos profissionais de saúde na área ambulatorial, o que dificulta a coordenação do atendimento a pacientes que recebem alta hospitalar.	Avaliar ou melhorar a usabilidade de seus documentos de alta, para ajudar a garantir que eles produzam resumos de alta que contenham as informações mais importantes e padronizar o conteúdo, organização e formatação dos resumos de alta.
Weetman <i>et al.</i> (2021)	Médicos clínicos gerais	Fragilidade dos sumários de alta que dependem da inclusão de informações com clareza e relevância em casos específicos.	Inclusão de detalhes sobre o motivo da admissão, diagnóstico, alterações de medicação, motivos para alterações de medicação, plano/ações do hospital, plano de cuidados, informações ao paciente, testes/procedimentos realizados e resultados de testes/exames.
Ferriter, Lynch & Tormey (2022)	Cirurgiões	Omissão de histórico de saúde, medicação na alta, detalhes de admissão e alta, falta de assinatura do profissional e plano de	Implementar estratégias para melhorar a qualidade dos registros dos médicos com auditorias realizadas a cada ciclo de avaliação.

cuidados pós-alta.			
Makhura <i>et al.</i> (2022)	Residentes da área da saúde	Omissão de informações como instituição de saúde de referência, intervenções dietéticas, informações sobre imunização, cuidados pós-alta.	Preencher as informações relevantes para continuidade do cuidado do paciente na comunidade, com informações obrigatórias na documentação de alta como estado funcional do paciente, dieta e necessidade de assistência social no resumo de alta.
Patel <i>et al.</i> (2022)	Médicos juniores e consultores médicos	Omissão de informações sobre exames realizados, alterações na medicação durante a internação, cuidados pós-alta.	Incorporar o ensino de novos funcionários acerca da padronização dos sumários de alta e observar consultas de acompanhamento perdidas, sugerindo que os pacientes assimilaram o plano de cuidados indicado nos documentos de alta.

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Em termos gerais os estudos analisados destacaram a importância da qualidade e completude dos SAH, com ênfase nos registros clínicos.

Segundo os estudos do Quadro 2, há medidas resolutivas para qualificar o registro dos SAH, que são: implementação de registros médicos eletrônicos; padronização dos sumários de alta e das cartas de encaminhamento; intervenções educativas, como um curso para melhorar escrita do sumário de alta; treinamento para educação continuada dos profissionais médicos; educação continuada de profissionais médicos lotados nas enfermarias; implementação de novos modelos eletrônicos de sumário de alta; educação dos profissionais médicos referente ao modelo de sumário de alta, e entrega de folhetos informativos.

DISCUSSÃO

A predominância de estudos quantitativos indica uma forte ênfase na medição e análise de dados específicos sobre a qualidade e completude das documentações de alta hospitalar. Estudos qualitativos também tiveram uma presença significativa, refletindo a importância de abordagens interpretativas para entender os processos de alta hospitalar e a comunicação entre os profissionais de saúde. A presença dos estudos de método misto demonstra a relevância de integrar abordagens quantitativas e qualitativas para uma análise mais abrangente e aprofundada dos dados.

Os resultados do Quadro 1 demonstram uma variedade de conteúdo nos SAH avaliados, o que pode estar atrelado às informações priorizadas em cada especialidade clínica pela qual o paciente foi avaliado. Os achados indicam que há falta de informações e isso pode levar a falhas na comunicação de um plano de alta entre os profissionais de saúde e o paciente, o que está relacionado às fragilidades elencadas por cada artigo (Kattel *et al.*, 2020).

Alguns desses estudos sugerem a necessidade de padronização das documentações de alta, com a inclusão de informações completas e precisas, para melhorar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente na alta hospitalar (Lakhaney; Banker, 2020; Makhura *et al.*, 2022; Schiele *et al.*, 2020). A evidência aponta que a implementação de diretrizes e treinamentos para o preenchimento adequado das documentações de alta pode melhorar significativamente a qualidade do atendimento (Oguego *et al.*, 2018; Patel *et al.*, 2022). Além disso, o uso de sistemas eletrônicos para a geração de SAH pode facilitar a integração das informações e a comunicação entre os diferentes níveis de assistência (Oguego *et al.*, 2018).

As medidas resolutivas para melhoria da qualidade dos SAH seguem na mesma direção: implementação de registros médicos eletrônicos; padronização dos sumários de alta e das cartas de encaminhamento; intervenções educativas, como um curso para melhorar escrita do sumário de alta; treinamento para educação continuada dos profissionais médicos; educação continuada de profissionais médicos lotados nas enfermarias; implementação de novos modelos eletrônicos de sumário de alta; educação dos profissionais médicos referente ao modelo de sumário de alta, e entrega de folhetos informativos (Ferriter; Lynch; Tormey, 2022; Oguego *et al.*, 2018). Nesses estudos, as intervenções implementadas nos serviços hospitalares sugerem que houve melhoria dos sumários de alta, o que corrobora a qualidade dos processos de transição do cuidado.

Alguns autores sugerem que um dos itens de um SAH deve ser a presença de alergias do paciente, além do registro de complicações e reações adversas durante a internação. Essas informações no SAH são também relevantes e deveriam constar em todos os documentos de alta do paciente (Kable *et al.*, 2018; Pederson *et al.*, 2021; Tremoulet *et al.*, 2021). Outros autores apontam que o histórico de imunização também deveria ser um dado presente nos documentos do paciente (Lakhaney; Banker, 2020; Tremoulet *et al.*, 2021; Makhura *et al.*, 2022). Além disso, outros itens, como o estado nutricional e as intervenções dietéticas, poderiam ser considerados informações essenciais (Makhura *et al.*, 2022; Tremoulet *et al.*, 2021). Ainda podemos observar que, em alguns artigos a capacidade funcional em saúde e social e as ações de assistência social estão associadas à avaliação de risco de reinternação relacionada às doenças e agravos pré-existentes do paciente que segue pelo sistema de saúde após a alta hospitalar, o que indica ser uma informação essencial em um SAH (Kable *et al.*, 2018; Pederson *et al.*, 2021; Tremoulet *et al.*, 2021).

A omissão de informações foi retratada na literatura e, nesses casos, a qualidade dos SAH decai significativamente e coloca em risco a transição segura do cuidado, mesmo em países desenvolvidos como os Estados Unidos (Sorita *et al.*, 2021). Se existem informações que são consideradas essenciais em um SAH, os sumários que não apresentam tais informações pouco ajudarão no atendimento da atenção primária de saúde, o que dificulta a conexão entre os profissionais de saúde no hospital e seus pares que atuam nos postos de saúde, ambulatórios ou clínicas.

Os SAH elaborados nas instituições hospitalares podem conter muitas fragilidades e por isso não cumprirão sua função de comunicação entre os níveis de atenção à saúde. Nesses casos, a ação da equipe multidisciplinar está associada ao complemento de informações essenciais que farão parte do SAH e que trarão maior qualidade ao documento (Kable *et al.*, 2018; Makhura *et al.*, 2022; Tremoulet *et al.*, 2021).

Segundo o estudo de Kable e colaboradores (2018), o SAH poderia ser construído a partir da visão da equipe multiprofissional para que o planejamento de cuidados tenha como objetivo a segurança do paciente durante a transição do cuidado, além de transmitir informações para o acompanhamento pós-alta, concordando com o estudo de Yahalom e Manias (2024). No que tange aos profissionais responsáveis pelo SAH, observou-se um predomínio de médicos, entretanto implementar estratégias de cuidado pós-alta com a equipe multiprofissional contribui no registro mais completo, prevendo a continuidade do cuidado do paciente na comunidade com seu estado funcional, necessidade de assistência social, assistência à saúde domiciliar ou nos serviços da atenção primária (Makhura *et al.*, 2022).

Há concordância dos artigos com relação à implementação de medidas para melhoria da qualidade desses documentos e uma das soluções listadas para avaliação dos

SAH são eventos periódicos de auditoria interna hospitalar para elencar quais são os motivos da perda de qualidade (Ferriter; Lynch; Tormey, 2022). Outro ponto que pode ser salientado é a possibilidade de propor cursos de aprimoramento da escrita dos SAH, utilização de sistemas de informação eletrônicos com preenchimento automatizado e padronização dos documentos de alta (Ferriter; Lynch; Tormey, 2022; Oguego *et al.*, 2018).

O Padrão Nacional para Informações de Resumo de Alta do Paciente, utilizado em diversos países da Europa, segue o modelo comentado no estudo de Ferriter, Lynch e Tormey (2022), que contém os itens essenciais de um SAH. O ideal seria registrar o nome do médico responsável pela alta do paciente e essa informação deveria estar presente em todos os sumários de alta (Patel *et al.*, 2022; Tremoulet *et al.*, 2021; Weetman *et al.*, 2021).

No artigo de Weetman e colaboradores (2021), ainda vemos outros pontos não menos importantes que deveriam ser considerados no momento da produção de um SAH: informações fornecidas ao paciente, preocupações ou desejos, e as preferências no momento da alta, fazendo jus aos cuidados e necessidades do paciente durante e após a internação de acordo com suas condições individuais sociais, econômicas e de saúde. O cuidado centrado no paciente deve estar alinhado pelo profissional de saúde, partindo das necessidades e preocupações que o próprio paciente relata e considerando suas questões econômicas, culturais ou físicas dentro daquilo que é prioridade na visão do paciente (Engle *et al.*, 2021; Grover *et al.*, 2022).

A padronização de SAH é preconizada pela legislação dos sistemas de saúde de alguns países, como Inglaterra e Irlanda, mas mesmo nesses locais as informações encontradas em alguns documentos de alta podem ser omitidas. A qualidade desses

documentos depende da presença dos itens essenciais de um SAH, além de características estruturais, como ausência de jargões médicos ou abreviações, pois serão utilizados por outros profissionais de saúde e pelos próprios pacientes (Weetman *et al.*, 2020b; Schwarz *et al.*, 2024).

No Brasil, o modelo de SAH abrange todas essas informações e pode ser usado como base para padronização desse documento de acordo com a Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde que se assemelha ao modelo europeu *National Standard for Patient Discharge Summary* (Padrão Nacional para Informações de Sumários de Alta do Paciente) e ao modelo australiano *National Guidelines of On-Screen Presentation of Discharge Summaries* (Diretrizes Nacionais para Exibição Digital de Sumários de Alta) e tem o mesmo objetivo de organizar, resumir e providenciar as informações sobre o paciente durante o período de internação hospitalar (O'Connor *et al.*, 2019; Brasil, 2022; Mahera *et al.*, 2023).

Como limitação deste estudo, é necessário citar que a diversidade de artigos encontrados em países europeus, americanos e africanos traz o viés de populações e culturas diferentes da encontrada no Brasil, cuja padronização de protocolos para construção de SAH será embasada. Outra limitação é que não foi possível encontrar estudos de origem latino-americana ou brasileira, que trouxessem elementos para comparação e discussão dos dados encontrados para compor o *corpus* desta revisão de forma mais fidedigna.

CONCLUSÕES

O SAH pode conter uma diversidade de informações referentes ao estado de saúde do paciente, mas os itens presentes em todos os estudos e, por esse motivo, considerados

essenciais, podem ser categorizados em: identificação do paciente, motivo do atendimento hospitalar, tratamento e intervenções, cuidados de saúde pós-alta e profissional médico responsável. Isso sugere que, para avaliação da qualidade de um SAH, é possível associar o registro dessas categorias essenciais com a padronização dos registros dos documentos de alta.

A análise dos artigos revela que a padronização e inclusão de informações essenciais promovem uma melhor transição do cuidado. Embora existam diretrizes estabelecidas em diversos países, incluindo Brasil, Inglaterra e Irlanda, a omissão frequente de informações sobre o estado de saúde do paciente é uma realidade que compromete a qualidade dos SAH. Para diminuir as fragilidades é necessário implementar auditorias regulares e oferecer treinamentos para a elaboração desses registros, além da utilização de sistemas eletrônicos de automatização e padronização desses documentos. Ainda, a colaboração das equipes multiprofissionais na elaboração de tais documentos pode aumentar sua qualidade, promovendo um planejamento de cuidados assistenciais mais adequado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Sara Maria *et al.* *Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases.* **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 6, 2023. Disponível em: doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022. Institui o Modelo de Informação Sumário de Alta (SA)**. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2022/prt0701_19_102022.html.

DINSDALE, Elsa *et al.* *Communication between primary and secondary care: Deficits and danger.* **Family Practice**, v. 37, n. 1, p. 63-68, 2020. Disponível em: doi.org/10.1093/fampra/cmz037.

ENGLE, Ryann L. *et al.* *Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well.* **Health Care Management Review**, v. 46, n. 3, p. 174-184, 2021. Disponível em: doi.org/10.1097/hmr.0000000000000254.

FERRITER, Bridgid; LYNCH, Amie; TORMEY, Shona. *Do surgical discharge summaries meet national standards? A closed loop clinical audit.* **British Journal of Surgery**, v. 109, s. 5, 2022. Disponível em: doi.org/10.1093/bjs/znac248.054.

GALLO, Valeria C.L. *et al.* *Transition strategies for hospital discharge used by nurses: integrative review.* **REUFISM: Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 1-22, 2021. Disponível em: doi.org/10.5902/2179769264383.

