



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIMAR MARTIRES

**CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA ALTA HOSPITALAR
PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Florianópolis

2020

Lucimar Martires

**CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA ALTA HOSPITALAR
PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina:
Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de
Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da
Costa.

Florianópolis

2020

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

Martires, Lucimar

Continuidade da assistência ao paciente na alta hospitalar para atenção primária à saúde / Lucimar Martires ; orientador, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, 2020.

56 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

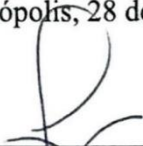
1. Enfermagem. 2. Planejamento da alta hospitalar. 3. Continuidade do cuidado. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Baeta Neves Alonso da Costa, Maria Fernanda . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Lucimar Martires

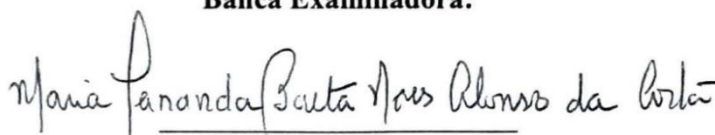
**CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA ALTA HOSPITALAR
PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de
“Continuidade da assistência ao paciente na alta hospitalar para atenção primária à saúde” e
aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem

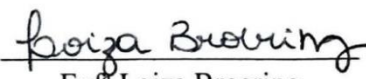
Florianópolis, 28 de fevereiro de 2020.


Profª Drª Felipa Rafaela Amadigi
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

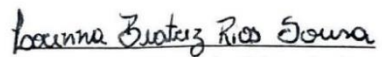

Profª Drª Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.

Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Enfª Loiza Broering

Avaliadora

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago


Enfª Lorena Beatriz Rios de Sousa

Avaliadora

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais da Enfermagem que fazem desta profissão sublime e respeitada, mesmo quando o cansaço está presente, o respeito pela vida e o amor à profissão são motivações para que o cuidado seja prestado com dignidade e profissionalismo.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos às pessoas que estiveram presentes durante todo meu percurso na graduação. Agradeço a Deus, por me proporcionar a honra de me formar Enfermeira nesta Universidade Federal e por colocar no meu caminho pessoas admiráveis e inspiradoras as quais me incentivaram a seguir em frente.

Ao meu esposo Eduardo, sem você ao meu lado nenhuma das minhas conquistas seriam possíveis, você sempre será minha força e meu alicerce. Agradeço por entender minha ausência, por acalmar minhas angústias e tranquilizar meu coração. Agradeço por sempre apoiar em todas as minhas decisões e me inspirar em ser uma pessoa melhor.

A todos os meus amigos da graduação, ao grupo “Chubarada Feio”, em especial, Amanda, Lays e Lucas Bernardo, que estiveram ao meu lado me apoiando e me fortalecendo em todos os desafios.

Agradeço a Amanda que foi minha companheira nos momentos de ansiedade estando ao meu lado sempre segurando minha mão e me incentivando a olhar para o céu azul.

Agradeço a Lays por sempre estar disposta a me ensinar ser uma pesquisadora, como você, e por me inspirar em sua beleza.

Agradeço ao Lucas pelas belas e boas gargalhadas e por entender minha loucura.

Agradeço a minha melhor amiga Eliane por ser minha maior inspiração em escolher a Enfermagem como profissão e sempre se fazer presente, mesmo longe, que nossa amizade seja sempre duradoura.

A minha orientadora Prof^a Maria Fernanda, agradeço pela parceria, troca de saberes e aprendizado, por entender meus momentos de dificuldades, por estar sempre disposta a ensinar e empenhada em estimular meu crescimento profissional.

A todos os professores que me honraram com seus conhecimentos e atitudes, principalmente àqueles que a humanização, respeito e empatia se fizeram presente em diversos momentos na graduação, vocês com certeza contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, agradeço pela disposição e compreensão para construir este trabalho e pela contribuição para o avanço da pesquisa na área de Enfermagem.

O Homem e o Menino:

O homem disse que tinha de ir embora, mas antes queria me ensinar uma coisa muito importante. Perguntou:

- Você quer saber o segredo para ser um menino feliz o resto da vida?

Respondi que sim, e ele disse:

- Pense nos outros!

Fernando Sabino

RESUMO

O modelo de atenção à saúde, proposto pelo Sistema Único de Saúde, busca pela desfragmentação da assistência, de modo que, a consolidação da atenção integral seja centrada nas necessidades de cada usuário, visando à continuidade do cuidado. O Enfermeiro ao realizar o planejamento da alta hospitalar possibilita que o cuidado para o domicílio seja individualizado, humanizado e resolutivo, buscando a integralidade do cuidado em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. O presente estudo teve como objetivo geral: analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, em um hospital universitário na região sul do país, e objetivos específicos: levantar as ações do Enfermeiro para a continuidade do cuidado, na alta hospitalar, de um hospital universitário na região sul do país, e discutir os protocolos de plano de cuidados, na alta hospitalar, para Atenção Primária à Saúde. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa descritiva, exploratória e foi desenvolvida com Enfermeiros e Diretora de Enfermagem de um hospital universitário na região sul do país. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário online contendo perguntas abertas e fechadas, no período entre outubro a novembro de 2019. Posteriormente a coleta, os dados foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo de Minayo. Os Resultados apontaram duas categorias: planejamento da alta hospitalar e continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. As enfermeiras relataram a importância de realizar o plano de alta e incluir o plano terapêutico centrado no indivíduo; diagnóstico principal; medicamentos em uso, e a situação clínica atual do paciente. Na alta hospitalar, a equipe médica fornece um resumo de alta ao paciente e a enfermeira orientações sobre os cuidados necessários para o domicílio. Concluímos que, o planejamento da alta, realizado pela equipe multidisciplinar, é uma estratégia que possibilita a continuidade do cuidado para Atenção Primária a Saúde.

Palavras chaves: Enfermagem. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The model of health attention, as proposed by the Unified Health System, search for the defragmentation of the assistance, so that the consolidation of integral attention is focused on the needs of each user, aiming to continuity of care. The Nurses when performing the planning of hospital discharge allows the care to the domicile is individualized, humanized and influential, seeking the integrality of care at different points in the Network of Health Care. The present study aimed to: analyze the discharge planning as a strategy of continuity of care for Primary Health Care, in a university hospital in the southern region of the country, and specific objectives: to raise the actions of the nurse for continuity of care , at discharge from a university hospital in the southern region of the country, and discuss the care plan protocols at discharge from hospital for Primary Health Care. Nursing Director of a university hospital in the south of the country. Data collection was performed by applying an online questionnaire containing open and closed questions from October to November 2019. Subsequently, data were analyzed using Minayo Content Analysis. The Results pointed to two categories: discharge planning and continuity of care for Primary Health Care. The nurses reported the importance of carrying out the discharge plan and including the individual-centered treatment plan; main diagnosis; medications in use, and the patient's current clinical situation. At hospital discharge, the medical team provides a discharge summary to the patient and nurse for guidance on necessary care at home. We conclude that discharge planning, carried out by the multidisciplinary team, is a strategy that enables the continuity of care for Primary Health Care.

Keywords: Nursing. Discharge from the patient. Continuity of patient care. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

CUn – Conselho Universitário

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

APS – Atenção Primária à Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

DNCT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EHE – Enfermeiro Hospitalar de Enlace

NIR – Núcleo Interno de Regulação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVOS DO ESTUDO	15
1.1.1	OBJETIVO GERAL	15
1.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3	MÉTODO.....	19
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	20
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
3.4	COLETAS DE DADOS	21
3.5	ANÁLISES DE DADOS	22
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	23
4	RESULTADOS	24
4.1	<i>MANUSCRITO: PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</i>	<i>24</i>
5	CONCLUSÃO.....	38
6	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	42
	APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO DOS ENFERMEIROS	44
	APÊNDICE 3- ENTREVISTA – DIRETORA DE ENFERMAGEM	52
	ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	53
	ANEXO 2 - PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	56

1 INTRODUÇÃO

Com a constante mudança no perfil epidemiológico da população no Brasil, as ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) têm buscado pela desfragmentação da assistência, através da consolidação da atenção integral e contínua, centrada nas necessidades de cada usuário com acompanhamento do cuidado longitudinal na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta por sua vez, é formada por redes temáticas de saúde, as quais compõem: a Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. As redes quando integradas, propõe melhorar o acesso aos serviços de saúde em diferentes pontos de atenção e possibilitar a continuidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A continuidade do cuidado no modelo assistencial do SUS pressupõe maior compromisso dos gestores, integração multiprofissional e interdisciplinar das ações de saúde necessárias para o cuidado integral ao longo tempo. Em razão disso, a continuidade do cuidado promove a comunicação entre profissionais, usuários e familiares, a ordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) atendendo as demandas de saúde individuais e coletivas para outros níveis assistenciais (UTZUMI *et al.*, 2018).

Neste contexto, APS é considerada o centro de comunicação da RAS e a principal porta de entrada nos serviços de saúde. Por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a continuidade do cuidado se consolida mediante ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

No cenário de saúde brasileiro, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), vêm aumentando e tornando-se desafiadoras para os profissionais e serviços de saúde. Visto que, apresentam alta prevalência de morbimortalidade, curso lento e gradual, longa e incerta duração, impacto constante em longas hospitalizações e rehospitalizações com importante encargo financeiro para o setor público de saúde (ALVES; MORAIS NETO, 2015).

Diante disso, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 483 redefine a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização e operacionalização das Linhas de Cuidado (LC). Assim, a APS busca através de suas ações, o mais precocemente possível, intervenções que possam prevenir diagnosticar, tratar as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas e oportunizar melhor qualidade de vida para os usuários (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, a RAS é uma ferramenta de organização dos serviços e as LC orientam os profissionais de saúde e gestores acompanhar o itinerário dos usuários para a integralidade da assistência. São consideradas formas de conduzir o percurso assistencial seguro e integral nos pontos de atenção, permitindo aos usuários acesso resolutivo das suas necessidades de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Portanto, para melhorar os fluxos assistenciais nas LC, esta portaria ainda estabelece componentes de pontos estruturados na rede de serviços, tais como: Atenção Básica; Atenção Especializada, que se divide em Ambulatorial Especializado, Hospitalar, Urgência e Emergência; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação e Governança. Sendo que, o subcomponente da Atenção Especializada Hospitalar visa ofertar serviços de internação hospitalar de diferentes densidades tecnológicas em tempo oportuno, de forma resolutiva, mediante ações integrais e multiprofissionais (BRASIL, 2014).

Por esta razão, as diretrizes propostas que redefinem a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, no que diz respeito ao subcomponente da Atenção Especializada Hospitalar, procura fornecer competências para reduzir o impacto da hospitalização na vida dos pacientes. Tais competências destacam-se no planejamento da alta hospitalar, com a integração da equipe multidisciplinar, orientações centradas no autocuidado e retorno do usuário para os serviços da APS, através da contrarreferência, com o objetivo de alcançar o cuidado continuado de forma longitudinal (BRASIL, 2014).

Em virtude da cronicidade das doenças ao longo do tempo, os modelos assistenciais de saúde no ambiente hospitalar vêm exigindo a transição das práticas de cuidado do Enfermeiro, com ênfase no fortalecimento da continuidade do cuidado para APS, assegurando a integralidade das ações e evitando intervenções desnecessárias de forma a prezar pela qualidade da saúde dos pacientes (BECKER *et al.*, 2018).

Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma estratégia metodológica fundamentada em teorias e baseada em evidências científicas, que oferece ao Enfermeiro subsídios para o raciocínio clínico, tomada de decisão, implementação do cuidado, e avaliação das ações frente às necessidades dos usuários em todos os serviços de saúde onde exista atuação do serviço de enfermagem. A SAE regulamentada pela Resolução n° 358/2009 e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) operacionaliza as atividades

desenvolvidas pelo Enfermeiro no processo de enfermagem com a finalidade de documentar as ações e reconhecer o cuidado profissional (COFEN, 2009).

Assim sendo, o planejamento da alta hospitalar faz parte das etapas da SAE, instrumento essencial para continuidade do cuidado no domicílio e fortalece a contrarreferência para APS. Por este motivo, o Enfermeiro tem papel de suma importância em gerenciar este cuidado, estabelecendo critérios desde as primeiras horas de internação, realizar avaliações clínicas dos pacientes e planejar os cuidados para o domicílio. Para que, dessa forma, permita-lhe traçar um plano de cuidados baseado no raciocínio clínico apurado, considerando os determinantes e condicionantes sociais e tendo em vista a promoção da saúde e satisfação dos pacientes (NUNES; FILHO, 2016).

O planejamento da alta hospitalar reforça a necessidade de estudar e implementar estratégias que possam influenciar na consolidação das ações de continuidade do cuidado e melhorar a transição da assistência para outro ponto na RAS. Os enfermeiros são facilitadores dessa transição, pois em virtude do maior vínculo com os usuários em diferentes cenários de saúde agregam práticas e conhecimentos. Por esta razão, o plano de alta planejado e sistematizado com a participação da equipe multidisciplinar, do paciente e familiares/cuidadores permite compartilhar saberes a fim de alcançar os melhores resultados de saúde (RIBAS *et al.*, 2018).

Portanto, o interesse pelo tema desenvolvido neste Trabalho de Conclusão do Curso emergiu das experiências vivenciadas nos estágios realizados nas unidades de internação do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), onde observou-se que, na alta hospitalar, as orientações de enfermagem eram realizadas aos pacientes sem a preocupação de prepará-los para o cuidado domiciliar e sem continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. A partir de fevereiro de 2019, tive a oportunidade de participar do desenvolvimento do projeto do Departamento de Enfermagem e do HU-UFSC, sobre a implementação de um “Programa de Gestão de Alta Hospitalar e Continuidade do Cuidado para Atenção Primária à Saúde”.

Diante deste contexto, questiona-se: o planejamento da alta hospitalar é considerado uma estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde?

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, em um hospital universitário na região sul do país.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Levantar as ações do Enfermeiro para a continuidade do cuidado, na alta hospitalar, de um hospital universitário na região sul do país.
- ✓ Discutir os protocolos de plano de cuidados, na alta hospitalar, para Atenção Primária à Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Optou-se pela revisão narrativa da literatura com a finalidade de obter sustentação teórica para construção de reflexões propondo responder aos objetivos do projeto, através de análise das principais ideias produzidas por outros autores (FLICK, 2013).

Dessa forma, realizou-se busca nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institutes of Health (MEDLINE/PUBMED - NLM); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Foram selecionados artigos e revisões publicados nas línguas em inglês, espanhol e português, num recorte temporal entre 2014 a 2019, por considerar a relevância em estudos atuais. Os descritores e palavras chaves utilizados foram: Enfermagem; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente; e Atenção Primária à Saúde.

A continuidade do cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, em diferentes cenários de atenção à saúde. Para alcançar melhor qualidade de vida aos usuários, exige-se envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares/cuidadores, a julgar pela preservação da integralidade da assistência sem

a fragmentação do cuidado. Numa conjuntura onde a saúde deve ser em rede, integrada e regionalizada, as práticas de continuidade do cuidado dependem indispensavelmente da comunicação efetiva entre todos os atores sociais envolvidos, compartilhando e articulando saberes e informações para atender as necessidades de saúde dos usuários. É no contexto das interações sociais e pela compreensão das ações humanas que se dá a continuidade do cuidado, ou seja, através das relações e interações interpessoais, gerenciando e compartilhando informações reflexivas, significativas e coerentes para o cuidado integral (UTZUMI *et al.*, 2018).

Neste contexto de interação com outros profissionais, o Enfermeiro reúne as práticas do cuidado profissional, e sua atuação vem respondendo às mudanças no processo de trabalho coletivo com melhores resultados frente ao modelo assistencial proposto pelo SUS. O Enfermeiro passa grande parte do seu trabalho prestando o cuidado direto aos usuários, produzindo saúde centrada nas necessidades individuais, de modo que, possa reduzir os fatores de riscos, prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Independente dos cenários de saúde, a prática clínica do Enfermeiro é soberana, possibilitando ampliar e fortalecer a continuidade do cuidado em todo seu ciclo de vida (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

O Enfermeiro, ao executar a (SAE) realiza o planejamento e a implementação de ações de saúde sensíveis às demandas dos usuários, contemplando suas necessidades de maneira integral e resolutiva. Articula e gerencia as ações de enfermagem na RAS, podendo coordenar e integrar informações aos demais profissionais no intuito de fortalecer a continuidade do cuidado (SIQUEIRA *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao plano de alta hospitalar, sendo este um importante instrumento para continuidade do cuidado, quando planejado pelo Enfermeiro, organizado e integrado com as demais atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, concede segurança terapêutica ao paciente e seus familiares/cuidadores. O processo de alta começa no primeiro contato com o paciente durante a admissão hospitalar, sendo ininterrupto em toda a internação. Diariamente, as intervenções e cuidados são aperfeiçoados pelo Enfermeiro promovendo o preparo constante para o autocuidado, e buscando interceder conexão nas informações prestadas entre os serviços envolvidos, profissionais e familiares/cuidadores (CIETO *et al.*, 2014).

Em geral, percebe-se apreensão por parte dos pacientes e familiares/cuidadores no momento da alta hospitalar, e isto ocorre, quando não se sentem preparados para realizar os cuidados no domicílio. Durante a hospitalização sentem-se seguros e protegidos, visto que, estão sendo acompanhados e auxiliados na sua recuperação por diversos profissionais. Neste sentido, a atuação do Enfermeiro na alta hospitalar torna-se valiosa, pois procura desenvolver orientações aos pacientes e familiares/cuidadores, para o reestabelecer o bem-estar e melhor conduzir o enfrentamento das doenças (MARTINS *et al.*, 2015).

Estudo aponta que os profissionais devem incluir, nas suas práticas de saúde, habilidades participativas nas relações e interações com os usuários e seus familiares/cuidadores. Estes por sua vez, ao receberem o comunicado da alta hospitalar, apresentam sentimentos ambíguos, por um lado, o contentamento de estar recebendo alta, e por outro, a ansiedade de não saber, como e quem, continuará os cuidados no domicílio. Em se tratando de como estas informações são transmitidas e interpretadas, podem ainda se tornarem mais um obstáculo do que um meio de promoção da saúde. Assim sendo, o Enfermeiro é o profissional que busca empoderá-los no autocuidado, por meio de informações claras e concisas sobre os cuidados necessários para domicílio, sempre respeitando as limitações individuais e coletivas (MITCHELL *et al.*, 2018).