GONDIM, Fernanda B.S. *et al.* *A importância dos registros das infecções relacionadas à assistência à saúde no sumário de alta.* **Connectionline - Revista eletrônica do UNIVAG**, v. 21, 2019. Disponível em: doi.org/10.18312/connectionline.v0i21.1403.

GRANT, Angus; TOMAS, Jon. *Assessing the quality of hospital discharge letters for patients known to the palliative care services at a large tertiary care centre in central England: a service evaluation.* **British Medical Journal Supportive & Palliative Care**, v. 11, s. 1, 2021. Disponível em: doi.org/10.1136/spcare-2021-PCC.110.

GROVER, Sanya *et al.* *Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review.* **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 7, p. 1679-1688, 2022. Disponível em: doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* *Continuity of care: a multidisciplinary review.* **British Medical Journal (BMJ)**, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. Disponível em: doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219.

KABLE, Ashley *et al.* *Evaluation of discharge documentation after hospitalization for stroke patients discharged home in Australia: A cross-sectional, pilot study.* **Nursing Health Science**, v. 20, n. 1, p. 24-30, 2018. Disponível em: doi.org/10.1111/nhs.12368.

KATTEL, Sharma *et al.* *Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review.* **Journal of Patient Safety**, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: doi.org/10.1097pts.0000000000000248.

LAKHANEY, Divya; BANKER, Sumeet L. *An Evaluation of the Content of Pediatric Discharge Summaries.* **Hospital Pediatric**, v. 10, n. 11, p. 949-954, 2020. Disponível em: doi.org/10.1542/hpeds.2020-0148.

MAHERA, Masarrat *et al.* *Evaluating an implementation of the Australian National Guidelines for the On-Screen Display of Discharge Summaries.* **Australian Health Review**, v. 47, n. 5, p. 535-544, 2023. Disponível em: doi.org/10.1071/ah22248.

MAKHURA RW, *et al.* *An audit on discharge summaries in a medical gerontological ward.* **Age and Ageing**, v. 51, s. 3, 2022. Disponível em: doi.org/10.1093/ageing/afac218.134.

O'CONNOR, Ray *et al.* *An audit of discharge summaries from secondary to primary care.* **Irish Journal of Medical Science**, v. 188, n. 2, p. 537-540, 2019. Disponível em: doi.org/10.1007/s11845-018-1862-6.

OGUEGO, Ngozi C. *et al.* *Audit of ophthalmology discharge summaries in a Nigerian Teaching Hospital.* **Nigerian Journal of Clinic Practice**, v. 21, n. 7, p. 901-906, 2018. Disponível em: doi.org/10.4103/njcp.njcp_363_17.

OLIVEIRA, Lais S. de *et al.* *Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária.* **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530.

PAGE, Matthew J. *et al.* *A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas.* **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 46, 2022. Disponível em: doi.org/10.26633/RPSP.2022.112.

PATEL, Samit *et al.* *Improving the quality of inpatient discharge summaries.* **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 33, s. 1, p. 63-67, 2022. Disponível em: doi.org/10.3233/jrs-227026.

PEDERSEN, Rune A. *et al.* *Stroke follow-up in primary care: a discourse study on the discharge summary as a tool for knowledge transfer and collaboration.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v. 21, n. 1, s. 41, 2021. Disponível em: doi.org/10.1186/s12913-020-06021-8.

SANTOS, Cristina M. C.; PIMENTA, Cibele A. M., NOBRE, Moacyr R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: repositorio.usp.br/item/001639425.

- SANTOS, Mariana T. *et al.* *Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions.* **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 56, 2022. Disponível: doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en.
- SCHIELE, Francois *et al.* *Proposal for a standardized discharge letter after hospital stay for acute myocardial infarction.* **European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care**, v. 9, n. 7, p. 788-801, 2020. Disponível em: doi.org/10.1177/2048872619844444.
- SCHWARZ, Christine M. *et al.* *Patient-centered discharge summaries to support safety and individual health literacy: a double-blind randomized controlled trial in Austria.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 789, 2024. Disponível em: doi.org/10.1186/s12913-024-11183-w.
- SILVER, Aaron M. *et al.* *Optimizing discharge summaries: a multispecialty, multicenter survey of primary care clinicians.* **Journal of Patient Safety**, v. 18, n. 1, p. 58-63, 2022. Disponível em: doi.org/10.1097/PTS.0000000000000809.
- SOARES, Cassia B. *et al.* *Integrative review: concepts and methods used in nursing.* **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020.
- SORITA, Atsushi *et al.* *The ideal hospital discharge summary: a survey of U.S. physicians.* **Journal of Patient Safety**, v. 17, n. 7, 2021. Disponível em: doi.org/10.1097/PTS.0000000000000421.
- TREMOULET, Patrice D. *et al.* *Usability of electronic health record-generated discharge summaries: Heuristic evaluation.* **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 4, 2021. Disponível em: doi.org/10.2196/25657.
- WEETMAN, Katharine *et al.* *Adult patient perspectives on receiving hospital discharge letters: a corpus analysis of patient interviews.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 537, 2020b. Disponível em: doi.org/10.1186/s12913-020-05250-1.
- WEETMAN, Katharine *et al.* *GP perspectives on hospital discharge letters: an interview and focus group study.* **British Journal of General Practice Open**, v. 4, n. 2, 2020a. Disponível em: doi.org/10.3399/bjgpopen20X101031.
- WEETMAN, Katharine *et al.* *What makes a “successful” or “unsuccessful” discharge letter? Hospital clinician and General Practitioner assessments of the quality of discharge letters.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 349, 2021. Disponível em: doi.org/10.1186/s12913-021-06345-z.
- WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. *The integrative review: updated methodology.* **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

YAHALOM, Sharon; MANIAS, Elizabeth. *Nurses engaging with referral letters and discharge summaries: A qualitative study*. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, n. 6, p. 2309-2323, 2024. Disponível em: doi.org/10.1111/jocn.17054.

5.2. MANUSCRITO 2: ANÁLISE DOS REGISTROS DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO DOCUMENTAL

RESUMO

OBJETIVO: comparar os registros institucionais com o documento recomendado pelo Ministério da Saúde e identificar as lacunas de informações nos registros relativos à alta hospitalar e à continuidade do cuidado. **MÉTODO:** estudo documental, de natureza quantitativa, com abordagem exploratória acerca dos registros de informações presentes nos Sumários de Alta Hospitalar e sua concordância com outros documentos de alta presentes no prontuário dos pacientes de um hospital universitário. **RESULTADOS:** foram analisados 78 prontuários de pacientes que foram internados e receberam alta hospitalar no período de três meses. Parte dos planos de cuidados e encaminhamentos registrados nas evoluções da equipe multiprofissional de saúde não foi identificada nos Sumários de alta especialmente dos profissionais não médicos. Observou-se que os prontuários apresentavam planos de cuidados pós-alta, sendo que 86% foram registrados por médicos, 24% por enfermeiros, 9% por fisioterapeutas, 4% por nutricionistas, 1% por fonoaudiólogos, 1% por psicólogos e 1% por assistentes sociais. Os encaminhamentos para retorno ambulatorial no próprio hospital universitário eram 75%, enquanto 19% receberam encaminhamentos para retornar à atenção primária. Os itens dos Sumários de alta com frequência menor que 51% foram analisados e correspondiam às temáticas de tratamento e evolução clínica e cuidados pós-alta. **CONCLUSÃO:** a falta de informações sobre cuidados assistenciais nos documentos de alta aponta para a necessidade de inclusão de outras abordagens de caráter colaborativo pela equipe multiprofissional e para necessidade de melhoria da comunicação e da qualidade dos registros para a continuidade do cuidado.

RESUMEN

OBJETIVO: comparar los registros institucionales con el documento recomendado por el Ministerio de Salud e identificar vacíos de información en los registros relacionados con el alta hospitalaria y la continuidad de la atención. **MÉTODO:** estudio documental cuantitativo con abordaje exploratorio sobre los registros de información presentes en los Resúmenes de Alta Hospitalaria y su concordancia con otros documentos de alta presentes en las historias clínicas de pacientes de un hospital universitario. **RESULTADOS:** se analizaron 78 historias clínicas de pacientes hospitalizados y dados de alta en el plazo de tres meses. Parte de los planes de atención y derivaciones registrados en la evolución del equipo de salud multiprofesional no ha sido identificada en los Resúmenes de Alta Hospitalaria, especialmente de los profesionales no médicos. Se observó que las historias clínicas presentaban planes de cuidados postalta, y el 86% fueron registrados por médicos, el 24% por enfermeras, el 9% por fisioterapeutas, el 4% por nutricionistas, el 1% por fonoaudiólogos, el 1% por psicólogos y el 1% por trabajadores sociales. Las derivaciones para retorno ambulatorio en el propio hospital universitario fueron del 75%, mientras que el 19% recibieron derivaciones para volver a la atención primaria. Se analizaron los ítems de los Resúmenes de Alta Hospitalaria con

una frecuencia inferior al 51% y correspondieron a los temas de tratamiento y evolución clínica y cuidados postalta. CONCLUSIÓN: la falta de información sobre la asistencia en los documentos de alta apunta a la necesidad de la inclusión de otros abordajes colaborativos por parte del equipo multiprofesional y a la necesidad de mejorar la comunicación y la calidad de los registros para la continuidad de la atención.

SUMMARY

OBJECTIVE: to compare institutional records with the document recommended by the Ministry of Health and to identify gaps in information in records related to hospital discharge and continuity of care. **METHOD:** a quantitative documentary study with an exploratory approach about the information records present in the Hospital Discharge Summaries and their agreement with other discharge documents present in the medical records of patients at a university hospital. **RESULTS:** 78 medical records of patients who were hospitalized and discharged within three months were analyzed. Part of the care plans and referrals recorded in the evolution of the multiprofessional health team was not identified in the Hospital Discharge Summaries, especially in the non-medical professionals. It was observed that the medical records presented post-discharge care plans, and 86% were recorded by physicians, 24% by nurses, 9% by physiotherapists, 4% by nutritionists, 1% by speech therapists, 1% by psychologists and 1% by social workers. Referrals to return to the university hospital itself were 75%, while 19% were referred back to primary care. The items of the Hospital Discharge Summaries with a frequency of less than 51% were analyzed and corresponded to the themes of treatment and clinical evolution and post-discharge care. **CONCLUSION:** the lack of information on care in discharge documents points to the need for the inclusion of other collaborative approaches by the multiprofessional team and to the need to improve communication and the quality of records for continuity of care.

INTRODUÇÃO

O registro de cuidados no planejamento de alta é uma estratégia da equipe multiprofissional hospitalar que tem como objetivo auxiliar na transição do cuidado hospitalar para o domicílio e transmitir informações essenciais para promover a segurança do paciente. Para fornecer o cuidado adequado ao paciente é necessária comunicação entre os próprios profissionais de saúde da atenção terciária e primária, da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Barbosa *et al.*, 2023; Ferracioli *et al.*, 2020).

Os documentos da alta hospitalar devem conter todas as informações da assistência prestada na internação e os cuidados no pós-alta. A omissão de informações

nesses documentos pode comprometer a continuidade do cuidado (Bernardino *et al.*, 2021; Gondim *et al.*, 2019).

A Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022, faz alusão a um desses documentos, definindo a estrutura e os conteúdos essenciais para construção de um Sumário de Alta Hospitalar (SAH). Esse documento contém informações do paciente de maneira resumida para facilitar a tomada de decisão dos diferentes profissionais da RAS (Brasil, 2022).

As informações contidas no SAH devem ser claras e acessíveis para que profissionais de saúde fora do hospital, bem como acompanhantes, familiares e representantes legais do paciente possam compreendê-las adequadamente. Usualmente elaborado pelo profissional médico, esse documento pode ser desenvolvido pela equipe multidisciplinar com as condições do paciente, funcionando como um relatório resumido do atendimento hospitalar e dos cuidados e encaminhamentos necessários para o acompanhamento pós-alta e por isso a importância de se ter um documento que possa compartilhar informações sobre os cuidados hospitalares e um sumário de alta para a segurança do paciente (Brasil, 2022; JCI, 2021).

Os documentos de alta, por sua vez, podem apresentar algumas fragilidades pela falta de detalhamento das informações sobre o paciente, o que compromete a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. É necessário observar todas as informações contidas nesses documentos, inclusive os encaminhamentos e as prescrições medicamentosas, para não comprometer cuidados específicos e outros pontos da RAS para continuidade do cuidado pós-alta hospitalar (Weetman *et al.*, 2021).

Ainda nesse contexto, o plano de cuidados pós-alta diz respeito ao conjunto de orientações e encaminhamentos planejados pela equipe multidisciplinar para atender às necessidades de saúde do paciente, possibilitando o processo de transição de cuidados

mais seguro entre hospital e o domicílio (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2022).

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar os registros dos planos de cuidados pós-alta em um hospital universitário e compará-los com o modelo de SAH instituído pelo Ministério da Saúde para a continuidade do cuidado.

MÉTODOS

Este foi um estudo documental, de natureza quantitativa, com abordagem exploratória descritiva, que buscou interpretar um fenômeno por meio de uma base de dados ampla e variada conforme referencial metodológico de Bardin (2016), acerca dos registros de informações presentes nos SAH e sua concordância com outros documentos de alta presentes no prontuário do paciente.