Diante disso, um estudo realizado num Hospital Universitário no Rio Grande do Sul utilizou conceitos da Tecnologia Cuidado-Educacional (TCE) para compreender que cuidar e educar são processos de construção relacionais e que propõem fortalecer e empoderar à autonomia e bem-estar dos usuários. As ações e tecnologias do processo cuidado-educativo possibilitam transformar e estimular pensamentos críticos, reflexivos e independentes num novo estilo de vida, buscando mudanças na construção dos saberes. Logo, ao considerar as subjetividades individuais e os valores culturais do ambiente onde os sujeitos se inserem, tornam-se protagonistas do seu próprio ser, valorizando as experiências adquiridas ao longo de sua história (SALBEGO *et al.*, 2018).

Na Austrália, percebeu-se que a educação na alta hospitalar, dos pacientes e seus familiares/cuidadores, influência no processo de recuperação e reduz o número de reinternações precoces. Os pacientes demonstraram maior interesse para o autocuidado e buscam por informações que respondam as suas dúvidas e incertezas, com a intenção de obter maior entendimento no processo de recuperação e participar das decisões no curso do seu

tratamento. Assim, o estudo concluiu que é importante avaliar a proatividade e compreensão dos usuários e seus familiares/cuidadores sobre os cuidados e tratamentos recebidos (KANG *et al.*, 2018).

Nesta lógica, ao considerar a importância de avaliar constantemente a disponibilidade para o aprendizado e a prontidão dos pacientes para a alta hospitalar, é necessário que no plano de alta o Enfermeiro possa elaborar material educativo acessível que facilite o cuidado domiciliar e adesão ao tratamento com maior autonomia para o autocuidado (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014; POLSTER, 2015).

Um estudo realizado em Brasília (Brasil) para validação do instrumento "Readiness for Hospital Discharge Scale" (RHDS-Br) mostrou que, quando os usuários são orientados sobre os cuidados e tratamentos necessários para o domicílio sentem-se mais preparado para alta hospitalar (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

Nesta perspectiva, um Hospital Universitário, em Curitiba (Paraná) implementou a Enfermeira de Ligação que realiza o plano de alta e a continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde (APS). Esta Enfermeira, na alta hospitalar, compartilha as informações e os cuidados dos pacientes com a Enfermeira da unidade. Posteriormente, estas enfermeiras desenvolveram um Serviço de Gestão de Alta e implementaram um protocolo de contrarreferência para APS em Curitiba e na região metropolitana (RIBAS *et al.*, 2018).

Em Portugal, o planejamento da alta hospitalar é realizado pelo Enfermeiro de Ligação quando o paciente retorna para o domicílio. Aquele que necessita de cuidados especializados, como é o caso de idosos e usuários vítimas de violência, o Enfermeiro Gestor de Alta é quem realiza o encaminhamento para o serviço de reabilitação e continuidade do cuidado para APS. Este Enfermeiro faz o encaminhamento, a partir de alguns critérios: capacidade de preparo para o autocuidado; autonomia dos usuários e de seus familiares/cuidadores; reabilitação das funções motoras e grau de dependência; gerenciamento dos medicamentos de uso domiciliar; principais diagnósticos de enfermagem; situação social e tratamento de lesões por pressão (MARTINS *et al.*, 2018).

Portanto, o planejamento da alta é uma atividade interdisciplinar e deve ser mais que uma etapa importante da SAE, a qual direciona a implementação das ações e cuidados, desde a admissão até a alta hospitalar.

3 MÉTODO

O estudo foi do tipo descritivo e exploratório, e utilizou a abordagem qualitativa para analisar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros, na alta hospitalar, de pacientes internados em condições agudas e crônicas de saúde e a continuidade do cuidado para APS.

3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa exploratória proporciona aproximação e detalhamento do tema, pouco ou muito pouco estudado. Possibilita o envolvimento dos participantes acerca de suas próprias experiências práticas e pessoais (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

A investigação qualitativa permite detectar a subjetividade dos participantes expressarem suas percepções, questionamentos, perspectivas, significados e valores a partir do diálogo entendido como parte da realidade social do ser humano. Distingue o pensamento do que é feito pela realidade prática vivenciada e compartilhada com a sociedade. Por isso, o objetivo da pesquisa qualitativa é representado pelas relações, intenções e representações da produção do saber (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

A pesquisa qualitativa não possui uma representação assertiva numérica, pois detalha a compreensão, aprofunda e específica à subjetividade das informações dos participantes, sem a permissão para julgamentos, preconceitos e descriminalização, os quais poderiam influenciar no significado da pesquisa científica. O pesquisador aprofunda as informações constituídas com o poder de decisão parcialmente restrita, fazendo com que o objetivo seja alcançado por meio do aprofundamento das informações geradas. Portanto, o pesquisador deve procurar estar atento a não transcender os limites e riscos que a pesquisa científica poderá apresentar, a julgar por: envolvimento do pesquisador diante da situação pesquisada, influenciar nos resultados ou nos indivíduos, pouco ou falta de detalhamento sobre os processos realizados, e esgotamento na reflexão dos dados processados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

3.2 Cenário de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), fundado em 02 de maio de 1980. Este hospital desempenha atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e assistência prática para alunos de diversos cursos, especificamente aos vinculados ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) (GELBCKE *et al.*,2018).

O HU/UFSC é considerado um hospital público federal de ensino, de grande porte, com alta densidade e complexidade tecnológica em saúde. Atribui ao seu corpo clínico multidisciplinar as especialidades médico-cirúrgica, cardiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, vídeo-cirurgias, endocrinologia, proctologia, dermatologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, hemoterapia, ginecologia, obstetrícia, mastologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, reumatologia, urologia, e conta ainda, com serviços de apoio interdisciplinar (GELBCKE *et al.*,2018).

Sua missão visa manter e preservar a vida, promovendo saúde, formando profissionais, produzindo e difundindo os conhecimentos, com ética, responsabilidades sociais e políticas. Almeja à visão de futuro prestar assistência de alta complexidade sendo um centro de referência para RAS, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão. Pautado na integralidade das ações e no profissionalismo multidisciplinar e interdisciplinar, conferindo ao HU-UFSC relevância e prestígio social (GELBCKE *et al.*,2018).

O modelo assistencial do HU/UFSC determina suas diretrizes a partir do perfil assistencial centrado nas necessidades de saúde da população. Atualmente conta com 308 leitos, sendo 238 ativos e disponíveis para a internação dos usuários em cuidados clínicos e cirúrgicos, pediátricos, ginecológicos e obstétricos, leitos de emergência adulta e pediátrico, alojamento conjunto, unidade de terapia intensiva neonatal e adulta (GELBCKE *et al.*,2018).

A Enfermagem presta cuidados 24 horas por dia em diferentes turnos, em todas as unidades hospitalares do HU-UFSC e utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem fundamentada na teoria de Wanda de Aguiar Horta com o objetivo de proporcionar excelência no cuidado e promover a qualidade da saúde aos pacientes e familiares. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais

dividem suas funções e responsabilidades profissionais. O Enfermeiro é responsável pela gestão da unidade hospitalar, supervisiona e orienta sua equipe, planeja as ações de enfermagem, executa funções assistenciais, faz visita aos usuários internados para avaliação clínica, e realiza cuidados e procedimentos complexos que exigem maior capacidade técnica.

3.3 Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa foram Enfermeiros e Diretora de Enfermagem que atuam em um hospital universitário na região sul do país. O convite para participar do estudo foi realizado presencialmente pelas pesquisadoras, e nesta ocasião, foram apresentados os objetivos do estudo. Aos Enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa foi solicitado o e-mail, encaminhado link para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1) e o questionário online para ser respondido em tempo estimado de 20 minutos. Com a Diretora de Enfermagem foi agendado por telefone, uma reunião para realização da entrevista, com tempo estimado de 20 minutos, em local privativo conforme sua escolha.

Critérios de inclusão: Diretora de Enfermagem e os Enfermeiros que trabalham nos períodos matutinos e vespertinos das unidades de internação clínica médica e cirúrgica, ginecológica e obstétrica, alojamento conjunto, pediátrica, pronto atendimento adulto e pediátrico.

Critérios de exclusão: Enfermeiros que estavam de licença médica e de férias, que trabalhavam nos períodos noturnos, por entender que a maioria das altas hospitalares são realizadas no período diurno. As unidades de terapia intensiva neonatal e adulta, centro cirúrgico, centro obstétrico foram excluídas por realizarem alta intra-hospitalar.

3.4 Coletas de Dados

Para a coleta de dados com os Enfermeiros foi empregado um questionário online, contendo 59 questões, (APÊNDICE 2) com perguntas abertas e fechadas. O questionário eletrônico foi elaborado e criado na plataforma Survey Monkey, que consiste em uma ferramenta eletrônica de acesso privado, o qual tem como proposta a criação, aplicação, coleta

e análise dos dados via internet com privacidade e segurança dos dados (SURVEYMONKEY, 2019).

Os participantes receberam um e-mail com um convite e um link da web. Ao clicar neste link foram direcionados para a plataforma eletrônica Survey Monkey, contratada pelas pesquisadoras, com abertura imediata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo preenchimento foi condição obrigatória para abertura das páginas subsequentes.

Cada questão do questionário precisou ser respondida para que o participante conseguisse passar para a questão seguinte. Somente os pesquisadores, envolvidos nesta pesquisa, tiveram acesso as respostas do questionário. Para a coleta de dados com a Diretora de Enfermagem foi realizada entrevista presencial (APÊNDICE 3) em local privativo, escolhido pela mesma. A entrevista foi gravada, em dispositivo de áudio, em consonância com a participante, e posteriormente transcrita para um documento no formato Microsoft Word®.