A coleta de dados foi realizada no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis/SC, no período entre julho e outubro de 2024, com amostragem por conveniência. Esse hospital atende casos de média e alta complexidade em várias especialidades e conta com o Escritório de Gestão de Alta (EGA), uma unidade diferenciada que apoia a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

O EGA oferece um serviço de auxílio à transição de cuidados com uma equipe formada por enfermeiras e assistentes sociais que acompanham pacientes com necessidades de assistência na RAS dentro do hospital universitário. Esse serviço avalia diariamente os pacientes de unidades de internação da Clínica Cirúrgica e da Clínica Médica que necessitam de contrarreferência, de acordo com critérios que indicam necessidade de continuidade do cuidado, a saber: baixa adesão ao tratamento, cuidados

com dispositivos e suporte ventilatório domiciliar, cuidados paliativos, Cuidados de Alta Dependência (CAD), vulnerabilidade ou risco em saúde mental, tempo de internação acima do previsto, tratamento de feridas abertas, vulnerabilidade ou risco social. E a partir desses critérios, é realizada a triagem diária dos pacientes internados para acompanhamento e encaminhamento para os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

A unidade de análise deste estudo foi o prontuário (físico e eletrônico) dos pacientes atendidos pelo EGA, abrangendo documentos como sumários de alta, encaminhamentos, evoluções e prescrições diárias. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes acompanhados pelo EGA, internados em unidades médico-cirúrgicas no período da coleta e que receberam alta para casa.

Foram desconsiderados os prontuários de pacientes transferidos para outros hospitais durante tratamento sem alta médica, que vieram a óbito durante internação, ou ainda não receberam alta até a data final da coleta de dados do estudo. Foram excluídos os prontuários de pacientes que receberam alta logo após a triagem e saída precoce do hospital, e que foram reinternados durante o período de coleta, pois isso geraria duplicidade de dados.

A análise incluiu a verificação de documentos dos setores de internação clínica e cirúrgica pela pesquisadora principal, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) e consentimento dos pacientes ou acompanhante/responsável legal nos casos de indivíduos com baixa capacidade cognitiva. Os documentos de alta foram lidos cuidadosamente, organizados em quadros com tópicos e resumo dos conteúdos, profissionais envolvidos, além da verificação de conformidade com os itens exigidos pelo modelo de SAH da Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022

conforme para estudo documental (Gil, 2022).

A análise documental seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados, conforme metodologia de Bardin (2016) e foi possível avaliar a presença ou ausência de conformidade das informações dos prontuários analisados ao comparar com os itens no *checklist* adaptado pelo pesquisador principal, com base no modelo de SAH da Portaria Ministerial já citada. Os itens do SAH que não foram registrados foram considerados ausência de informação.

Os SAH dos pacientes que tiveram alta do hospital universitário foram analisados de acordo com cada item e estes foram separados em categorias para análise temática. As categorias foram criadas apenas para uma análise mais ampla acerca de um tema, representado por um conjunto de informações que pode aparecer de diferentes formas dentro do SAH. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor visualização com o auxílio do software Microsoft Office Excel® 2013.

RESULTADOS

Um total de 135 pacientes atenderam aos critérios de inclusão do EGA. Entretanto, por aspectos éticos, aqueles que se recusaram a participar do estudo ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (7; 5%) ou estavam sem acompanhante ou responsável legal e com reduzida capacidade cognitiva (4; 3%) não participaram do estudo. Destes pacientes, 25 (18%) foram excluídos: 16 (12%) por receberem alta antes de serem abordados pelo pesquisador principal e 9 (7%) por serem reinternados. Além disso, 21 prontuários de pacientes (15%) foram considerados perdas porque 9 (7%) foram a óbito, 5 (4%) foram transferidos de hospital, 5 (4%) estavam em

restrição de liberdade (detentos da penitenciária, cujo atendimento não segue o mesmo fluxo dentro da RAS), 1 (1%) não recebeu alta até a data da coleta de dados e 1 (1%) evadiu antes de receber alta médica. Resultando, ao final da coleta de dados, em 78 prontuários de pacientes.

Os pacientes deste estudo estiveram internados e receberam alta nos seguintes setores: Unidade de Internação Clínica Cirúrgica I (13; 17%), Unidade de Internação Clínica Cirúrgica II (22; 28%), Unidade de Internação Clínica Médica I (20; 26%) e Unidade de Internação Clínica Médica II (23; 29%).

Para organizar a apresentação dos elementos presentes nos prontuários sobre o planejamento da alta para continuidade do cuidado e atender ao detalhamento dos documentos de alta, os resultados a seguir apresentam dois focos diferentes. Primeiro, um foco nos planos de cuidados e encaminhamentos pós-alta registrados nos prontuários, e depois nas informações dos registros da equipe multiprofissional no SAH.

No que se refere aos registros da equipe multiprofissional, podemos observar que há informações registradas nos prontuários que indicam o envolvimento de vários profissionais em diferentes áreas do cuidado aos pacientes na alta hospitalar. A evolução clínica dos pacientes estava presente diariamente na maioria dos prontuários, bem como a prescrição de cuidados durante a internação e informações sobre complicações.

Os profissionais médicos registraram evoluções clínicas e impressões do estado de saúde na alta hospitalar de todos os pacientes, além de registrarem informações de exames laboratoriais ou de imagem, intervenções para tratamento ou diagnóstico e encaminhamentos entre instituições ou entre diferentes especialidades. Das evoluções médicas analisadas, 67 (86%) delas tinham um plano de cuidado ou uma prescrição para alta.

Os cuidados de enfermagem também aparecem em alguns prontuários como prescrições para tratamento ou para prevenção de outras doenças e agravos, em dias anteriores à alta e durante a internação dos pacientes. Não foram observados documentos específicos desse profissional com plano de cuidados ou prescrição para alta nos prontuários, porém identificaram-se registros nas evoluções diárias sobre orientação verbal para cuidados domiciliares no pós-alta (19; 24%), incluindo registro de contato com o serviço do EGA (2; 3%) visando articulação com a APS para a continuidade da assistência.

Da mesma forma, observaram-se as evoluções dos fisioterapeutas em alguns planos de cuidados pós-alta voltados à reabilitação motora e respiratória (7; 9%), ou concomitante aos encaminhamentos para profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em menor número, também se observou a evolução dos nutricionistas, relatando cuidados pós-alta em relação à dieta contínua ou restrição alimentar (3; 4%) para os pacientes em tratamento com a especialidade da enterologia e gastrologia.

Os registros mostraram que outros profissionais da saúde também realizaram evolução nos prontuários dos pacientes internados, como fonoaudiólogos (1; 1%), psicólogos (1; 1%) e assistentes sociais (1; 1%) que, em menor frequência, registraram alguma prescrição no pós-alta hospitalar. Assim, percebe-se que há planos de cuidado pós-alta da equipe multidisciplinar presentes em alguns prontuários, conforme a Tabela 1. A Tabela 1 apresenta os achados relacionados aos planos de cuidados da equipe multidisciplinar registrados nas evoluções dos pacientes internados e a frequência absoluta e relativa de prontuários que contêm um plano de cuidados pós-alta.

Tabela 1 – Registros dos cuidados, na alta hospitalar, orientados pela equipe multidisciplinar de acordo com a profissão. Florianópolis, 2024.

Cuidados registrados	(n)	%
Medicina	67	86%
Retorno ambulatorial	59	76%
Prescrição de medicação	61	78%
Orientação verbal	44	56%
Encaminhamento para outra instituição para cuidados pós-alta	10	13%
Encaminhamento com concentrador de oxigênio	1	1%
Retorno à Unidade Básica de Saúde (UBS)	14	18%
Controle de tabagismo	1	1%
Encaminhamento para vacinação	2	3%
Encaminhamento para exame de imagem ou laboratorial	2	3%
Reabilitação por drogadição	1	1%
Reabilitação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3	4%
Enfermagem	19	24%
Cuidado com curativos	7	9%
Cuidado com sonda vesical de demora	4	5%
Cuidado com traqueostomia e sonda naso enteral	2	3%
Encaminhamento para equipe do EGA	2	3%
Orientação sobre dermatite de fralda	1	1%
Cuidado com cistostomia	1	1%
Cuidado com ileostomia	1	1%
Cuidado com colostomia	1	1%
Fisioterapia	7	9%
Exercício respiratório	6	8%
Atividade física motora/reabilitação	1	1%
Nutrição	3	4%
Restrição alimentar	2	3%
Prescrição de dieta contínua	1	1%
Psicologia	1	1%
Acompanhamento CAPS AD	1	1%
Assistência social	1	1%
Encaminhado a instituição de longa permanência para idosos	1	1%
Fonoaudiologia	1	1%
Exercício fonético	1	1%
Sem registro	11	14%
Nenhum cuidado registrado		

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

No que tange aos encaminhamentos, observa-se que um número significativo de pacientes foi encaminhado para retorno ambulatorial no hospital universitário. Um

número menor de encaminhamentos foi para retorno à UBS ou continuidade do atendimento via sistema de regulação.

Os encaminhamentos ocorrem pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou Núcleo Interno de Regulação (NIR) e estavam associados a serviços especializados da oncologia, reumatologia, hematologia, nefrologia, cardiologia, infectologia, hepatologia, endocrinologia, neurologia e medicina paliativa. Em alguns casos, não houve encaminhamento (5; 6%) hospitalar após a alta que fosse observado nos registros das evoluções.

Na Tabela 2, tem-se o número total de encaminhamentos realizados pela equipe multiprofissional, com os diversos tipos de registros nos prontuários.

Tabela 2 – Encaminhamentos no pós-alta da equipe multidisciplinar, de acordo com o nível de complexidade de atenção à saúde. Florianópolis, 2024.

Encaminhamentos pós-alta hospitalar	(n)	(%)
Alta e média complexidade		
Retorno ao ambulatório do Hospital Universitário	59	75%
Encaminhamento para serviço em outra instituição	12	15%
Retorno ao CAPS AD	3	4%
Encaminhamento para realizar exames	2	3%
Atenção Primária		
Retorno à UBS	15	19%
Vacinação via CRIE*	2	3%
Encaminhamento para casa de repouso	1	1%
Encaminhamento para ESF	1	1%
Sem registro de encaminhamento	5	6%

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

* Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

No que se refere à alta, um instrumento de registro relevante na prática assistencial é o SAH, o qual foi localizado em todos os prontuários avaliados, pois é condição *sine qua non* para o sistema de informação liberar a saída do paciente do ambiente hospitalar (salvo pacientes transferidos para outro hospital). Esse documento é de responsabilidade da equipe médica, sendo que algumas informações eram preenchidas automaticamente

pelo próprio sistema de prontuário eletrônico, de acordo com o cadastro inicial na internação hospitalar. Algumas informações não são cadastradas no prontuário eletrônico como: o endereço residencial, naturalidade do paciente (país e município de nascimento), e identificação da equipe de saúde, por isso aparecem sem registro nos SAH.






A análise e apresentação dos itens registrados nos SAH foi realizada a partir do modelo preconizado na Portaria nº 701 de 2022, conforme apresentado no Quadro 3, que mostra a descrição integral de todos os itens.

Quadro 3 – Descrição dos itens registrados nos Sumários de Alta Hospitalar a partir do modelo preconizado na Portaria nº 701 de 2022. Florianópolis, 2024.

Itens do Sumário de Alta Hospitalar	(n)	(%)
Identificação do indivíduo	78	100%
Data de nascimento	78	100%
Sexo (gênero)	78	100%
Data e hora da internação	78	100%
Caráter da internação (eletiva ou urgência)	78	100%
Modalidade assistencial (atenção domiciliar, hospitalar, psicossocial, urgência)	78	100%
Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação	78	100%
Diagnósticos	78	100%
Código do diagnóstico	78	100%
Indicador de presença na admissão	78	100%
Estado de resolução	78	100%
Data e hora do desfecho da internação	78	100%
Profissional responsável pela alta	78	100%
Ocupação do profissional responsável pela alta	78	100%
Caracterização do atendimento	77	99%
Procedência (ordem judicial, retorno, demanda espontânea ou referenciada)	77	99%
Procedimento(s) realizado(s)	69	88%
Desfecho da internação	69	88%
Encaminhamento pós-alta	61	78%
Prescrição da alta	58	74%
Resultado ou observações do procedimento	52	67%
Alergias e/ou reações adversas na internação	52	67%
Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)	48	62%
Tipo de estabelecimento de saúde	46	59%
Descrição do serviço ou especialidade	46	59%
Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)	40	51%

Informações da alta	34	44%
Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação	33	42%
Restrições funcionais e incapacidades em saúde	32	41%
Orientações sobre o uso do medicamento	20	26%
Descrição da necessidade de uso do medicamento	18	23%
Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	11	14%
Estado da restrição funcional ou incapacidade	9	12%
Restrição funcional ou incapacidade geral	8	10%
Quantidade a ser dispensada por atendimento (medicação de alta)	8	10%
Medicamentos prescritos na alta (estruturado)	7	9%
Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa (alergia)	5	6%
Informações adicionais/complementares	4	5%
Manifestação (alergia)	1	1%
País de nascimento	0	0%
Município de nascimento	0	0%
Endereço	0	0%
Identificação da equipe de saúde	0	0%

LEGENDA:

 Identificação	 Motivo da internação	 Tratamento e evolução	 Cuidados pós-alta	 Médico responsável
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: elaborado pela própria autora, 2024.

Os itens dos SAH foram separados em categorias temáticas relativas aos tópicos encontrados na Portaria Ministerial, a saber: identificação do paciente (6 itens), motivo da internação (9 itens), tratamento e evolução clínica (10 itens), cuidados pós-alta (12 itens) e médico responsável (6 itens). Tal organização foi realizada para promover a caracterização de acordo com a frequência dos registros, para facilitar a análise dos temas com menos informações dentro dos SAH.

Os itens que aparecem em todos os SAH são aqueles cujo preenchimento é feito pelo próprio sistema de prontuário eletrônico na identificação do paciente. Esses elementos são registrados no momento da admissão do paciente no ambiente hospitalar e são preenchidos diretamente com as informações da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) cadastrada.

Ao reunir os itens que aparecem com menor frequência dentro das temáticas, é possível observar que essas informações são sobre os seguintes temas: tratamento e

evolução clínica e cuidados pós-alta. Esses temas aparecem em menor frequência nos prontuários analisados, nos quais os itens mais escassos na temática de “cuidados pós-alta” são: a descrição do plano de cuidados, as instruções sobre os medicamentos prescritos na alta e as informações adicionais ou complementares. Já os itens menos frequentes na temática de “tratamento e evolução clínica” são: o estado da restrição funcional ou incapacidade do paciente, a restrição funcional ou incapacidade geral, a categoria do agente causador de alergia e a manifestação que ocorre em caso de contato com o causador alergênico.

Enquanto os temas “identificação”, “motivo da internação” e “médico responsável” foram encontrados em mais de 51% dos SAH, o tema “tratamento e evolução clínica” foi encontrado em uma média de 44% (34 ± 26) dos prontuários e o tema “cuidados pós-alta” foi encontrado em uma média de 49% (37 ± 24) prontuários.

Os encaminhamentos e planos de cuidados da equipe multidisciplinar registrados nos prontuários não foram observados no SAH dos pacientes. Os documentos presentes no sistema podem ser observados pela equipe multidisciplinar, porém o SAH não é passível de inclusão de informações por profissionais não médicos.

DISCUSSÃO

Os processos padronizados relacionados aos planos de cuidados e encaminhamentos reforçam a importância de documentar e repassar orientações multiprofissionais aos pacientes ao longo da internação, visando uma efetiva preparação para a alta e a continuidade do cuidado. No presente estudo, observou-se que médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes

sociais registraram, em evoluções e prescrições, as intervenções relacionadas à preparação para alta.

O olhar individualizado acerca dos planos de cuidados revela que a prescrição de medicamentos para alta e o retorno ambulatorial são uma combinação comum no pós-alta, sendo frequentemente prescritos pelo profissional médico ou até associados a mais cuidados domiciliares.

Neste estudo, a maioria dos cuidados pós-alta foi registrada no prontuário por profissionais médicos, o que pode ser explicado pela cultura medicalocêntrica que está presente nas instituições de saúde brasileiras. Entretanto, os resultados do estudo mostraram os registros dos cuidados pós-alta documentados por enfermeiros, como o manejo de cateteres e sondas, a realização de curativos complexos, os cuidados com feridas, a aplicação de vacinas e o monitoramento de sinais de alerta. Esse profissional ganha papel de destaque, pois é o profissional de saúde não médico que registrou mais orientações de cuidados pós-alta dentro da equipe multidisciplinar e exerce a coordenação do processo de planejamento de cuidados transicionais (Lanzoni *et al.*, 2024).

Os registros do enfermeiro podem trazer uma perspectiva diferenciada sobre as necessidades para a continuidade do cuidado. Nesse sentido, atualmente os enfermeiros têm ganhado espaço nas instituições de saúde pela sua capacidade de gestão do cuidado para exercer um planejamento mais completo voltado à transição do cuidado (Aued *et al.*, 2021).

Nesse contexto, também se observaram planos de cuidados de fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais com um olhar multidisciplinar no planejamento da alta, pelo acompanhamento contínuo desde a admissão do paciente até sua saída do hospital, realizando registro de orientações para

reabilitação respiratória e motora, prescrição de dietas, resolução de problemas psicossociais ou falta de estrutura domiciliar e recursos econômicos para manter os cuidados em casa. Esses resultados corroboram o estudo de Kuntz e colaboradores (2021) e de Rodrigues e colaboradores (2024) sobre a necessidade de elaborar um plano de cuidados que contenha orientações da equipe multidisciplinar no pós-alta para continuidade do cuidado.

No que se refere aos encaminhamentos, verificou-se um predomínio de retorno para média complexidade, o que indica um perfil de pacientes com maior necessidade de acompanhamento especializado. Entretanto, existe um fluxo de encaminhamentos que contempla os diferentes pontos da RAS, de acordo com a necessidade do paciente.

A baixa quantidade de documentos de alta nos prontuários, como encaminhamentos e prescrições estruturadas, também pode ser um indício da falta do registro do planejamento de alta da equipe multidisciplinar (Kucharczuk *et al.*, 2022). A falta do registro do planejamento de alta multidisciplinar no SAH mostra uma demanda com proposta de melhoria. O registro do plano de alta multidisciplinar no SAH teria mais orientações realizadas pelos profissionais de saúde, sem comprometer o plano de cuidados do profissional médico que se responsabiliza por entregar e finalizar esse documento.

Sobre os SAH, o estudo realizado por Chatterton e colaboradores (2024) mostrou que esses documentos devem ser otimizados para que profissionais de saúde da APS consigam fornecer cuidados de alta qualidade que melhorem a saúde da população dentro da RAS de forma que a continuidade do cuidado seja restabelecida após a alta hospitalar.

Quando o paciente não recebe o plano de cuidados ou encaminhamentos na alta hospitalar, da mesma forma, ele retornará para a APS para ser acompanhado nas suas

necessidades de baixa complexidade. Entretanto, a ausência de encaminhamentos e planos de cuidado de profissionais não médicos no SAH pode representar uma fragilidade, considerando que esse documento deveria ser a principal fonte de informações clínicas e de continuidade do cuidado para pacientes, cuidadores e profissionais da atenção primária, corroborando o estudo de Yahalom e Manias (2024), que avaliou 31 enfermeiros em um hospital na Austrália e mostrou que o envolvimento desses profissionais no registro do SAH trouxe benefícios na qualidade desse documento e melhorou o entendimento de outros profissionais da saúde na RAS para a tomada de decisão no atendimento aos pacientes.

A frequência de uma categoria ou de um item registrado no SAH pode ser considerada um indicador de qualidade. Neste estudo, observou-se uma preocupação com os itens presentes em 51% ou menos dos registros, porém o ideal seria encontrar todos os itens registrados nos SAH. Os profissionais envolvidos devem buscar continuamente o preenchimento qualificado, conforme o estudo de Chuen e colaboradores (2021); Silver e colaboradores (2022) e Ge, Davis e Jain (2022) que apontam que a documentação dos itens voltados para a evolução e o plano de cuidados devem ser continuamente melhorados para atender aos padrões de qualidade.

Observou-se que os SAH podem não ter todas as informações necessárias para o pós-alta, apesar de estarem registrados em prontuário. Um estudo de Lakhane e Banker (2020) analisou 200 sumários de alta nos Estados Unidos e encontrou resultados de imprecisão e déficit de informações no conteúdo e na qualidade do registro dos SAH, mostrando que muitas vezes esse documento pode estar incompleto e suas lacunas têm implicações para os resultados do paciente após a alta.

Itens previstos no modelo de SAH, segundo a Portaria nº 701 de 2022,

relacionados ao tratamento ou evolução clínica e aos cuidados pós-alta não constavam, em média, em 44% e 49% dos prontuários analisados, respectivamente. Entretanto, podemos encontrar essas informações registradas nos prontuários dos pacientes, inclusive nas áreas da equipe multidisciplinar, o que demonstra uma não conformidade entre ambos. Esse resultado corrobora com o encontrado por Eissa e colaboradores (2023), que avaliaram 70 prontuários no Sudão e compararam aos seus respectivos SAH, mostrando que a lacuna de informações multidisciplinares era identificada em até 89% dos SAH, mostrando que, o preenchimento inadequado ou incompleto é um problema hospitalar recorrente e o que necessita de melhores registros de informações com base nas padronizações instituídas pelo país.

Os encaminhamentos e planos de cuidados da equipe multidisciplinar registrados nos prontuários não foram observados no SAH dos pacientes, por se tratar de um documento institucionalmente preenchido pelos profissionais médicos.

Dessa forma, sugere-se que a elaboração dos SAH seja realizada colaborativamente, envolvendo todos os membros da equipe, dado o caráter complementar dos registros multiprofissionais. Essa abordagem poderia melhorar significativamente a qualidade das informações e a continuidade dos cuidados durante o pós-alta, corroborando com Patel e colaboradores (2022) sobre o papel essencial da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de SAH.

O estudo de Strange e colaboradores (2022) observou que a utilização de novos métodos de treinamento e inclusão de outros profissionais na formulação do SAH pode melhorar a qualidade do registro de documentos de alta em um hospital na Inglaterra, e aponta que cabe à equipe de saúde o engajamento para desenvolver estratégias inovadoras para complementar o documento de alta. Ademais, o estudo de Scarfield e colaboradores

(2022), que avaliou mais de 500 documentos de alta na Inglaterra, revelou que há melhoria na qualidade dos SAH quando é possível realizar avaliações sequenciais e incluir a equipe multidisciplinar (formada por médicos, enfermeiros e farmacêuticos) nos registros dos sistemas de prontuário eletrônico.

A lacuna de informações reforça a necessidade de melhorias no SAH, assim como a realização do planejamento da alta pelo médico junto à equipe multidisciplinar registrada nos prontuários. A proposta de incluir registros estruturados de prescrições, encaminhamentos e orientações multiprofissionais no próprio SAH permitiria centralizar informações relevantes em um único documento, melhorando a comunicação e a qualidade do cuidado no momento da alta. O estudo de Giles e colaboradores (2023) abordou a necessidade de implementar melhorias quando se encontram lacunas relacionadas ao SAH.

Sugere-se a inclusão de registros colaborativos multidisciplinares no SAH gerado pelo sistema de informação que administra os prontuários eletrônicos, abrangendo prescrições, encaminhamentos e orientações de todos os profissionais envolvidos no cuidado, inclusive do enfermeiro, conforme estudo de Lin e colaboradores (2024). Essa abordagem integrativa valoriza a atuação da equipe multidisciplinar e garante que o paciente receberá informações completas e adequadas no momento da alta (Makhura *et al.*, 2022; Kable *et al.*, 2018; Tremoulet *et al.*, 2021).

Comparando a análise dos sumários de alta e os achados nos prontuários dos pacientes internados, observa-se uma fragilidade no registro de informações, considerando que são essenciais para a transição do cuidado de qualidade. Alguns encaminhamentos e planos de cuidados observados nos prontuários foram registrados no sumário de alta dos pacientes avaliados, sugerindo que existe uma lacuna de informação

nesses documentos. A falta de informações do prontuário do paciente nos SAH pode gerar dificuldades para aqueles que utilizarão esse documento, principalmente para outros profissionais de saúde que recorrem a essas informações no âmbito da atenção primária para onde ocorre o encaminhamento e acompanhamento do paciente, agora sem necessidade de cuidados de alta complexidade.

Um indicador para análise da qualidade do SAH poderia ser a frequência do registro dos itens que o compõem. Neste estudo, consideramos a preocupação com itens registrados em 50% ou menos nos SAH, uma vez que o ideal seria que todos os documentos de alta pudessem conter as informações preconizadas pela Portaria Ministerial. Dessa forma, a equipe multidisciplinar poderia aproveitar o mesmo documento e registrar mais informações para aprimorar o processo de transição do cuidado.

As limitações deste estudo foram o acesso restrito ao sistema de prontuário eletrônico, o que comprometeu a aquisição de dados por conveniência apenas durante a internação do paciente. Outra limitação foi o pequeno número de prontuários de pacientes analisados no estudo, que não corresponde à população atendida pelo hospital avaliado, mas sim a uma amostra da população atendida pelo EGA. Uma terceira limitação foi o acesso aos prontuários dos pacientes durante o período de três meses, que restringiu ainda mais a quantidade de dados coletados.

CONCLUSÃO

Este estudo caracterizou os registros dos planos de cuidados e trouxe uma comparação destes com o modelo de SAH instituído pelo Ministério da Saúde para pacientes internados em clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital universitário do sul

do Brasil. Essa análise dos prontuários dos pacientes mostrou que existem planos de cuidados pós-alta hospitalar registrados pela equipe multidisciplinar, como prescrições, orientações e encaminhamentos diversos. Observa-se também que alguns pacientes receberam encaminhamentos para retornar à APS, sugerindo que há necessidade de intercambiar informações relacionadas ao plano de cuidados na RAS para continuidade do cuidado.