3.5 Análises de Dados

O processo utilizado para análise de dados deste estudo teve como referencial a Análise de Conteúdo de Minayo (2015), representada pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/interpretação. A pré-análise refere-se à leitura compreensiva e específica do material coletado, buscando entender as particularidades do conteúdo exposto pelos participantes, para que então, possa organizar classificar e referenciar os conceitos teóricos para exploração do material. Com o propósito de estruturação da base para a interpretação da análise e a construção teórica (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

Já a exploração do material é a fase de concretização da análise, a qual o pesquisador discutiu várias partes do texto por extensivas leituras, tendo em vista o detalhamento da classificação e recorte da primeira etapa reagrupando os temas. Por fim, elaborar e articular os textos aos temas específicos, de modo, a agregar núcleos de sentidos aos conceitos teóricos categorizados com base na literatura.

A fase de interpretação dos resultados é a etapa final da trajetória da análise das informações, onde a redação do tema precisa defrontar-se com os problemas, aproximar-se

dos pressupostos e alcançar os objetivos da pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

Para responder os objetivos deste estudo, foram analisadas as seguintes questões do questionário (APÊNDICE 2): 10 a 54, e 59, e as questões da entrevista (APÊNDICE 3): 2.1 a 2.3.

3.6 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), em Florianópolis (SC), de acordo com as exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa integra parte do macroprojeto realizado pela pesquisadora Prof^a Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, cujo título da pesquisa é “As práticas da Enfermeira de Enlace para a continuidade do cuidado: estudo multicêntrico”, e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), o n. 54235116.5.0000.0121.

Os aspectos éticos desta pesquisa envolvem comprometimento ético e científico pertinente de acordo com os objetivos do estudo. Tendo em vista que os participantes tiveram a total autonomia em participar da pesquisa, de maneira confidencial com o compromisso de não ferir a sua integridade, e respeitando o anonimato dos valores culturais, sociais e morais.

Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais com o intuito de proteger a identidade dos participantes e a confidencialidade das informações, sendo que os participantes foram identificados por codinomes. Logo, os dados desta pesquisa foram utilizados somente para cumprir seus objetivos.

4 RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) são apresentados na forma de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº3 de 2001.

O presente manuscrito foi intitulado “Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária”.

4.1 MANUSCRITO: PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO: O planejamento da alta hospitalar é responsabilidade da equipe multidisciplinar, geralmente iniciado na admissão do paciente, durante a internação e na alta hospitalar, de modo que, possibilite a continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. O presente estudo teve como objetivo geral: analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, em um hospital universitário na região sul do país, e os objetivos específicos: levantar as ações do Enfermeiro para continuidade do cuidado, na alta hospitalar, de um hospital universitário na região sul do país, e discutir os protocolos de plano de cuidados, na alta hospitalar, para Atenção Primária à Saúde. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou a Análise de Conteúdo de Minayo para análise dos dados. Na coleta de dados com os Enfermeiros assistenciais foi aplicado questionário online com perguntas abertas e fechadas, no período entre outubro a novembro de 2019, e com a Diretora de Enfermagem foi realizado entrevista presencial. Emergiram da análise dos dados as categorias: plano de alta hospitalar e continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. No hospital do estudo, as Enfermeiras assistenciais realizam o plano de alta e avaliam os pacientes que necessitam de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. No preparo da alta hospitalar, há envolvimento de vários profissionais, mas as Enfermeiras relataram que não há protocolo clínico para o plano de alta e para contrarreferência. As Enfermeiras orientam a família sobre os cuidados no domicílio, avaliam as condições socioeconômicas e o ambiente domiciliar. Concluímos que, a utilização de protocolos permite ao Enfermeiro, na alta hospitalar, monitorar o cuidado planejado e promover a continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde.

Palavras chaves: Enfermagem; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Diante da transição epidemiológica das doenças e demográfica da população brasileira, as ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentam novos desafios para superar a fragmentação do cuidado. As ações de saúde vêm sendo articuladas em Rede de Atenção à Saúde (RAS) em parcerias com gestores, profissionais de saúde e o controle social visando consolidar atenção integral e contínua, centrada nas necessidades individuais de cada usuário. Dessa forma a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada dos serviços de saúde, ordena e coordena a RAS integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada, propondo melhorar o acesso aos serviços de saúde em diferentes pontos de atenção e possibilitar a continuidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Nesta perspectiva, a continuidade do cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde. Para alcançar melhor qualidade de vida dos usuários exige-se envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares/cuidadores, a julgar pela preservação da integralidade da assistência à saúde. As práticas de continuidade do cuidado dependem indispensavelmente da comunicação efetiva entre todos os atores sociais envolvidos, compartilhando e articulando saberes e informações para atender a singularidade dos usuários. É no contexto das interações sociais e pela compreensão das ações humanas que se dá a continuidade do cuidado, ou seja, através das relações e interações interpessoais, gerenciando e partilhando informações reflexivas, significativas e coerentes para o cuidado integral (UTZUMI *et al.*, 2018).

Ao longo do tempo e com a cronicidade das doenças, os modelos assistenciais de saúde no ambiente hospitalar vêm exigindo do Enfermeiro estratégias de continuidade do cuidado para a APS, assegurando a integralidade das ações, evitando intervenções desnecessárias a fim de preservar o bem-estar e a saúde dos usuários (BECKER *et al.*, 2018).

Diante disso, a Enfermagem reúne as práticas do cuidado profissional, e sua atuação vem respondendo às mudanças no processo de trabalho coletivo com melhores resultados frente ao modelo assistencial proposto pelo SUS. O Enfermeiro passa grande parte do seu trabalho prestando o cuidado direto aos usuários, produzindo saúde centrada nas necessidades individuais, de modo que, possa reduzir os fatores de riscos, prevenir doenças e promover a

saúde. Independente dos cenários de saúde, a prática clínica do Enfermeiro é soberana, possibilita ampliar e fortalecer a continuidade do cuidado em todo o ciclo de vida dos usuários (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Desse modo, o Enfermeiro encontra, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estratégias metodológicas fundamentadas em teorias e baseadas em evidências científicas subsídios para o raciocínio clínico, tomada de decisão, implementação do cuidado, e avaliação das ações frente às necessidades dos usuários (COFEN, 2009).

Nesse contexto, o planejamento da alta hospitalar faz parte das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, essencial para continuidade do cuidado no domicílio. O Enfermeiro, desde as primeiras horas da internação, após realizar a avaliação clínica do paciente, pode iniciar o plano de cuidados a serem prestados no domicílio (NUNES; FILHO, 2016).

Portanto, objetivou-se neste estudo analisar o planejamento da alta hospitalar, realizado pelos enfermeiros de um hospital universitário na região sul do país, como estratégia da continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa e que utilizou a Análise de Conteúdo de Minayo (2015) para analisar os dados coletados, por meio das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise refere-se à leitura compreensiva e específica do material coletado, buscando entender as particularidades do conteúdo exposto pelos participantes, para que então, possa-se organizar classificar e referenciar os conceitos teóricos para exploração do material (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

O estudo foi realizado nas unidades de internação cirúrgica, médica, pediátrica, ginecológica, alojamento conjunto, emergência pediátrica e emergência adulta, de um hospital universitário, localizado no sul do país, no período entre outubro a novembro de 2019.

Para a coleta de dados com os Enfermeiros assistenciais utilizou-se questionário online (APÊNDICE 2) com 59 questões, abertas e fechadas. O questionário eletrônico foi elaborado e criado na plataforma Survey Monkey, que consiste em uma ferramenta eletrônica de acesso

privado, o qual tem como proposta a criação, aplicação, coleta e análise dos dados via internet com privacidade e segurança dos dados (SURVEYMONKEY, 2019).

Com a Diretora de Enfermagem foi realizado entrevista, individual, semiestruturada, agendada previamente em local reservado e privativo dentro do hospital, que garantiu privacidade, com duração média de 20 minutos, a qual foi registrada em dispositivo de áudio em consonância com a mesma.

Os critérios de inclusão foram Diretora de Enfermagem e os Enfermeiros, que trabalhavam nos períodos matutinos e vespertinos, das unidades de internação médica e cirúrgica, ginecológica e obstétrica, alojamento conjunto, pediátrica, pronto atendimento adulto e pediátrico.

Foram excluídos os Enfermeiros que estavam de licença médica e de férias e que trabalhavam nos períodos noturnos por entender que a maioria das altas hospitalares são realizadas no período diurno. As unidades de terapia intensiva neonatal e adulta, centro cirúrgico, centro obstétrico foram excluídas por realizarem alta intra-hospitalar.

A amostra do estudo, na plataforma Survey Monkey, constituiu-se 22 participantes do total de 45 Enfermeiros convidados pessoalmente. O questionário foi disponibilizado no período de 2 meses e a cada 15 dias, os participantes receberam uma mensagem, enviada pelas pesquisadoras, na plataforma, para responderem as questões, inclusive aqueles que responderam parcialmente. Da entrevista com Diretora de Enfermagem obtiveram-se respostas gravadas em áudio, que posteriormente, foram transcritas para um documento no formato Microsoft Word®.

Após a leitura dos dados coletados e por aproximação dos conteúdos, emergiram duas categorias: planejamento da alta hospitalar e continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde.