A comparação trouxe à tona lacunas de informação nos SAH, indicando que é necessário reforçar ações e demais instrumentos para assegurar que o paciente receba orientações de forma progressiva durante a internação e, ao final, tenha detalhadamente documentada sua condição clínica, tratamento e demais questões relevantes. A existência dessas lacunas dificulta a contrarreferência e pode trazer riscos à segurança do paciente, além de comprometer a continuidade do cuidado do paciente hospitalar.

Os dados observados sugerem que o enfermeiro pode trazer mais contribuições nos documentos de alta e esse profissional também pode conduzir o processo de preparação e orientação para alta, uma vez que atualmente vem expandindo seu escopo de atuação com os setores próprios de apoio ao gerenciamento da alta de pacientes complexos. Com isso, é possível que a implementação de informações multiprofissionais no SAH traga benefícios para pacientes e profissionais da saúde da RAS, como ação suplementar para fortalecer a continuidade do cuidado no pós-alta.

De forma complementar, recomenda-se o atendimento das normativas vigentes, visando a integração do componente multidisciplinar nos SAH. Essa abordagem integrativa valoriza a atuação da equipe multiprofissional, garantindo que o paciente receba informações completas e adequadas no momento da alta.

REFERÊNCIAS

- AUED, Gisele K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
- BARBOSA, Sara M. *et al.* Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, n. 6, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772pt>.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpressão da 1ª edição. Editora Edições 70. São Paulo SP. 2016
- BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enfermagem em Foco**, v. 12, s. 1, p. 72-76, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5164>.
- BRASIL. **Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diário Oficial da União, Edição: 199, seção 1, p. 234, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-701-de-29-de-setembro-de-2022-437615995>.
- CHATTERTON, Brittany *et al.* Primary Care Physicians' Perspectives on High-Quality Discharge Summaries. **Journal of General Internal Medicine**, v. 39, n. 8, p. 1438-1443, 2024. Disponível em: doi: 10.1007/s11606-023-08541-5.
- CHUEN, Victoria L. *et al.* The frequency and quality of delirium documentation in discharge summaries. **Bio Medicine Central (BMC) Geriatrics**, v. 21, n. 1, p. 307, 2021. Disponível em: doi: 10.1186/s12877-021-02245-3.
- EISSA, Abdullatif Y. H. *et al.* The Quality of Discharge Summaries at Al-Shaab Hospital, Sudan, in 2022: The First Cycle of a Clinical Audit. **Cureus**, v. 15, n. 7, 2023. Disponível em: doi: 10.7759/cureus.41620.
- FERRACIOLI, Gabriela V. *et al.* Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2254>
- GE, Jingwei; DAVIS, Alison; JAIN, Ankit. A retrospective analysis of discharge summaries from a tertiary care hospital medical oncology unit: To assess compliance with documentation of recommended discharge summary components. **Cancer Reports (Hoboken)**, v. 2, 2022 Disponível em: doi 10.1002/cnr2.1457.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, 7ª edição. São Paulo, SP. 2022.

GILES, Cameron *et al.* *The Quality of Discharge Summaries After Acute Kidney Injury. Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, v. 10, 2023. Disponível em: doi: 10.1177/20543581231199018.

GONÇALVES-BRADLEY, Daniela *et al.* *Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2, n. 2, 2022. Disponível em: doi: 00.1002/14651858.CD000313.pub6.

GONDIM, Fernanda B. S. *et al.* A importância dos registros das infecções relacionadas à assistência à saúde no sumário de alta. **Conexão**: Revista eletrônica do UNIVAG, n. 21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18312/connectionline.v0i21.1403>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals*. 7ª edição. Comissão Conjunta Internacional. 2021.

KABLE, Ashley *et al.* *Evaluation of discharge documentation after hospitalization for stroke patients discharged home in Australia: A cross-sectional, pilot study. Nursing and Health Science*, v. 20, n. 1, p. 24-30, 2018. Disponível em: doi.org/10.1111/nhs.12368.

KUNTZ, Sara R. *et al.* Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239.

KUCHARCZUK, Colleen *et al.* Standardized Discharge Planning Tool Leads to Earlier Discharges and Fewer Readmissions. *Journal of nursing care quality*, v. 37, n. 1, p. 54-60, 2022. Disponível em: doi: 10.1097/NCQ.0000000000000558.

LANZONI, Gabriela M. de M. *et al.* Ações de enfermeiros na transição de pacientes com Covid-19 do hospital para casa: uma revisão de escopo, *Journal of Integrated Care*, v. 32, n. 4, p. 353-374, 2024. Disponível em: doi.org/10.1108/JICA-12-2023-0096.

LAKHANEY, Divya; BANKER, Sumeet L. *An Evaluation of the Content of Pediatric Discharge Summaries. Hospital Pediatrics*, v. 11, p. 949-954, 2020. Disponível em: doi: 10.1542/hpeds.2020-0148.

LIN, Liying *et al.* *The effects of a nurse-led discharge planning on the health outcomes of colorectal cancer patients with stomas: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies*, v. 155, 2024. Disponível em: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104769.

MAKHURA, R. W. *et al.* *An audit on discharge summaries in a medical gerontological ward. Age and Ageing*, v. 51, s. 3, 2022. Disponível em: doi.org/10.1093/ageing/afac218.134.

- PATEL, Samit *et al.* *Improving the quality of inpatient discharge summaries.* **International Journal of Risk and Safety in Medicine**, v. 33, s. 1, p. 63-67, 2022. Disponivel em: doi: 10.3233/JRS-227026.
- RODRIGUES, Caroline D. *et al.* *Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team: A Mixed Methods Study.* **Cancer Nursing**, v. 47, n. 1, 2024. Disponivel em: doi: 10.1097/NCC.0000000000001160.
- SCARFIELD, Phoebe *et al.* *Improving the quality and content of discharge summaries on acute medicine wards: a quality improvement project.* **BMJ Open Quality**, v. 11, n. 2, 2022. Disponivel em: doi: 10.1136/bmjopen-2021-001780.
- SILVER, Aaron M. *et al.* *Optimizing Discharge Summaries: A Multispecialty, Multicenter Survey of Primary Care Clinicians.* **Journal of Patient Safety**, v. 18, n. 1, p. 58-63. 2022. Disponivel em: doi: 10.1097/PTS.0000000000000809.
- STRANGE, Joshua *et al.* *Improving and Sustaining the Quality of Discharge Summaries.* **Acute Medicine**, v. 21, n. 3, p. 139-145, 2022. Disponivel em: doi: 10.52964/AMJA.0913.
- TREMOULET, Patrice D. *et al.* *Usability of electronic health record-generated discharge summaries: Heuristic evaluation.* **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 4, 2021. Disponivel em: doi: 10.2196/25657.
- WEETMAN, Katharine *et al.* *What makes a “successful” or “unsuccessful” discharge letter? Hospital clinician and General Practitioner assessments of the quality of discharge letters.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 349, 2021. Disponivel em: doi: 10.1186/s12913-021-06345-z.
- YAHALOM, Sharon; MANIAS, Elizabeth. *Nurses engaging with referral letters and discharge summaries: A qualitative study.* **Journal of Clinical Nurses**, v. 33, n. 6, p. 2309-2323, 2024. Disponivel em: doi: 10.1111/jocn.17054.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade dos registros de planejamento de alta é importante para garantir uma transição segura e eficiente entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, promovendo a continuidade do cuidado e minimizando os riscos ao paciente. Com isso, fez-se necessário a análise dos registros de planejamento de alta para a continuidade do cuidado com a identificação de informações dos documentos de alta na literatura, que possibilitou levantar categorias temáticas para compreender o conteúdo desses documentos e como eles poderiam ser padronizados para melhorar a comunicação entre os diferentes serviços da RAS.

Foi possível analisar os registros nos documentos de alta do paciente hospitalar, o que trouxe uma forma de avaliação dessas ferramentas necessárias para a transição do cuidado. Além disso, a análise dos registros nas evoluções dos profissionais de saúde e dos SAH institucionais possibilitou a comparação com o documento do modelo recomendado pelo Ministério da Saúde. Foi possível propor melhorias a partir das lacunas de informações encontradas nos registros de alta do paciente hospitalar, o que poderia tornar mais eficaz os processos de trabalho e de comunicação da equipe multidisciplinar.

O manuscrito 1 permitiu identificar os principais itens de um SAH e organizar as informações em categorias temáticas para caracterizar os itens dos estudos avaliados e compor um documento de alta, capaz de abranger os aspectos mais relevantes do estado de saúde do paciente hospitalizado. Os resultados desse manuscrito indicam que o SAH deve ser padronizado de acordo com diretrizes de cada local para melhorar a transição do cuidado.

Assim como o Brasil, outros países, como Inglaterra, Austrália e EUA, apresentam similaridades nos conteúdos dos SAH e fragilidades no processo de

comunicação de informações entre os equipamentos da RAS, como a omissão de informações nos SAH. E, para reduzir tais fragilidades, é necessário implementar processos de melhoria, como auditorias e treinamentos com a equipe multidisciplinar, e adotar sistemas eletrônicos para facilitar o registro.

O manuscrito 2 analisou a qualidade dos registros relacionados ao plano de cuidados pós-alta hospitalar e identificou orientações da equipe multidisciplinar quanto aos encaminhamentos para continuidade do cuidado. A maioria das prescrições e encaminhamentos foram registradas pelos profissionais médicos, mas a equipe multidisciplinar também registrou direcionamentos no pós-alta para otimizar o processo de transição do cuidado.

Ao comparar os registros dos planos de cuidados e encaminhamentos pós-alta no SAH, percebemos a falta das contribuições da equipe multidisciplinar, o que sugere uma lacuna de informação acerca das orientações multidisciplinares nesse documento. Por serem preenchidos exclusivamente por médicos, os SAH podem não conter informações de outros profissionais da equipe multidisciplinar, o que resulta na lacuna de informação. Isso reflete a importância de fortalecer o planejamento para alta integrado, assegurando que o paciente receba orientações progressivas durante a internação e tenha uma documentação detalhada ao término do atendimento.

A qualidade dos registros de planejamento para alta hospitalar está intrinsecamente ligada à segurança do paciente. E para melhorar a qualidade dos documentos de alta, é indispensável: padronizar os registros com base nas diretrizes nacionais e incorporar a equipe multidisciplinar; implementar auditorias regulares para avaliar a completude e a qualidade dos registros de planejamento de alta institucionais; capacitar a equipe multidisciplinar para a elaboração de documentos alinhados às boas

práticas; adotar sistemas eletrônicos integrados que automatizam o preenchimento, reduzindo erros e otimizando o fluxo de informações; fomentar a colaboração multidisciplinar para garantir que todos os aspectos relevantes do cuidado sejam registrados.

A qualidade dos documentos de alta reflete diretamente na capacidade da instituição de saúde de oferecer uma assistência segura, eficaz e integrada. Além de reduzir custos operacionais, investir na qualidade dos registros poderiam melhorar a transição do paciente, minimizar reinternações e fortalecer a integração entre os níveis de atenção à saúde.

O presente estudo teve como limitações: um período para coleta de dados restrito a três meses, limitando o número de participantes de acordo com o tempo de internação; uma população analisada relativamente baixa, o que compôs uma amostra restrita de dados a serem avaliados comparado ao número total de pacientes acompanhados pelo EGA no mesmo período, a restrição de unidades de internação e de setores hospitalares avaliados, o que não representa uma amostra de pacientes do hospital, mas sim uma amostra dos pacientes acompanhados pelo EGA.

Para estudos futuros, sugere-se uma amostra maior de participantes e a inclusão de outros setores de internação, como alojamento conjunto e pediatria.

REFERÊNCIAS

ACYLINO, Ester M.; ALMEIDA, Patty F. de; HOFFMANN, Leandro M. A. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310123>.

AUED, Gisele K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

BARBOSA, Sara M. *et al.* Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, n. 6, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772pt>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpressão da 1ª edição. Editora Edições 70. São Paulo SP. 2016.

BELGA, Stephanie M. M. F. **Produção do cuidado e integralidade à saúde: perspectivas a partir do Hospital Risoleta Tolentino Neves**. Belo Horizonte: 170p. 2023. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/10/1513041/versao-final-1.pdf>.

BELGA, Stephanie M. M. F.; JORGE, Alzira de O.; SILVA, Kênia L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em debate**, v. 46, n. 133. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>.

BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enfermagem em Foco**, v. 12, s. 1, p. 72-76, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5164>.

BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Modelo complexo hospital de clínicas de gestão de alta: concepção e implantação. **Cogitare Enfermagem**, 27, 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227>.

BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Análise do conceito cuidados de transição. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>.

BRANQUINHO, Diana. Gerenciamento de Leitos: do Planejamento à Implementação em um Serviço Hospitalar. **Nursing Edição Brasileira**, v. 26, n. 301, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i301p9743>.

BRASIL. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

(ANVISA), 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>

BRASIL. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 170 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. ISBN 978-85-334-2883-6.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital Universitário da UFSC completa 44 anos de fundação: Gestão faz balanço positivo de realizações e avanços durante o último ano.** Ministério da Educação. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/hospital-universitario-da-ufsc-completa-44-anos-de-fundacao>

BRASIL. **Portaria n° 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

BRASIL. **Portaria n° 701, de 29 de setembro de 2022.** Institui o Modelo de Informação Sumário de Alta (SA). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diário Oficial da União, Edição: 199, sessão 1, p. 234, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-701-de-29-de-setembro-de-2022-437615995>.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRASIL. **Resolução n. 501, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

CECHINEL-PEITER, Caroline *et al.* Continuidade do cuidado em saúde: Análise da produção de teses e dissertações brasileiras. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.