Considerando o respeito, integridade moral, proteção dos participantes e com o propósito de assegurar o sigilo e anonimato dos profissionais entrevistados, utilizou-se a letra F, para os Enfermeiros e Diretora de Enfermagem, seguido do número correspondente à ordem (F1, F2, F3,...) e analisadas as seguintes questões do questionário (APÊNDICE 2): 10 a 54, e 59, e as questões da entrevista (APÊNDICE 3): 2.1 a 2.3.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob parecer número 3.413.257 e CAAE: o n. 54235116.5.0000.0121.

RESULTADOS

A leitura, organização e análise dos dados produzidos possibilitaram, por convergência de ideias, construir como resultado duas categorias: Planejamento da Alta Hospitalar e Continuidade do Cuidado para Atenção Primária à Saúde. Tais categorias foram norteadas pela pesquisa, em que se procurou estabelecer uma aproximação com os significados revelados nas respostas dos sujeitos.

Planejamento da Alta hospitalar

As Enfermeiras assistenciais relataram que não há Enfermeira específica para realizar as altas hospitalares nas unidades de saúde da instituição do estudo, e a maioria (70%) considera sua competência identificar os pacientes que necessitam de planejamento da alta hospitalar e continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde.

“[...] Não existe Enfermeiro Gestor de Alta. Agora nós não temos essa enfermeira com essa atividade específica, destinada para isso. A gente tem um plano de ter, que provavelmente vai estar ligado ao um núcleo interno de regulação, mas por enquanto a gente ainda não tem [...]” (F19).

“[...] Não há uma enfermeira gestora de alta, todas as enfermeiras da assistência fazem a gestão [...]” (F2).

Todas as enfermeiras disseram realizar a entrevista e avaliação clínica com os pacientes, a partir da admissão e durante a internação hospitalar. Os elementos mais importantes levantados na entrevista foram o histórico e o motivo da internação, e sempre era convidado para participar da entrevista um membro da família.

“[...] O histórico de enfermagem ao admitir o paciente no setor, as demais coletas de informação são realizadas durante a visita de enfermagem [...]” (F6).

“[...] Histórico progresso de saúde, internações hospitalares e rede de apoio [...]” (F4).

“[...] Motivo pelo qual procurou atendimento, comorbidades, antecedentes pessoais, hábitos, exame físico sucinto, necessidades de prevenção de quedas ou de fuga e isolamento, etc [...]” (F1).

“[...] Identifico se o paciente tem curativo [...] ou que necessitem de cuidados faço encaminhamento a unidade e converso com familiar cuidador e oriento sobre os cuidados necessários a serem mantidos [...]” (F9).

No preparo da alta hospitalar, há envolvimento de vários profissionais, do médico (100%); Assistente Social (87%) e da Enfermeira assistencial (81%). As Enfermeiras relataram a importância de incluir alguns elementos no plano de alta: plano terapêutico centrado no indivíduo (88%); diagnóstico principal e medicamentos em uso (82%); situação clínica atual do paciente (76%); contato em caso de urgência e cuidados realizados na atenção hospitalar (65%); resultados de exames laboratoriais (53%); autonomia atual (47%) e autonomia anterior à internação (41%). Até o momento não existe um protocolo de plano de alta e de contrarreferência para Atenção Primária à Saúde.

No que se refere à participação da família no plano de alta hospitalar, as Enfermeiras discutem sobre as condições socioeconômicas, condições do ambiente domiciliar, e as responsabilidades do cuidado domiciliar.

“[...] o plano de alta é realizado durante a internação, assim que se identifica a necessidade de cuidado especializado ou potencial modificação das atividades da vida diária [...]” (F2).

“[...] Em planos de alta que envolve mudança no contexto familiar é realizada uma discussão das necessidades. Geralmente nesse momento está o serviço social, psicólogo, enfermeiro, médico e familiares [...]” (F7).

“[...] Na verdade não existe um protocolo de plano de alta [...]” (F6).

“[...] É conversado com o acompanhante/familiar, preferencialmente quem mora com o paciente, sobre as condições dele, questionado sobre as possibilidades deles para realizarem os cuidados propostos [...]” (F6).

A ausência de um formulário de contrarreferência contendo os cuidados que foram planejados na alta hospitalar foi relatada pela maioria das enfermeiras.

“[...] Não se dá de forma sistematizada e completa. Mas, sempre que possível eu encaminho as orientações sobre curativos que realizo na unidade para a unidade básica. Quando há transferência do paciente para outro hospital eu ligo passando o plantão [...]” (F8).

“[...] Se ele precisar de uma continuidade do cuidado lá na comunidade, lá da unidade Básica, a equipe multiprofissional junto com os profissionais do serviço social e da enfermeira da unidade, junto com o médico, sendo que mais estes dois profissionais que acabam fazendo esse gerenciamento do que precisa [...]” (F19).

Os pacientes são contrarreferenciados para APS de acordo com as suas necessidades individuais. A maioria (61%) das Enfermeiras disse que não recebe ajuda do hospital, mas, recorrem a Chefia de Enfermagem da unidade quando necessitam de apoio. Os profissionais relataram que, na alta hospitalar, quando percebem a necessidade de monitorar o paciente encaminham para o ambulatório médico do hospital.

“[...] A partir da história de vida do paciente, das suas condições socioeconômicas e clínicas, tentamos prever possíveis medidas de proteção para continuidade do cuidado e evitar reinternações [...]” (F4).

“[...] as chefias de enfermagem nos dão suporte e apoio [...]” (F5).

“[...] Encaminhamento ao ambulatório médico do hospital [...]” (F14).

“[...] ao longo da internação é observado quais as necessidades do paciente [...] articulado junto com outros profissionais da equipe multiprofissional os fluxos para realizar a contrarreferência [...]” (F6).

“[...] O serviço social do hospital faz contato com a unidade básica de saúde da área do paciente e faz essa ponte para que o paciente tenha essa continuidade [...]” (F12).

A maioria (67%) das Enfermeiras disse conhecer os recursos externos ao hospital, os serviços ambulatoriais da instituição e da APS, devido a sua experiência profissional. As informações chegam aos profissionais da APS por meio de conversas informais.

“[...] Tenho conhecimento foi quando atuei na unidade básica [...]” (F20).

“[...] Tenho conhecimento do serviço ambulatorial do hospital [...]” (F5).

“[...] Por conversas informais com o serviço social, medicina, colegas enfermeiros da rede básica de saúde [...]” (F7).

“[...] Verbalmente alguns profissionais repassam essas informações [...]” (F12).

Continuidade do Cuidado para Atenção Primária à Saúde

Na alta hospitalar, a equipe médica fornece um resumo de alta ao paciente, realiza os encaminhamentos necessários e fornece os exames realizados no hospital. A Enfermeira fornece orientações aos pacientes, apenas verbalmente, sobre os cuidados necessários no domicílio.

"[...] Todo paciente com comorbidades deve ser acompanhado na rede básica [...]" (F1).

"[...] Sumário de alta hospitalar, receituário médico, encaminhamento para consultas, exames, etc [...]" (F14).

"[...] Recebe geralmente orientações da enfermeira [...]" (F13).

As Enfermeiras destacaram que o contato com APS era realizado somente para os pacientes que apresentavam uma condição de saúde complexa e a maioria das informações era fornecida pelo médico, por escrito (69%), e pela Enfermeira ou Serviço Social, por telefone (25%).

"[...] Então só em casos muito específicos é que se faz este contato com a Unidade Básica. Mas, geralmente não se faz. O paciente vai para casa e ele tem que se virar. Então o paciente vai com uma dependência, dependendo de um cuidado, paciente vai com uma traqueostomia, vai com uma sonda nasoenteral, uma gastrostomia, aí nesse caso o Serviço Social principalmente faz este contato, mas o Enfermeiro da unidade onde o paciente está internado também faz esse contato [...]" (F19).

"[...] Quando o paciente leva o impresso na unidade [...]" (F2).

As Enfermeiras relataram que não há indicadores hospitalares que avaliam a necessidade de continuidade do cuidado na APS, e a maioria (87%), dos profissionais da APS, não são informados sobre as reinternações.

"[...] A gente evitaria muitas reinternações, não só sobre o foco que é de Gestão de Leitos, giro de leitos, não é só isso, é a qualidade de vida do paciente, ele vai pra casa e continua mantendo a qualidade de vida através desse cuidado que vai ser extensivo do hospital pra rede básica [...]" (F19).

"[...] Então a gente deveria ter uma comunicação, talvez um sistema operacional, assim, de informações que se comunicasse [...]" (F19).

"[...] A e gente precisa avançar nisso, os dois lados se aproximarem entende? Porque eu percebo que a rede básica também mantém distanciamento, o hospital também, e só quem sai mais perdendo é o paciente e o próprio hospital porque este paciente reinternar, a saúde fica mais cara a gente poderia otimizar melhor os recursos que a gente emprega, tanto em termos de mão de obra, quanto material e equipamento [...]" (F19).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que não existia, até aquele momento, Enfermeira específica para realizar as altas hospitalares e acompanhar os cuidados no domicílio. As Enfermeiras assistenciais relataram que, em conjunto com a Chefia de Enfermagem e a equipe multiprofissional, realizam a gestão da alta hospitalar e a continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Morales (2014), a Gestão de alta é importante porque organiza e reestrutura as ações das equipes a fim de evitar intervenções desnecessárias e o cuidado fragmentado. Sugere que, os Enfermeiros realizem uma avaliação multidimensional utilizando protocolos assistenciais.

Quando as Enfermeiras realizam a entrevista com os usuários, se preocupam em identificar aspectos relacionados à internação, histórico e a condição clínica. Geralmente é o Enfermeiro quem levanta as informações necessárias e realiza o planejamento da alta hospitalar (Aued *et al.*, 2019).

O planejamento da alta consiste em criar um plano personalizado para cada paciente que está deixando hospital, com o objetivo de conter custos, melhorar resultados, garantir o momento apropriado do seu tratamento e que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada (GONÇALVES-BRADLEY *et al.*, 2016).

Diante disso, o plano de alta deve ser planejado de forma multidimensional considerando aspectos físicos, psicológicos, rede de apoio, doença de base, limitações físicas e motoras, terapia medicamentosa e autonomia individual, de modo que, possibilite uma alta hospitalar bem-sucedida para APS (GALVIN; WILLS; COFFEY, 2017).

O plano de alta hospitalar é um importante instrumento de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois além de fornecer informações necessárias para dar seguimento aos cuidados prestados no ambiente hospitalar também concede segurança terapêutica aos pacientes (CIETO *et al.*, 2014).

Estudo realizado no Hospital Escola em João Pessoa-PB revela a necessidade dos Enfermeiros introduzirem a participação dos familiares/cuidadores nos cuidados e na construção do plano de alta hospitalar. Desse modo, o Enfermeiro desenvolve ações de educação em saúde necessárias para estimular a qualidade de vida, melhor conduzir o

enfrentamento no processo de saúde e doença, e promover a continuidade do cuidado (MARTINS *et al.*, 2015).

Neste sentido, cuidar e educar são processos relacionais que possibilitam fortalecer e empoderar a autonomia e bem-estar dos usuários. As ações e tecnologias do processo cuidado-educativo possibilitam transformar e estimular pensamentos críticos, reflexivos e independentes num novo estilo de vida, buscando mudanças na construção dos saberes. Ao considerar as subjetividades individuais e os valores culturais do ambiente onde se inserem, tornam-se sujeitos éticos, sociais e protagonistas do seu próprio ser (SALBEGO *et al.*, 2018).

Os profissionais de saúde devem obter maior conhecimento sobre a RAS e integrar os serviços visando resolutividade da assistência em saúde. Logo, a importância das equipes multidisciplinares e interdisciplinares trabalharem integradas em rede para que a comunicação ocorra em uma linguagem única e permita o cuidado integral e humanizado (BRONDANI *et al.*, 2016).

Várias estratégias de comunicação são utilizadas pelas equipes de saúde do hospital e a APS, entre elas, o e-mail, telefone e sistema informatizado. Tais estratégias são vistas como positivas e podem colaborar no aperfeiçoamento dos processos de transição do cuidado na RAS (LIMA *et al.*, 2018).

Segundo CANARY e WILKINS (2016), a comunicação é o principal elemento para o trabalho em equipe e a troca de informações entre os profissionais, familiares e usuários. É através da comunicação que é possível reduzir os problemas com os medicamentos no domicílio, avaliar a prontidão para a alta levando em conta as necessidades físicas, emocionais e estruturais do ambiente domiciliar, e fornecer orientações claras e precisas sobre os cuidados pós-alta hospitalar.

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu manual com o objetivo de orientar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e os dirigentes de hospitais gerais e especializados para Alta Responsável. Este manual contém informações sobre o processo de efetivação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e sobre a organização, articulação e acompanhamento dos fluxos dos usuários na RAS. É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar traz o conceito de Alta Responsável como um mecanismo de transferência de cuidados realizado por meio da orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A continuidade do cuidado depende do planejamento da alta hospitalar, acompanhamento na pós-alta e apoio domiciliar. Reduz eventos adversos evitáveis como, erros de medicação, quedas e infecções pós-operatórias, e quando é realizada com qualidade, reduz a taxa de reinternação. Em seis, de 12 estudos realizados nos Estados Unidos, Dinamarca, França e Austrália houve redução no tempo e na taxa de reinternação em um período de até seis meses após a alta hospitalar (ALLEN *et al.*, 2014).

Para Bahr e Weiss (2018), os pacientes que necessitam de cuidados complexos, na alta hospitalar, dependem da continuidade do cuidado. O plano terapêutico deve ser centrado e impulsionado pelas necessidades do paciente. Desse modo, a continuidade do cuidado ocorre quando três dimensões do conhecimento estão alinhadas e integradas entre usuários e os profissionais de saúde, ou seja, relacionamento, comunicação e coordenação do cuidado fornecem uma estrutura organizadora para que a transição do cuidado na alta hospitalar ocorra de forma segura e efetiva.

Nesta perspectiva, as informações e a comunicação quando coordenadas e compartilhadas entre usuários/familiar e provedores de saúde permitem que as decisões terapêuticas sejam assertivas sobre os cuidados, evitam intervenções desnecessárias e promovem a continuidade do cuidado além do ambiente hospitalar (COSTA, 2019).

A continuidade do cuidado promove a transferência segura e oportuna dos usuários entre os diferentes níveis de atenção, incluem atividades desde a admissão, alta hospitalar e pós-alta. Para o sucesso desta faz-se necessário: comunicação entre os profissionais sobre a alta hospitalar; elaboração do plano de alta; preparação do paciente e familiares/cuidador para o autocuidado; adesão ao tratamento, e acompanhamento pós-alta (ALLEN *et al.*, 2014).

Estudo realizado na Espanha mostrou que o Enfermeiro é quem planeja e realiza a continuidade do cuidado para APS. Este Enfermeiro, denominado de Enfermeiro Hospitalar de Enlace (EHE) é responsável, desde a internação do paciente, por avaliar as necessidades individuais; motivo da internação e a condição clínica e social. Em conjunto com equipe multiprofissional, elabora um plano de alta hospitalar e realiza o acompanhamento dos cuidados no domicílio com o Enfermeiro da APS. O EHE atua como coordenador do cuidado trabalha em equipe, possui conhecimentos sobre os recursos necessários para o cuidado intra e extra- hospitalar, manejo terapêutico e conhecimentos de informática (COSTA *et al.*, 2019).

Segundo RIBAS (2018), a utilização de protocolos clínicos permite ao Enfermeiro monitorar o cuidado que foi planejado na alta hospitalar e promover a continuidade do cuidado. Em Curitiba, no Hospital Universitário, foi implementado um protocolo de contrarreferência para APS pelas Enfermeiras de Ligação. Estas Enfermeiras são responsáveis por identificar os pacientes internados que necessitam de continuidade do cuidado e planejar a alta hospitalar. No protocolo de contrarreferência possui o resumo de alta hospitalar do médico, enfermeiro e dos profissionais da equipe multiprofissional. Depois de finalizado, o protocolo é enviado por e-mail, pela Enfermeira de Ligação, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que encaminha à unidade de saúde de origem do paciente.

A continuidade do cuidado se concretiza por meio do trabalho em equipe, educação continuada para os profissionais de saúde, integração do hospital com APS, protocolos sistematizados na alta hospitalar, implementação do prontuário eletrônico, plano de cuidados para o domicílio, e material educativo impresso para os pacientes (CIETO *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Os Enfermeiros que participaram deste estudo mostraram que, no planejamento da alta hospitalar, preocupam-se em realizar a continuidade do cuidado dos pacientes internado em condições agudas e crônicas, mesmo sem ter um protocolo clínico com plano de alta e a contrarreferência implementado na instituição.

Os Enfermeiros têm a convicção de que a transição do cuidado hospitalar ainda é fragmentada e almejam desenvolver estratégias para melhorar e sistematizar as ações que assegurem a continuidade do cuidado. A transição do cuidado não é realizada de maneira satisfatória devido à falta de integração entre o hospital e a APS.

O cuidado quando é sistematizado por meio de protocolos clínicos e de acordo com as necessidades de cada usuário, direcionam melhores as ações de educação em saúde, e ainda evitam intervenções desnecessárias.

Na alta hospitalar, o Enfermeiro desenvolve o papel de educador e se preocupa em orientar os pacientes e familiares de forma que as informações sejam claramente compreendidas. A comunicação efetiva e eficaz reduz erros e melhora a qualidade de vida dos usuários.

Desse modo, o planejamento da alta precisa ser iniciado na admissão do paciente, ao levantar o histórico clínico, os motivos da internação e avaliação multidimensional. O Enfermeiro e a equipe multidisciplinar devem conhecer os recursos necessários para promover a continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, principalmente, daqueles pacientes que apresentam problemas complexos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEN, Jacqueline *et al.* Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-18, 15 ago. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>.

AUED, Gisele Knop *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, p.2-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

BAHR, Sarah J.; WEISS, Marianne E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **International Journal Of Nursing Practice**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.1-10, 4 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12704>

BRONDANI, Juliana Ebling *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-8, 28 mar. 2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.

CANARY, Heather E.; WILKINS, Victoria. Beyond Hospital Discharge Mechanics: Managing the Discharge Paradox and Bridging the Care Chasm. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v.27, n.8, p.1225-1235, 22 dez. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316679811>.

CIETO, Bianca Bolzan *et al.* Nursing Resources and Innovations for Hospital Discharge: an Integrative Review. Reme: **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.752-757, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140055>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960>. Acesso em: 17 maio 2019.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da *et al.* The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 53, p.1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da. Continuidade do Cuidado: aspectos teóricos. *In: LABORATÓRIO DE PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM POLÍTICAS E GESTÃO DO CUIDADO E DA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM E*

SAÚDE, 08, 2019, FLORIANÓPOLIS. **II Ciclo de Debates em Gestão em Saúde e Enfermagem**. Florianópolis: GEPADES, 2019.