COLEMAN, Eric A.; BOULT, Chad. *American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc*, v. 51, n. 4, p.556-557. 2003. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE (CONASS). **Resolução nº 33 de 22 de Março de 2022**. Institui os modelos de informação do Sumário de Alta e do Registro de Atendimento Clínico. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Diário Oficial da União, seção 1, p. 136, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/03/2018&jornal=515&pagina=136&totalArquivos=252>.

COSTA, Maria F. B. N. A. da *et al.* *The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>.

COSTA, Maria F. B. N. A. da *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, John D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5ª edição, Porto Alegre: Editora Penso, 2021.

DE SOUZA, Andreia C.; MORO, Claudia; REIS, Zilma S. **Hospitalization discharge summary: standardization of information model**. IN: Sakar et al. MEDINFO 2015: *eHealth-enabled Health. StudHealth Technol Inform*. v. 216, 2015.

DORSA, Arlinda C. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. **Interações** (Campo Grande), v. 21, n. 4, p. 681-683, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i4.3203>.

ESTEVEVES, Regina P. M.; AMARAL, Antonio F. S. Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RVI22006>.

FERRACIOLI, Gabriela V. *et al.* Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2254>.

FOGAÇA, Carla S. *et al.* *Nurses' performance in the management of hospital beds in the perception of nursing professionals. New Trends in Qualitative Research*, v. 8, p. 528-537. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537>.

- FRASÃO, A. C. B. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional da saúde sobre o processo de alta hospitalar. **Revista Foco**, v. 16, n. 8, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.54751/revista_foco.v16n8-130.
- FURTADO, Cora F. do C. *et al.* **Gestão de qualidade em saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde**. Editora Amplla, Campina Grande. 2022. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2023/03/GestaoQualidadeSaude.pdf>
- GALLO, Valéria C. L. *et al.* *Transition strategies for hospital discharge used by nurses: integrative review*. **REUFSM: Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>.
- GHENO, Jocielle.; WEIS, Alísia H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>.
- GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, 7ª Edição. São Paulo, SP. 2022.
- GONÇALVES-BRADLEY, Daniela *et al.* *Discharge planning from hospital*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, 2022. Disponível em: doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.
- GONDIM, Fernanda B. S. S. *et al.* A importância dos registros das infecções relacionadas à assistência à saúde no sumário de alta. **Conexão: Revista eletrônica do UNIVAG**, n. 21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18312/connectionline.v0i21.1403>.
- GUEDES, Marcelo B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>.
- GUERRERO, Kerri S.; PULS, Susan E.; ANDREW, Dott. *Transition of care and the impact on the environment of care*. **J Nurs Educ Pract**, v. 4, n. 6, p. 30-36, 2014. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n6p30>.
- GURGEL JÚNIOR, Garibaldi D.; VIEIRA, Marcelo M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-34, fev. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200012>.
- GUZMAN, Magaly del C. G.; FERREIRA, Alexandra.; ANDRADE, Selma R. de. *Role of nurses for continuity of care after hospital discharge*. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0268>.

HAGGERTY, Jeanne L. *et al.* *Continuity of care: a multidisciplinary review.* **British Medical Journal**, v. 22, n. 327 (7425), p. 1219-1221, 2003. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.

HUNT-O'CONNOR, Caroline *et al.* *The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews.* **Journal of Nursing Management**, v. 29, p. 2697-2706, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *America's Health in Transition: Protecting and Improving Quality.* Washington: National Academies Press (USA); 1994.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.* 7ª edição. Comissão Conjunta Internacional. 2021.

LIMA, Letícia S. de *et al.* Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73154>.

LIN, R. *et al.* *Effect of a patient-directed discharge letter on patient understanding of their hospitalization.* **Internal Medicine Journal**, v. 44, n. 9, p. 851-857, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/imj.12482>

MARQUIS, Bessie. L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2015

MARTINS, Maria M. *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das Enfermeiras de Ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.

MAURO, Adriéli D.; CUCOLO, Danielle F.; PERROCA, Marcia G. Articulação hospital-atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>.

MENNUNI, Mauro *et al.* *ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards.* **European Heart Journal**, v. 19, s. D, p. 244-255, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Unidade de Regulação Assistencial. Empresa Brasileira de Serviços de Saúde (EBSERH).** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-contratualizacao-e-regulacao/unidade-de-regulacao-assistencial/unidade-de-regulacao-assistencial> Acessado em: 11 de Maio de 2024.

NENEVÊ, Juliane Z. *et al.* Contribuição do núcleo interno de regulação para segurança do paciente. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.37101>.

NERI, Francisco de A. A. L.; MARIN, Heimar F. A importância do Sumário de Alta Obstétrica como estratégia de implementação do Registro Eletrônico de Saúde - uma Revisão Integrativa. **Journal of Health Informatics**, v. 11, n. 1, 2019. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/576/350>.

OLIVEIRA, Barbara de P.; BITTENCOURT, Roberto J. Avaliação por triangulação de métodos de um núcleo de gestão de leitos em um hospital público do distrito federal. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 406-432, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.16809>.

OLIVEIRA, Lays S. de *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.

POLIT, Denise. F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRUSACZYK, Beth.; KRIPALANI, Sunil.; DHAND, Amar. *Networks of hospital discharge planning teams and readmissions*. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, p. 85-92, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1515193>.

RAVAGHI, Hamid *et al.* *Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review*. **BMC Health Serv Res**, v. 20, n. 1, p. 186, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>.

REID, Robert J.; MCKENDRY, Rachael.; HAGGERTY, Jeannie. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care**. Canadian Health Services Research Foundation. *Final Report*, 2002. Disponível em: [http://www.cfhi/cass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/Commissioned Research/cr contcare_e.pdf](http://www.cfhi/cass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/Commissioned%20Research/cr_contcare_e.pdf).

ROJAS-MANZANO, Karen L. *et al.* *Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados*. **Revista Cuidarte**, v. 14, n. 1, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2210>.

SÁNCHEZ, Alexandra M. *et al.* *Diseño y validez de contenido del cuestionario continuidad del cuidado entre niveles asistenciales*. **Revista Cuidarte**, v. 14, n. 2, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2773>.

SANTOS, Cristina M. C.; PIMENTA, Cibele A. M.; NOBRE Moacyr R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: repositorio.usp.br/item/001639425.

SANTOS, José L. G. dos.; LANZONI, Gabriela M. de M.; ERDMANN, Alacoque L. **Gestão em enfermagem e saúde**. Editora Atena. Ponta Grossa PR. 2023.

SOARES, Cassia B. *et al.* *Integrative review: concepts and methods used in nursing*. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020

SOUSA, Fabienne *et al.* *Transitional care of post-COVID-19 patients: from hospital discharge to home*. **SciELO Preprints: Health Sciences**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4152>.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CDEAD), Escola Nacional de Saúde Pública. Editora Fiocruz, 2019, p. 148-154. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

UTZUMI, Fernanda C. *et al.* *Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições*. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0502>.

VAN SEBEN, Rosanne *et al.* *Transferências seguras para cada paciente: uma análise de série temporal interrompida para testar o efeito de um pacote de alta estruturado em hospitais holandeses*. **British Medical Journal aberto**, v. 9, n. 6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023446>.

VILLALON, Gabriel E. *Continuidad del cuidado. Evidencia, Actualización en la práctica ambulatoria*, v. 24, n. 1 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i1.6922>.

WASGEN, Alexandra M.; TERRES, Mellina da S.; MACHADO, Bárbara F. H. O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 31-49, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21714/2179-9164.2019.v16n2.002>.

WEBER, Luciana A. F. *et al.* *Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa*. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, s. 1, 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>.

WEETMAN, Katherine *et al.* *What makes a “successful” or “unsuccessful” discharge letter? Hospital clinician and General Practitioner assessments of the quality of discharge letters.* **Bmc Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 349, 2021. Disponível em: <https://doi:10.1186/s12913-021-06345-z>.

WHITTEMORE R, KNAFL K. *The integrative review: updated methodology.* **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Centre for Health Development. Ageing and Health Technical Report. A glossary of terms for community health care and services for older persons*, v. 5, 2004. Kobe, Japan: WHO Centre for Health. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf.

YOUSEFIAN, Shiva *et al.* *A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital: JCI to the health care excellence model.* **Advances in Environmental Biology**, v. 7, n. 6, p. 956-967, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289321822_A_Proposed_adaptation_of_Joint_commission_international_accreditation_standards_for_hospital-JCI_to_the_health_care_excellence_model.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- ESTRATÉGIA DE BUSCA EM BASES DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Autor: Tessy Nnonyelum Miozzo Ezeagu

Introdução

Os documentos de alta fornecidos ao paciente pela equipe multiprofissional no pós-alta hospitalar são elaborados com o registro de informações que são essenciais para a transição do cuidado do hospital para o domicílio (Neri; Marin, 2019). Esses documentos podem apresentar lacunas de informação, dificultando essa contrarreferência, além de comprometer a comunicação eficaz entre os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2022; Weetman *et al.*, 2021).

O sumário de alta hospitalar é um desses documentos e é obrigatório em todas as instituições hospitalares, porém a falta de informações essenciais que ajudem a identificar as necessidades do paciente nesses registros podem trazer fragilidade a esses documentos.

Questão/problema de pesquisa

Quais são as informações contidas nos registros do planejamento da alta? Quais as lacunas encontradas nos registros relacionados à alta e a continuidade do cuidado?

Objetivos da pesquisa (geral e específicos)

Identificar na literatura os registros presentes no sumário de alta e levantar as informações essenciais para alta do paciente hospitalar.

Estratégia de busca

O processo de busca na literatura será realizado com acesso às bases de dados e bibliotecas virtuais pelo Portal de Periódicos da CAPES através do login na Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

A identificação dos termos descritores registrados na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e da *Medical Subject Heading* (MeSH) com a combinação dos operadores booleanos AND e OR criarão o conjunto de expressões para retornar os resultados acerca dos assuntos analisados. As listas das bases de produções científicas serão filtradas conforme os critérios de inclusão e exclusão, e os resultados de cada base de dados será avaliado conforme a temática.

Descritor em Português	Definição
Sumários de Alta do Paciente Hospitalar	Resumos que servem como documentos primários que comunicam um plano de assistência ao paciente para a equipe de assistência pós-hospitalar.
Continuidade da Assistência ao Paciente	Assistência à saúde oferecida continuamente desde o contato inicial, seguindo o paciente durante todas as fases do atendimento.
Avaliação em Saúde	Processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua

	<p>finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------

Assuntos em bases de dados: traduções para português, inglês e espanhol

Assunto primário: Sumários de Alta do Paciente Hospitalar

Resumos de Alta Hospitalar
 Resumos de Alta do Paciente
 Resumen del Alta del Paciente
 Patient Discharge Summaries
 Discharge Summaries of Patient
 Discharge Summary of Patient
 Patient Discharge Summary
 Summaries of Patient Discharge
 Summary of Patient Discharge

Assunto secundário: Continuidade da Assistência ao Paciente

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde
 Longitudinalidade
 Longitudinalidade da Assistência ao Paciente
 Longitudinalidade do Cuidado
 Longitudinalidade do Cuidado ao Paciente
 Continuidad de la Atención al Paciente
 Continuación de la Atención
 Longitudinalidad
 Continuity of Patient Care
 Care Continuity
 Care Continuity, Patient
 Care Continuum
 Continuity of Care
 Continuum of Care
 Longitudinality
 Longitudinality of Care
 Patient Care Continuity

Assunto secundário: Avaliação em Saúde

Avaliação Econômica em Saúde
 Impacto no Estado de Saúde
 Evaluación en Salud
 Evaluación Económica en Salud
 Impacto en el Estado de Salud
 Health Evaluation
 Economic Assessment in Health

Economic Assessment in Health Care
Economic Assessment in Healthcare
Economic Evaluation in Health
Economic Evaluation in Health Care
Economic Evaluation in Healthcare
Impact in the Health Condition

Critérios de inclusão

1. Tipo de documento (artigos, teses, dissertações etc.): todos
2. Área geográfica: mundial
3. Período: últimos cinco anos a contar de 2022
4. Idiomas: português, inglês e espanhol

Bases de Dados

BDENF: Enfermagem; abrangência nacional

CINAHL (EBSCO): Enfermagem, Ciências da Saúde; abrangência mundial

Cochrane Library: Ciências da Saúde, Medicina Baseada em Evidências; abrangência mundial

Embase (Elsevier): Ciências da Saúde; abrangência mundial

Google Acadêmico: Multidisciplinar; abrangência mundial

LILACS: Ciências da Saúde; abrangência América Latina e Caribe

PubMed/MEDLINE: Ciências da Saúde; abrangência mundial

Scopus (Elsevier): Multidisciplinar; abrangência mundial

Web of Science (Clarivate Analytics): Multidisciplinar; abrangência mundial

Resultados da busca:

Data de realização da busca: 29/09/2023

- **PubMed/MEDLINE**

("Patient Discharge Summaries"[MeSH] OR "Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care"[MeSH] OR "Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation"[MeSH] OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **Embase (Elsevier)**

("Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **CINAHL (EBSCO)**

("Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **Cochrane Library**

("Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **Scopus (Elsevier)**

("Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **Web of Science (Clarivate Analytics)**

("Patient Discharge Summaries" OR "Discharge Summaries of Patient" OR "Discharge Summary of patient" OR "Patient Discharge Summary" OR "Summaries of Patient Discharge" OR "Summary of Patient Discharge") AND ("Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity" OR "Care Continuity of Patient" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Continuum of Care" OR "Longitudinality" OR "Longitudinality of Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Health Evaluation" OR "Economic Assessment in Health" OR "Economic Assessment in Health Care" OR "Economic Assessment in Healthcare" OR "Economic Evaluation in Health" OR "Economic evaluation in Health Care" OR "Economic Evaluation in Healthcare" OR "Impact in the Health Condition")

- **LILACS / BDENF**

("Sumários de Alta do Paciente Hospitalar" OR "Resumen del Alta del Paciente" OR "Patient Discharge Summaries") AND ("Continuidade da Assistência ao Paciente" OR

“Continuidad de la Atención al Paciente” OR “Continuity of Patient Care” OR “Avaliação em Saúde” OR “Evaluación en Salud” OR “Health Evaluation”)

- **Google Acadêmico**

(“Sumários de Alta do Paciente Hospitalar” OR “Resumen del Alta del Paciente” OR “Patient Discharge Summaries”) AND (“Continuidade da Assistência ao Paciente” OR “Continuidad de la Atención al Paciente” OR “Continuity of Patient Care” OR “Avaliação em Saúde” OR “Evaluación en Salud” OR “Health Evaluation”)

Considerações éticas

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura, não haverá necessidade de apreciação do estudo por parte do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, porém todos os dados dos artigos elegidos serão respeitados conforme direitos autorais conforme estabelece o decreto 9574 de 2018.

Financiamento

Essa revisão foi financiada com recursos do próprio pesquisador.

Conflito de interesses

Os autores dessa Revisão declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Diário Oficial da União, Edição: 199, sessão 1, p. 234, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-701-de-29-de-setembro-de-2022-437615995>.

BRASIL. **Decreto nº 9.574, de 22 de Novembro de 2018**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre gestão coletiva de direitos

autorais e fonogramas, de que trata a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Diário Oficial da União 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato/2015-2018/2018/decreto/d9574.htm.

NERI, Francisco de Assis Alves Leal.; MARIN, Heimar Fátima. A importância do Sumário de Alta Obstétrica como estratégia de implementação do Registro Eletrônico de Saúde - uma Revisão Integrativa. **Journal of Health Informatics**, v. 11, n. 1, 2019. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/576/350>.

WEETMAN, Katharine *et al.* *What makes a “successful” or “unsuccessful” discharge letter? Hospital clinician and General Practitioner assessments of the quality of discharge letters.* **Bio Medicine Central (BMC) Health Services Research**, v.21, n. 1, p.349, 2021. Disponível em: doi: 10.1186/s12913-021-06345-z.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número do Projeto CAAE: 80174224.7.0000.0121

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado “REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO”.

Meu nome é Tessy Nnonyelum Miozzo Ezeagu, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e responsável por esse estudo, que também tem a participação da Professora Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa (coordenadora da pesquisa e co-orientadora de mestrado) da Professora Dr^a Gabriela Marcellino de Mello Lanzoni (orientadora de mestrado).

Gostaríamos de pedir autorização para verificar seu prontuário médico com o objetivo de analisar os registros de planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado. Será realizada uma leitura das informações contidas em seu prontuário que serão registrados na forma de um *check-list* para avaliar a qualidade dos documentos de alta.

Os possíveis riscos ao participar dessa pesquisa são a possibilidade de desconforto por acanhamento ou constrangimento devido às informações registradas no prontuário.

Os possíveis benefícios dessa pesquisa serão contribuir para a qualidade dos documentos de alta hospitalar e melhorar a continuidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde da cidade de Florianópolis SC.

A pesquisadora estará à disposição para acompanhamento e assistência relacionados ao estudo, na retirada de dúvidas ou esclarecimentos.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo, e você não terá nenhum custo pessoal. Então, caso sua participação neste estudo venha gerar algum custo, você será completamente ressarcido pela pesquisa. Sua participação não é obrigatória, logo, caso não queira participar ou retirar seu consentimento, não haverá prejuízo algum a sua pessoa.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 e da Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016 que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes. Por isso, os dados coletados durante o estudo serão tratados como confidenciais, guardados pelo período de cinco anos e os resultados dessa análise serão apresentados de forma conjunta em eventos e periódicos, mantendo o anonimato dos participantes.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, por favor entrar em contato presencialmente com a Professora Dr^a Gabriela Marcellino de Mello Lanzoni em Florianópolis- Santa Catarina no Campus Universitário da UFSC, Centro de Ciências da Saúde Departamento

de Enfermagem pelo endereço de e-mail gabimrc@gmail.com ou pelo telefone (48) 3721-3456, ou com a pesquisadora Tessy Nnonyelum Miozzo Ezeagu pelo e-mail tessy.ezeagu@posgrad.ufsc.br ou pelo telefone (41) 99855-6243 no Departamento de Enfermagem, Bloco I, 4º andar, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, favor entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC): Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401, Trindade Grande Florianópolis, CEP 88040-400, telefone (48)3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Concordo em participar desse estudo () Sim () Não

Nome do(a) Participante
(ou Nome e Assinatura do responsável)

Assinatura

Asseguro ter cumprido com as exigências da Resolução nº 466 de 12 de Junho de 2012 da CNS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Asseguo também ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Este estudo foi aprovado pelo CEPESH/UFSC perante o qual o projeto foi apresentado e me comprometo a utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento conforme o consentimento dado pelo participante que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa.

Nome do Pesquisador

Assinatura

Nome do Pesquisador responsável

Assinatura

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, _____ de _____ de 2024.

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REGISTROS DE ALTA EM PRONTUÁRIO

Código de identificação do paciente/prontuário: _____

Data da coleta: ____ / ____ / _____

Data da alta: ____ / ____ / _____

Turno em que o paciente recebeu a alta: () Manhã () Tarde () Noite

Unidade: _____

Etapa I - Documentos de alta do Prontuário do paciente

Quadro A

Documentos	Informações relevantes (Descrição da pesquisadora)	Profissionais envolvidos (Descrição da pesquisadora)
Evoluções		
Prescrições		
Encaminhamentos		
Sumário de Alta		
Outros Documentos		

Etapa II - Check list do Sumário de Alta (adaptado da Resolução nº 701 de 2022)

Quadro B

Seção/Item	Tipo de Dados	Presente	Ausente	Observações
Identificação do indivíduo				
Data de nascimento				
Sexo (Gênero)				
País de nascimento				
Município de nascimento				
Endereço				
Caracterização do atendimento				
Procedência	Ordem Judicial			
	Retorno			
	Demanda espontânea			
	Demanda referenciada			
Identificação da equipe de saúde				
Caráter da internação	Eletiva			
	Urgência			
Data e hora da internação				
Modalidade assistencial	Atenção Domiciliar			
	Atenção Hospitalar			
	Atenção Intermediária			
	Atenção Psicossocial			
	Atenção à Urgência/ Emergência			
Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação				
Diagnósticos				

Código do Diagnóstico				
Terminologia que descreve o diagnóstico (CID - 10)				
Categoria do diagnóstico	Principal			
	Secundário			
Indicador de presença na admissão	Sim			
	Não			
	Desconhecido			
Estado de resolução	Ativo			
	Recorrente			
	Recidiva			
	Inativo			
	Remissão			
	Resolvido			
Restrições funcionais e incapacidades em saúde				
Restrição funcional ou incapacidade geral				
Status da restrição funcional ou incapacidade	Ativo			
	Inativo			
Procedimento(s) realizado(s)				
Procedimento(s) solicitado(s)				
Terminologia que descreve o procedimento (SIGTAP, CBHPM ou TUSS)				
Nome do Procedimento				
Status do procedimento	Pré-procedimento;			
	Em andamento;			
	Não realizado;			
	Suspenso;			
	Cancelado;			
	Completado;			
	Desconhecido;			
	Entrada com erro.			

Resultado ou observações do procedimento				
Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação				
Descrição da evolução clínica do indivíduo durante a internação				
Alergias e/ou reações adversas na internação				
Alergia e/ou reação adversa anterior				
Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Alimento			
	Medicamento			
	Fator Externo/ Ambiental			
	Biológico			
Agente/substância específica				
Manifestação				
Grau de certeza	Não Confirmado			
	Confirmado			
	Refutado			
	Cancelado por informação errada			
Críticidade	Alta			
	Baixa			
	Indeterminada			
Data/hora da instalação da reação adversa				
Evolução da alergia/reação adversa				
Prescrição da alta				
Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)				
Descrição da prescrição				
Medicamentos prescritos na alta (estruturado)				
Terminologia que descreve o medicamento				
Medicamento				
Via de administração				

Posologia				
Posologia não estruturada				
Posologia estruturada				
Quantidade da Dose				
Unidade de consumo da dose				
Frequência de uso do medicamento	Dose única			
	Uso contínuo			
	Uso se necessário			
Descrição da necessidade de uso do medicamento				
Intervalo em horas de cada dose do medicamento				
Frequência de doses do medicamento				
Repetições de dose para uma mesma unidade de tempo				
Intervalo entre doses				
Unidade de tempo entre doses				
Turno				
Turno do dia (M, T, N)				
Intervalo entre doses				
Unidade de tempo entre doses (horas, minutos...)				
Quantidade de medicamento prescrito				
Quantidade a ser dispensada por atendimento				
Unidade de medida do medicamento (g, ml, cp...)				
Duração de uso do medicamento				
Total do tratamento				
Orientações sobre o uso do medicamento				
Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)				
Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações				
Informações da alta				

Data e hora do desfecho da internação				
Desfecho da internação	Alta clínica			
	Alta voluntária			
	Encaminhamento			
	Evasão			
	Óbito			
	Ordem Judicial			
	Permanência			
	Retorno			
	Transferência			
Encaminhamento pós-alta				
Tipo de estabelecimento de saúde				
Descrição do serviço ou especialidade				
Profissional responsável pela alta				
CNS do profissional				
Ocupação do profissional responsável pela alta				
Informações Adicionais/Complementares				
Descrição das informações				

Fonte: elaborado pela própria autora: adaptado da Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022.

ANEXOS

ANEXO 1 - Portaria Nº 701, de 29 de Setembro de 2022 (Brasil, 2022)

Modelo de Informação do Sumário de Alta da Portaria Nº 701, de 29 de Setembro de 2022 (Brasil, 2022)

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Sumário de Alta. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é um subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é um subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.
- Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.
 - o [0..] - Indica que o elemento é opcional.
 - o [1..] - Indica que o elemento é obrigatório.
 - o [..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.
 - o [..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.
- Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).
- Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.
- Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento (Brasil, 2022).

Quadro1 - Modelo de informação do Sumário de Alta.

Nível	Ocorrência	Seção/ Item	Tipo de Dados	Conceito
1	[1..1]	Identificação do indivíduo		RN01: O documento deve trazer um identificador nacional do indivíduo. Se não houver nenhum dos dois possíveis (CNS ou CPF), deve ser obrigatório o preenchimento do bloco Identificação por dados demográficos.
2	[1..1]	Identificador Nacional do Indivíduo	Caracteres numéricos	Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, mediante número único válido em todo território nacional (Port. nº 940/GM/MS/2011), sendo: - Cartão