GALVIN, Eileen Catherine; WILLS, Teresa; COFFEY, Alice. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 73, n. 11, p.2547-2557, 2 jun. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13324>.

GONÇALVES-BRADLEY, Daniela C. *et al.* Discharge planning from hospital. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-30, 27 jan. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000313.pub5>.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al.* Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p.1-12, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

MARTINS, Kaisy Pereira *et al.* Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1756- 1764, jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>.

MORALES-ASENCIO, José Miguel. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. **Enfermería Clínica**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.23-34, jan. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>.

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.

SALBEGO, Cléton *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, n. 6, p.2666- 2674, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>.

SAÚDE, Ministério da. **Manual de Implantação e Implementação Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

5 CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível perceber que a continuidade da assistência ainda enfrenta muitos obstáculos na prática clínica, assim como, o processo de planejamento da alta hospitalar. A falta de integração entre o hospital e a APS, a inexistência de um protocolo clínico de alta hospitalar, e o desconhecimento sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuem para a descontinuidade do cuidado na APS.

No entanto, os objetivos deste estudo foram atendidos, uma vez que, observou-se que os Enfermeiros, na alta hospitalar, orientaram os pacientes sobre os cuidados para o domicílio e identificaram a necessidade de desenvolver e implementar protocolos clínicos sobre o plano de alta e a contrarreferência para APS.

Nessa perspectiva, compreende-se que é importante o Enfermeiro compartilhar com APS os cuidados prestados no ambiente hospitalar com as informações necessárias para dar seguimento a continuidade ao cuidado no domicílio e na comunidade. Dessa forma, a comunicação é uma estratégia que agrega saberes, promove à saúde, evita intervenções desnecessárias e melhora a qualidade de vida dos usuários.

O planejamento da alta deve ser usado como estratégia de comunicação e compartilhamento das informações, para que os usuários tenham acesso aos recursos apropriados, em momento oportuno, possibilitando que a continuidade do cuidado seja humanizada e integrada.

Portanto, o planejamento da alta hospitalar é uma das principais ações do Enfermeiro, e para tal, necessita ter conhecimento clínico, habilidades para manejar condições complexas, trabalhar em equipe, ser um educador, conhecer como se organiza a RAS, e ter conhecimentos sobre informática e os recursos necessários para continuidade do cuidado em diferentes cenários de atenção à saúde.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, Carla Guimarães; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. Trends in premature mortality due to chronic non-communicable diseases in Brazilian federal units. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.641-654, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15342014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300641. Acesso em: 05 jun. 2019.

BECKER, Renata Machado *et al.* Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 6, p.2643-2649, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014**. Redefinir a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 20 abr. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo uma revisão de diretrizes para uma análise da situação básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 17 abr. 2019.

CIETO, Bianca Bolzan *et al.* Nursing Resources and Innovations for Hospital Discharge: an Integrative Review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.752-757, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140055>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960>. Acesso em: 17 maio 2019.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Validation of educational material for hospital discharge of patients with prolonged domiciliary oxygen prescription. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.284-289, jun. 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140041>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200284. Acesso em: 08 maio 2019.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384. Acesso em 18 abr. 2019.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p.704-709, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 maio 2019.

FLICK, Uwe. **Introdução à Metodologia da Pesquisa: um guia para iniciantes**, [s.l.], Porto Alegre: Penso, 2013. 256 p.

GUERRA, Eliane Linhares de Assis. **Manual de pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte. 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf. Acesso em: 30 Abr. 2019.

GELBCKE, Francine Lima *et al.* **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago**. Florianópolis: Ebserh, 2018. 222 p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/2016402/Conhe%C3%A7a+o+PDE/ab4c9329-4c4f-4783-9680-56e9c3264f58>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MARTINS, Maria Manuela *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 23, n. 3, [s.l.], 21 set. 2018. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.

MARTINS, Kaisy Pereira *et al.* Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1756- 1764, jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade: Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. 34. ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2015. 108 p.

MITCHELL, Suzanne E. *et al.* Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. The Annals Of Family Medicine. **Annals of Family Medicine**, Boston, v. 16, n. 3, p.225-231, maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2222>. Disponível em: <http://www.annfamned.org/content/16/3/225>. Acesso em: 21 maio 2019.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; FILHO, Nilton Alves de Menezes. Sistematização da alta de enfermagem: uma análise fundamentada em roy. **Cogitare enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-09, jun. 2016. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/mufy8>.

KANG, Evelyn *et al.* Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. **International Journal Of Nursing Studies**, Australia, v. 87, p.1-13, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.004>.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de. *et al.* **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde.**

Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS / UFMA EDUFMA. 39-78p. 2017. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes03.pdf. Acesso em 17 abr. 2019.

POLSTER, Debra. Preventing readmissions with discharge education. **Nursing Management (springhouse)**, [s.l.], v. 46, n. 10, p.30-37, out. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.numa.0000471590.62056.77>.

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p.546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO).

RIBAS, Ester do Nascimento *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.

SALBEGO, Cléton *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p.2666-2674, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>.

SIQUEIRA, Talita Honorato; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; WEISS, Marianne Elizabeth. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale- Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p.983-991, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>.

SIQUEIRA, Pâmela Guimarães *et al.* Perception of hospitalized users on the care in health services percepción de los usuarios hospitalizados sobre los atendimientos en servicios de salud. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 6, n. 4, p.471-481, dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222355>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22355/pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

SURVEYMONKEY. **SurveyMonkey: a ferramenta de questionários online mais popular do mundo.** 2019. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com>. Acesso em: 01 maio 2019.

UTZUMI, Fernanda Catafesta *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.1-8, 3 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104>.

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “*Continuidade da assistência ao paciente na alta hospitalar para Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pela Graduanda em Enfermagem, Lucimar Martires e a Orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.

A pesquisa tem como objetivo *geral*: analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, em um hospital universitário na região sul do país, e os *específicos*: levantar as ações do Enfermeiro para a continuidade do cuidado, na alta hospitalar, de um hospital universitário na região sul do país; discutir os protocolos de plano de cuidados, na alta hospitalar, para Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), n. 54235116.5.0000.0121.

O(a) Sr (a) Enfermeiro(a) receberá um e-mail com um link para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um questionário online que será respondido em tempo estimado de 20 minutos. Ao fim do Termo de Consentimento o(a) Sr (a) encontrará um espaço para completar caso aceite em participar da pesquisa.

Com a Diretora de Enfermagem será realizada entrevista, com tempo estimado de 20 minutos, podendo ser realizada presencialmente, em local privativo e de sua escolha.

Os benefícios deste projeto serão coletivos. Tal estudo contribuirá para identificar o papel do Enfermeiro que realiza a continuidade do cuidado do hospital para Atenção Primária à Saúde; estabelecer um novo escopo da prática do Enfermeiro Hospitalar; melhorar a prestação de serviços para a continuidade do cuidado, e contribuir para o avanço do conhecimento nessa área.

A sua participação é completamente voluntária. Ao responder o questionário ou durante a entrevista, se o(a) Sr (a) sentir algum desconforto ou risco terá a liberdade de não participar. O(a) Sr (a) tem garantida a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Se o(a) Sr (a) sentir algum desconforto, cansaço mental ou vergonha por não entender alguma pergunta, a pesquisadora oferecerá apoio emocional e explicará o que as perguntas querem dizer. Caso tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, terá garantido o ressarcimento e indenização.

Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais. Para garantir a manutenção do anonimato e da privacidade das informações, o(a) Sr (a) será identificado por um código ou codinome. Os dados serão armazenados pela pesquisadora por um período de cinco anos e só poderão ser utilizados nesta pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias. O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada pelo pesquisador. Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, terá garantido o ressarcimento. Se houver eventuais danos decorrentes da pesquisa, o participante terá a garantia de indenização.

Em qualquer etapa da pesquisa, o(a) Sr (a) terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de dúvidas.

A pesquisadora a Lucimar Martires, que pode ser encontrada no endereço Rua Recanto dos Santos. Residencial Siena, número 275, apto 303, bairro Passa Vinte, Palhoça – SC, telefone residencial: 48-33577854, telefone Celular: (48) 99460914. -mail: lu.mts@hotmail.com; a Profª Drª Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, que pode ser encontrada no endereço Rua Douglas Seabra Levier, nº 163, apto 208, Bloco B. Trindade- Florianópolis (SC). Telefone: (48) 991189955 ou (48) 33657747. E-mail: mafebaeta@gmail.com.

Proponente: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina: Endereço – Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, telefone: (48) 3721-6094 e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante/representante legal

Data ____/____/____

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO DOS ENFERMEIROS

*1. Você concorda em participar voluntariamente desta pesquisa?

Sim ()

Não ()

Bem Vindo!

Obrigado por dispor de seu tempo.

Para responder o questionário, considere as atividades prestadas ao paciente que necessita de continuidade do cuidado na Alta Hospitalar, na transferência para o domicílio ou outro serviço da rede de atenção à saúde.

Todas as perguntas com um asterisco (*) requerem uma resposta obrigatória para avançar o questionário.

É permitido responder o questionário apenas uma vez, mas você pode editá-lo até: _

/__/_ Se você tiver dúvidas sobre o questionário, envie-me um e-mail:

lucimar.martires@grad.ufsc.br ou mafebaeta@gmail.com.