				Nacional de Saúde (CNS); - Cadastro de Pessoa Física (CPF). RN01: A validação do identificador nacional do indivíduo deve ser feita junto ao CADSUS. RN02: Se o campo vier preenchido com CPF e o indivíduo não possuir CNS correspondente, necessita ser criado.
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos		RN03: Na hipótese de não ser possível a identificação por um dos identificadores nacionais acima, os campos do bloco de dados demográficos serão usados como parâmetros de pesquisa para a identificação do indivíduo e eventual atribuição de um CNS.
3	[1..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[0..1]	Nome Social	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Data de nascimento	Data	Conforme ISO 8601
3	[1..1]	Sexo	Texto codificado	Masculino, Feminino, Ignorado
3	[0..1]	País de nascimento	Texto codificado	RN04: Obrigatório se país estrangeiro.
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado por	RN05: Preenchido somente se o país de

			terminologia externa: IBGE	nascimento for o Brasil.
2	[0..1]	Endereço	Sequência de caracteres alfanuméricos	RN06: Preenchido somente se o país de nascimento for o Brasil.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento		
2	[1..1]	Identificador do Estabelecimento de saúde	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do estabelecimento de atendimento, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado:	Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.
			Ordem Judicial	
			Retorno	
			Demanda espontânea	
			Demanda referenciada	
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Caracteres numéricos	Número válido do Identificador Nacional de Equipe (INE) no CNES.
2	[1..1]	Caráter da internação	Texto codificado:	Identifica a internação de acordo com a prioridade de sua realização.
			Eletiva	
			Urgência	
2	[1..1]	Data e hora da internação	Data e hora.	Conforme ISO 8601. Data e hora da aceitação do indivíduo

				para início da internação.
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado:	Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.
			Atenção Domiciliar	
			Atenção Hospitalar	
			Atenção Intermediária	
			Atenção Psicossocial	
			Atenção à Urgência/ Emergência	
1	[1..1]	Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação		
2	[1..N]	Diagnósticos		
3	[1..1]	Código do Diagnóstico	Texto codificado por terminologia externa:	
3	[1..1]	Terminologia que descreve o diagnóstico	Identificador único do objeto	Identificador da terminologia que será utilizada para informar os problemas/diagnósticos avaliados
			CID-10	
3	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado:	Condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela

				demanda do contato assistencial. O diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do diagnóstico de admissão. (Port. nº 1.324/SAS/MS/2014)
			Principal	
			Secundário	
3	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado:	Identifica se o problema/diagnóstico é previamente conhecido na admissão do indivíduo para o atendimento.
			Sim	Indica que o problema/diagnóstico é previamente conhecido como existente.
			Não	Indica que o problema/diagnóstico é previamente conhecido como inexistente.
			Desconhecido	Indica que não há informação prévia sobre problema/diagnóstico.
3	[0..1]	Estado de resolução	Texto Codificado:	
			Ativo	O paciente apresenta sintomas da condição no momento ou há evidências da condição.
			Recorrente	O paciente apresenta recorrência ou

				repetição de uma condição prévia resolvida, por exemplo: Infecção do trato urinário, Pancreatite, Colangite, Conjuntivite.
			Recidiva	O paciente apresenta o retorno de uma condição, ou sinal e sintoma após um período de melhora ou remissão, por exemplo: Recidiva de um câncer, Esclerose Múltipla, Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, transtorno bipolar, Esquizofrenia (transtorno psicótico), etc.
			Inativo	O paciente não mais apresenta os sintomas da condição de saúde ou não há mais evidências dessa condição.
			Remissão	O paciente não mais apresenta sintomas da condição, mas há um risco dos sintomas retornarem.
			Resolvido	O paciente não mais apresenta sintomas da condição e há um risco percebido insignificante dos sintomas retornarem. (e risco de retorno dos sintomas é muito baixo).
1	[0..1]	Restrições funcionais e incapacidades em saúde		
2	[1..1]	Restrição funcional ou	Texto livre	

		incapacidade		
2	[1..1]	Status da restrição funcional ou incapacidade	Texto codificado:	
			Ativo	
			Inativo	
1	[1..1]	Procedimento (s) realizado (s) ou solicitado (s)		
2	[1..N]	Procedimentos		
2	[1..1]	Terminologia que descreve o procedimento	Identificador único do objeto. Texto codificado SIGTAP, CBHPM ou TUSS	Identificador da terminologia que será utilizada para informar o(s) procedimento(s) realizado(s) ou solicitados (s).
3	[1..1]	Nome do Procedimento	Texto codificado por terminologia externa: SIGTAP, CBHPM ou TUSS	Ação de saúde realizada no indivíduo durante o contato assistencial (Número TUSS, ex.).
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado:	
			Pré-procedimento;	
			Em andamento;	
			Não realizado;	
			Suspenso;	
			Cancelado;	
			Completado;	
			Desconhecido;	
			Entrada com erro.	
3	[0..1]	Resultado ou observações do procedimento	Texto livre	
1	[1..1]	Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação		
2	[1..1]	Descrição da evolução clínica do indivíduo	Texto livre	

		durante a internação		
1	[0..N]	Alergias e/ou reações adversas na internação		
2	[0..N]	Alergia e/ou reação adversa		Reatividade alterada a um antígeno pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Texto codificado:	
			Alimento	
			Medicamento	
			Fator Externo/ Ambiental	
			Biológico	
3	[1..1]	Agente/substância específica	Texto Codificado: CBARA, CATMAT, Lista vacinas PNI	
3	[0..1]	Manifestação	Texto Codificado: CBARA	
3	[0..1]	Grau de certeza	Texto codificado:	
			Não Confirmado	
			Confirmado	
			Refutado	
			Cancelado por informação errada	
3	[0..1]	Criticidade	Texto codificado:	Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.
			Alta	

			Baixa	
			Indeterminada	
3	[0..1]	Data/hora da instalação da reação adversa	ISO 8601	
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa	Texto livre	
1	[1..1]	Prescrição da alta		
2	[0..1]	Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)		
3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto livre	Descrição da prescrição de medicamentos de forma livre, em texto, podendo ter vários medicamentos no mesmo texto. O profissional prescriptor deverá descrever todos os campos necessários a uma prescrição, entre outros elementos relevantes.
2	[0..1]	Medicamentos prescritos na alta (estruturado)		
3	[1..1]	Terminologia que descreve o medicamento	Texto Codificado	ANVISA; Ontologia Brasileira em Saúde (OBS); CATMAT
4	[1..N]	Medicamento	Texto codificado por terminologia externa	Indica o nome do princípio ativo, concentração, unidade de medida e forma farmacêutica do medicamento prescrito.
5	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa	
5	[1..1]	Posologia		
6	[0..1]	Posologia não estruturada	Texto livre	Descrição da posologia de medicamento de

				forma livre, em texto. O profissional prescriptor deverá descrever todos os campos necessários a uma posologia, entre outros elementos relevantes.
6	[0..1]	Posologia estruturada		
7	[1..1]	Quantidade da Dose	Caracteres numéricos	Quantidade da unidade de consumo do medicamento prescrito a cada dose.
7	[1..1]	Unidade de consumo da dose	Texto codificado por terminologia externa	Unidade de consumo do medicamento prescrito (ex.: comprimido, cápsula, aplicação, mL, gota, copo dosador, infusão etc.).
7	[1..1]	Frequência de uso do medicamento		
8	[1..1]	Dose única	Boleano	Sim; Não (verdadeiro/falso)
8	[0..1]	Uso contínuo		RN09: preenchido obrigatoriamente se "Dose Única" = não/falso.
9	[0..1]	Uso se necessário	Boleano	Sim; Não (verdadeiro/falso)
10	[1..1]	Descrição da necessidade de uso do medicamento	Texto livre	Descrição de uso do medicamento indicado para o caso de uma necessidade específica (ex.: dor, febre, após tratamento etc.)
9	[0..1]	Intervalo em horas de cada dose do medicamento	Caracteres numéricos	Intervalo, em horas, de cada uso do medicamento
9	[0..1]	Frequência de doses do medicamento		
10	[1..1]	Repetições de dose para uma mesma unidade de tempo	Caracteres numéricos	Número de doses a cada uso do medicamento (ex.: 1x,

				2x, 3x 4x etc.)
10	[1..1]	Intervalo entre doses	Caracteres numéricos	Descritor quantitativo da unidade de tempo entre doses
10	[1..1]	Unidade de tempo entre doses	Texto codificado	Unidade de tempo entre doses (ex.: hora, dia, semana, mês etc.).
9	[0..1]	Turno		
10	[1..1]	Turno do dia	Texto codificado	Manhã, tarde, noite.
10	[1..1]	Intervalo entre doses	Caracteres numéricos	Descritor quantitativo da unidade de tempo entre doses
10	[1..1]	Unidade de tempo entre doses	Texto codificado	Unidade de tempo entre doses (ex.: hora, dia, semana, mês, bimestre, trimestre, quadrimestre, semestre, ano).
7	[0..1]	Quantidade de medicamento prescrito		
8	[1..1]	Quantidade a ser dispensada por atendimento	Caracteres numéricos	
8	[1..1]	Unidade de medida do medicamento	Texto codificado	Unidade de medida do medicamento prescrito (ex.: comprimido, cápsula, frasco, caixa etc.).
7	[0..1]	Duração de uso do medicamento	Caracteres alfanuméricos	Duração conforme ISO 8601
7	[0..1]	Total do tratamento	Caracteres numéricos	Quantidade total de medicamento prescrito.
7	[0..1]	Orientações sobre o uso do medicamento	Texto livre	
1	[0..1]	Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)		
2	[1..1]	Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	Texto livre	
1	[1..1]	Informações da alta		

2	[1..1]	Data e hora do desfecho da internação	Data e hora	Conforme ISO 8601. Data e hora da alta do paciente
2	[1..1]	Desfecho da internação	Texto codificado:	Caracteriza o motivo de conclusão da internação.
			Alta clínica	
			Alta voluntária	
			Encaminhamento	
			Evasão	
			Óbito	
			Ordem Judicial	
			Permanência	
			Retorno	
			Transferência	
2	[0..1]	Encaminhamento pós-alta		
3	[0..1]	Tipo de estabelecimento de saúde	Caracteres numéricos	CNES válido.
3	[0..1]	Descrição do serviço ou especialidade	Texto livre	
2	[0..1]	Profissional responsável pela alta		
3	[1..1]	CNS do profissional	Caracteres numéricos.	CNS válido do profissional responsável pela alta.
3	[1..1]	Ocupação do profissional responsável pela alta	Texto codificado por terminologia externa: CBO MTE	Atividade desempenhada pelo profissional responsável pela alta.
1	[0..1]	Informações Adicionais/Complementares		
2	[1..1]	Descrição das informações	Texto livre	Este campo é destinado às informações relevantes em texto livre para a continuidade do cuidado, como resultados de exames,

				principais terapias medicamentosas usadas, etc, observando que este não deve ser utilizado em substituição aos blocos de informações disponíveis em outros campos do sumário de alta.
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FONTE: Portaria nº 701, de 29 de setembro de 2022. **Diário Oficial da União**, Edição: 199, sessão 1, p. 234 (Brasil, 2022).

ANEXO 2 – CARTA DE ANUENCIA DA INSTITUIÇÃO

12/05/2024, 17:17

SEI/SEDE - 39081011 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/nº - Bairro Trindade
 Florianópolis-SC, CEP 88036-800
 - <http://hu-ufsc.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 53/2024/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFSC-EBSEH

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI e TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinado eletronicamente)

Douglas Francisco Kovaleski

Gerente de Ensino e Pesquisa

Portaria-SEI nº 241, de 29 de novembro de 2022



Documento assinado eletronicamente por Douglas Francisco Kovaleski, Gerente, em 16/05/2024, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 39081011 e o código CRC 88764830.

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80174224.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.889.693

Apresentação do Projeto:

REGISTROS DO PLANEJAMENTO DE ALTA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Resumo: Os vários tipos de documentos produzidos para alta do paciente tem a finalidade de diminuir a omissão de informações relevantes relacionadas à assistência e conectar os componentes da Rede de Atenção à Saúde, a fim de informar sobre suas necessidades de assistência e estado de saúde para continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. O objetivo é analisar os registros de planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado. Será um estudo descritivo com abordagem exploratória do tipo documental que será realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os documentos serão coletados no prontuário dos pacientes atendidos pelo Escritório de Gestão de Alta e analisados quanto a sua qualidade, comparado aos modelos de informação recomendados pelo Ministério da Saúde brasileiro. Os resultados esperados são identificar na literatura as informações presentes no sumário de alta, e possíveis indicadores para qualificar registros do sumário de alta do paciente hospitalar; Caracterizar os registros e os itens dos documentos relacionados à alta hospitalar e continuidade do cuidado em um hospital universitário; Encontrar as diferenças entre os registros institucionais e os documentos dos modelos recomendados pelo Ministério da Saúde; Identificar as lacunas nos registros de alta

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.889.603

hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL----- Analisar os registros de planejamento de alta em um hospital universitário para a continuidade do cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura as informações presentes no sumário de alta e levantar possíveis indicadores para qualificar registros do sumário de alta do paciente hospitalar;
- Caracterizar os registros e os itens do documentos relacionados à alta hospitalar e continuidade do cuidado em um hospital universitário;
- Comparar os registros institucionais com os documentos dos modelos recomendados pelo Ministério da Saúde;
- Identificar as lacunas de informações nos registros relativos a alta hospitalar e continuidade do cuidado;
- Recomendar melhorias nos registros de alta hospitalar e continuidade do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos ao participar dessa pesquisa são a possibilidade de desconforto por acanhamento ou constrangimento devido às informações registradas no prontuário.

Benefícios: Os possíveis benefícios dessa pesquisa serão contribuir para a qualidade dos documentos de alta hospitalar e melhorar a continuidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde da cidade de Florianópolis SC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 8.889.893

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH-UFSC dá ciência das alterações realizadas no TCLE, não havendo óbices a realização da pesquisa.

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_2339346.pdf	11/06/2024 13:13:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADO.pdf	11/06/2024 13:11:42	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISACEP.pdf	22/05/2024 17:49:21	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciaSEI39081011.pdf	22/05/2024 17:46:26	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	22/05/2024 17:43:37	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Parecer Anterior	PARECERCONSUBSTANCIADOCEP5439360.pdf	09/05/2024 18:05:45	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOPROJETO.pdf	09/05/2024 18:02:51	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPROJETO.pdf	09/05/2024 18:01:42	TESSY NNONYELUM MIOZZO EZEAGU	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria III, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.889.603

FLORIANOPOLIS, 15 de Junho de 2024

Assinado por:
Sharbel Weidner Maluf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br