Para avançar no questionário, use estes botões de navegação:

- Clique no botão Next para ir para a próxima página.
- Clique no botão Voltar para retornar à página anterior.
 - Clique no botão Sair se precisar pará-lo.
- Clique no botão Enviar para entregar o questionário.

Questionário

*2. Idade: _____ anos

*3. Sexo

() feminino () masculino

*4. Tempo de experiência como Enfermeira (anos ou semanas): _____

*5. Tempo de experiência como Enfermeira Gestora de Alta (anos ou semanas): _____

*6. Maior titulação:

Graduação Especialização Mestrado Doutorado

Outros: _____

7. Cursando, especificar: _____

Contexto de trabalho da Enfermeira

*8. Quantas horas trabalha por dia?

6 horas 7 horas 8 horas

Outro: _____

*9. Qual a jornada de trabalho semanal?

Escala 12h x 36 Diariamente (30 ou 44 horas semanais)

*10. Quantas Enfermeiras Gestoras de Alta trabalham no seu serviço? _____

*11. É sua responsabilidade identificar os pacientes que necessitam de Continuidade do Cuidado?

Sim Não

12. Se a resposta da pergunta 11 é SIM. Descrever como se dá este processo:

13. Se a resposta da pergunta 11 é NÃO. Descrever como se dá este processo:

14. Se a resposta da pergunta 11 é NÃO. Dizer quem pode fazer a solicitação para a Enfermeira Gestora de Alta:

Enfermeira Supervisora da Unidade Médico

Assistente Social

Enfermeira responsável pelo paciente

Outros: _____

*15. Como a Enfermeira Gestora de Alta recebe a solicitação para realizar a Continuidade do Cuidado?

Sistema informatizado Telefone

E-mail

Por escrito

Outros: _____

*16. É utilizado formulário específico no serviço para a Continuidade do Cuidado?

Sim Não

*17. Qual é o principal meio de comunicação entre você e os outros trabalhadores do hospital?

Sistema Informatizado Telefone

E-mail

Prontuário

Manual

Verbalmente

Outros: _____

Avaliação do paciente

*18 Realiza exame físico no paciente?

Sim Não

*19. Realiza entrevista com o paciente?

Sim Não

20. Se a resposta da pergunta 19 é SIM, especifique quais são os elementos mais importantes:

*21. No geral, durante a avaliação do paciente há comunicação com um membro da família?

Sim Não

Instalações e serviços necessários para a Continuidade do Cuidado na Atenção Primária

*22. Tem conhecimento prévio dos recursos externos necessários para a Continuidade do Cuidado, tais como medicamentos, entre outros?

Sim Não

*23. Você sabe sobre os serviços oferecidos aos pacientes e profissionais que realizam cuidados após a Alta Hospitalar?

Sim Não

24. Se a respostas da pergunta 22 é SIM. Como se tem este conhecimento?

25. Se a resposta da pergunta 22 é NÃO. A seguir, quais são os possíveis passos?

26 Se a resposta da pergunta 23 é SIM. Como se tem este conhecimento?

27 Como se sabe que o paciente deve ser referenciado?

*28. Há alguma ajuda das unidades responsáveis pelo cuidado ou do hospital para coordenar a Continuidade do Cuidado?

Sim Não

29 Se a resposta da pergunta 28 é SIM. Descrever como isto funciona?

*30 Há algum suporte do hospital quando é necessário no seu trabalho?

Sim Não

31 Se a pergunta da resposta 30 é SIM, como isto funciona?

Plano de Alta do paciente

32 Quando se inicia o Plano de Alta Hospitalar do paciente?

*33. Em geral, há outros profissionais envolvidos na Alta hospitalar?

Sim Não

34 Se a resposta da pergunta 33 é SIM. Selecione na lista abaixo todos os profissionais envolvidos:

Enfermeira responsável pelo paciente Enfermeira Supervisora da Unidade Enfermeira Gestora de Alta

Médico Psicólogo

Terapeuta Ocupacional

Assistente Social

Nutricionista

Neurologista

Ortopedista

Fisioterapeuta

Outros: _____

*35. Além de você, há outro profissional que pode realizar o Plano de Alta?

Sim Não

36 Se a resposta da pergunta 35 é SIM. Por favor, indique quem é o profissional que coordena o cuidado, além de você?

Enfermeira Supervisora

Enfermeira responsável pelo paciente

Médico

Assistente Social

Outro cargo de Enfermeira

Outro profissional: _____

*37 Por favor, indicar os principais elemento que devem ser incluídos no Plano de Alta:

Diagnósticos principais

Cuidados realizados na atenção hospitalar

Resultados de laboratório

Situação clínica atual

Autonomia anterior a internação

Autonomia atual

Medicamentos em uso

Plano terapêutico

Contato em caso de urgência

Outros: _____

*38 Membros da família são chamados para participar?

Sim Não

39. Se a resposta da pergunta 38 é SIM, descrever brevemente sua participação, quando e como? _____

*40. Quem explica o Plano de Alta ao paciente?

Eu Outros: _____

*41. O paciente recebe um documento escrito?

Sim Não

42. Se a resposta da pergunta 41 é SIM, descrever brevemente a informação que contem no instrumento: _____

43. Você tem outras considerações que informe sobre o Plano de Alta do paciente?

Comunicação entre a Enfermeira Hospitalar e da Atenção Primária

*44. Como os serviços da Atenção Primária tem acesso a informação do Plano de Alta?

*45. Quais informações recebem os profissionais da Atenção Primária?

*46. Quem fornece as informações?

*47. Como?

Acesso a história clínica informatizada

Telefone

E-mail

Fax

Sistema Informatizado

Outro: _____

*48. Quando é informado o profissional da Atenção Primária sobre a Alta do paciente?

Monitorização do paciente após a Alta Hospitalar

*49. Há indicadores que avaliam os resultados da transição do paciente?

Sim Não

50. Se a resposta da pergunta 49 é SIM. Quais são? _____]

*51. Em geral, há seguimento do paciente quando é referenciado?

Sim Não

52. Se a pergunta 51 é SIM. Como?

Telefone

E-mail

Visitas no domicílio

Outros: _____

Reinternação do paciente no Hospital

53. Quais circunstâncias você é chamada para o cuidado do paciente que reinternou?

*54. Quando o paciente reinterna, você deve informar o profissional da Atenção Primária, que encaminhou o paciente?

Sim Não

Fatores que facilitam e dificultam as atividades da Enfermeira que realiza a Continuidade do Cuidado

*55. Quais são os elementos que facilitam suas atividades como Enfermeira de Continuidade do Cuidado? _____

*56. Quais são os elementos que dificultam suas atividades como Enfermeira de Continuidade do Cuidado? _____

Habilidades essenciais para atuar como Enfermeira de Continuidade do Cuidado

*57. Quais são as competências essenciais para atuar como Enfermeira de Continuidade do Cuidado? _____

Desenvolvimento de habilidades

*58. Como se desenvolvem as habilidades para atuar como Enfermeira de Continuidade do Cuidado? _____

Pergunta complementar

59. Há outra informação adicional que gostaria de dizer?

APÊNDICE 3- ENTREVISTA – DIRETORA DE ENFERMAGEM

1. Caracterização

1.1 Idade:

1.2 Sexo

Feminino

Masculino

1.3 Ano de formação:

1.4 Tempo que atua como Enfermeira:

1.5 Qualificação profissional:

especialização

mestrado

doutorado

outros : _____

2. Guia da Entrevista

2.1. Como as Enfermeiras Gestoras de Alta são inseridas no serviço?

2.2. Fale-me sobre as atividades desenvolvidas pela Enfermeira Gestora de Alta.

2.3. Como se dá a continuidade do cuidado para a Atenção Primária de Saúde, desde a alta hospitalar?

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: As práticas da Enfermeira de Enlace para a continuidade do cuidado: estudo multicêntrico

Pesquisador: Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 54235118.5.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.413.257

Apresentação do Projeto:

Justificativa da Emenda:

Inserir, na equipe da Pesquisa, as alunas Lays Souza de Oliveira e Lucimar Martires. Esta pesquisa fará parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) das duas alunas.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A justificativa apresenta clareza e objetividade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 232, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 3721-5094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.413.257

O CEPESH tomou ciência da emenda e encaminha para aprovação.

Considerações Finais a critério do GEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1367097_E2.pdf	28/05/2019 19:17:43		Aceito
Outros	Solicitacaoprorrogacao.pdf	01/02/2019 11:59:43	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	HUdeclaracao.pdf	01/02/2019 11:58:42	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Cronograma	Novocronograma.pdf	01/02/2019 11:57:46	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	05/09/2016 15:28:55	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2016 15:28:25	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	FolhaRosto.pdf	15/03/2016 18:09:19	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	13/03/2016 00:35:30	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/03/2016 00:33:44	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadRosto.pdf	13/03/2016 00:29:18	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Processo: 3.413.257

FLORIANOPOLIS, 25 de Junho de 2019

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

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

**ANEXO 2 - PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

A acadêmica desenvolveu a pesquisa com muita dedicação e empenho. Aplicou a metodologia de forma adequada e os resultados contribuirão para a implementação de protocolos relativos ao planejamento da alta realizado pelos Enfermeiros de um hospital universitário no sul do país.

Florianópolis, 28, de fevereiro, de 2020.

A assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa'.

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa