



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

Suzany de Fatima Henchoste Olibone

**O processo de Implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário
de Florianópolis**

Florianópolis

2024

Suzany de Fatima Henchoste Olibone

**O processo de Implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário
de Florianópolis**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos.

Co-orientadora: Prof^ª. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.

Florianópolis

2024

Ficha de identificação da obra

de Fatima Henchoste Olibone, Suzany
O processo de Implementação do Escritório de Gestão de
Alta no Hospital Universitário de Florianópolis / Suzany
de Fatima Henchoste Olibone ; orientador, José Luis
Guedes dos Santos, coorientador, Maria Fernanda Baeta
Neves Alonso da Costa, 2024.
123 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Gestão de saúde . 3. Alta
hospitalar . 4. Continuidade de Assistência ao paciente .
I. Luis Guedes dos Santos, José . II. Fernanda Baeta Neves
Alonso da Costa, Maria . III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV.
Título.

Suzany de Fatima Henchoste Olibone

**O processo de Implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário
de Florianópolis**

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

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profa. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profa. Elizaberth Bernardino, Dra.

Universidade Federal Paraná – UFPR

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

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2024

*Dedico essa dissertação ao meu Pai celestial, **Deus**, minha fonte de fé, energia e amor, que em nenhum momento deixou-me sozinha nesta jornada, grata por mais esta oportunidade de viver, aprender e evoluir nesta jornada.*

Às minhas companheiras de vida Salete, Susely, Joana e meu pequeno Arthur, que se fizeram presentes a todo momento cada uma contribuindo a seu modo para minha vitória.

Ao meu orientador José Luís e minha co-orientadora Maria Fernanda, que depositaram confiança desde o início da realização desta pesquisa. Com sabedoria inquestionável me ensinaram a vencer desafios e a construir novos sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar e iluminar todos os meus pensamentos. Desde o princípio até final te amarei e sou grata pela dádiva do livre arbítrio e da vida. Todas as vezes que pensei em desistir o Senhor com todo carinho colocou anjos em meu caminho, dando-me suporte e esperança no futuro que sei que será brilhante. Retribuirei teu Amor Pai querido, amando ao meu próximo.

Aos meus pais Elbio (In memoriam) e Salete, por me conceberem a vida. Em especial a minha mãe que é uma guerreira. Sei das tuas dificuldades, por isso agradeço tua dedicação na minha criação! Muito obrigada!

À minha irmã Susely, agradeço a Deus o presente de ser sua irmã e fazer parte de tua vida. Os laços que nos liga são tão fortes que não há nada que venha a destruir. Laços de companheirismo e lealdade, que me fortalecem e me ajudam a vencer, quão valorosos são esses laços minha princesa da mana. “Começamos juntas e terminaremos juntas”. Te amo!

À minha irmã Joana que sempre presente, nessa realização esteve como apoiadora nos momentos de desabafos, contribuições, lágrimas e risos; realmente fazer alguma coisa com excelencia nos leva a dedicação completa, imersa de conhecimento e expectativas. Como me disse “O sucesso é para poucos, nada é fácil, então lute, vá em frente, ergue a cabeça e contrua teu caminho...” . Sempre me transmitindo amor e compreensão, sou tão orgulhosa de você. Agradeço por confiar a mim o título de mamãe, minha futura advogada. Te amo!

Ào meu orientador Prof. Dr José Luis Guedes dos Santos, obrigado por toda confiança e apoio, nos momentos que mais precisei estavas presente, te admiro e sou grata por todo conhecimento e trocas de experiências que tivemos durante esses encontros durante o mestrado. Te Adoro.

À minha co-orientadora Prof^a. Dra Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, obrigada por toda confiança e apoio depositados durante todo percurso de construção desta dissertação e do mestrado, sem dúvidas é uma guerreira, na luta de um olhar transformador de cuidado integral e com continuidade do cuidado. Sou grata por ter me mostrado na pesquisa um olhar transformador para humanidade, por ter me apresentando esta linha de pesquisa que é a transição do cuidado; nas referências da continuidade do cuidado que envolve tanto a Atenção Primária á Saúde quanto a Atenção Hospitalar envolvendo os níveis de atenção ao cuidado do paciente, me apaixonei pela temática, fui me envolvendo a cada dia que passava mais e mais, e hoje posso dizer com plena certeza que me encontrei como profissional para contribuir com uma saúde de qualidade e transformação para população. Muito obrigada pela paciência e por tudo que fomos construindo durante esse tempo de experiências! Te Adoro.

À minha banca constituída pelas Professoras que representam para minha formação nesta pesquisa as referências de profissionais exemplares, que me motivam e representam a dedicação e transformação das mudanças positivas na saúde da população, as queridas Dra. Profa. Elizabeth Bernardino (UFPR), Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni (UFSC), Dra. Alacoque Lorenzini

Erdmann (UFSC), Dra. Gisele Aued knop (UFRGS). Gostaria que soubessem da admiração e carinho que tenho por vocês, muito obrigada por aceitarem fazer parte deste momento tão importante em minha vida.

À Universidade Federal de Santa Catarina aonde estou trilhando minha trajetória como mestre e contribuindo para minha vida profissional. Sou imensamente grata à UFSC, e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN);

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento a esta pesquisa, incentivo e apoio no desenvolvimento de novas perspectivas para o Sistema Único de Saúde! Sou eternamente grata pôr a oportunidade de ser bolsista e pelo incentivo de transformação na saúde.

Aos professores, pesquisadores e membros do Grupo GEPADES. Tenho prazer em fazer parte deste grupo que é um espaço privilegiado de discussão de projetos e construção do conhecimento, muito aprendi em todods os encontros que participo. Muito obrigada á todos os membros.

Às (aos) Professoras (es) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, pela seriedade e compromisso marcantes em todas as experiências de aprendizagem, menciono algumas pessoas e em nome delas, todos os colaboradores; Gratidão às prof^{as}. Dras. Caroline Ceichinel Peiter; Laura Cavalcante, Maria Ligia Bellaguarda, Rosane Nitscheke, Adriana Dutra Tholl. Muito Obrigado!

Aos meus colegas da turma de mestrado 2022; e aos colegas de tutoria da pelas experiências compartilhadas durante estes anos, ao meu amigo João, que foi muito importante no meu desenvolvimento profissional, sempre me incentivando a mostrar o pontencial e importância da pesquisa e fortaleciemnto do SUS.

As minhas queridas amigas doutoranda Juanah Oliveira Debetio e mestranda Tessy que foram parceiras colaborando, apoiando e incentivando meu processo de pesquisa. A querida doutoranda Mayara Marta Rodrigues - PEN/UFSC, que contribuiu como membro extra em formação nesta trajetória.

Ao Hospital Universitário de Florianópolis que abriu as portas e me acolheu nos dando meios para realização desta pesquisa, em especial a equipe do Escritório de Gestão de Altas e a gestão do hospital na figura das direções e coordenações que contribuíram de forma significativa na realização deste estudo e desenvolvimento da melhora de atendimento de qualidade a população do Estado de Santa Catarina.

Há muitas pessoas para eu agradecer, aos amigos e amigas que me deram apoio e incentivo em mais um sonho realizado que é a conclusão da minha DISSERTAÇÃO. Vocês que foram meu aconchego e porto seguro nos momentos de dúvidas, angústias e desafios a serem superados, foram pessoas com as quais eu quis e pude compartilhar minhas alegrias e ficaram felizes com as minhas conquistas. Foram pessoas fundamentais. Com carinho menciono algumas pessoas: Elaine, Felipe, Madalena, Ana Claudia, Gil, Nena Amorin, Julimar Dagostin. Gratidão por tudo que me apoiaram.

Lembro-me de cada palavra, abraço, beijos e ombros confortantes que me renovavam as forças e esperanças para continuar. Que Deus abençoe à todos!

"[...] A cura está ligada ao tempo e às vezes também às circunstâncias."

Hipócrates

RESUMO

Introdução: A implementação de um Serviço de Gestão de Altas têm como objetivos, operacionalizar em conjunto com a equipe assistencial a alta hospitalar segura de pacientes com necessidades de continuidade de cuidado, efetivando a contrarreferência; facilitar a abordagem dos serviços e das equipes multiprofissionais na atenção aos pacientes com necessidades de continuidade de cuidados e identificar lacunas nos fluxos internos de assistência que prologam a internação de pacientes. Entretanto, alguns desafios ainda precisam ser superados entre eles, atender a demanda de outros municípios, conforme solicitação de atendimento pelas equipes.

Objetivo: Analisar a implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso único seguindo o referencial metodológico de Yin (2015). Para o levantamento de dados, optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista/grupo focal, observação direta não participante e pesquisa documental. Os sujeitos foram sete profissionais de saúde, gestores, equipe do Escritório de Gestão de Altas e nove pacientes internados nas unidades do estudo. Para a coleta de dados foram utilizados questionário e roteiro semiestruturado com perguntas fechadas para obter informações relativas à caracterização (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, função exercida, formações complementares) e com questões abertas sobre implementação do Serviço de Gestão de Altas e, os dados analisados com base na análise temática de Minayo e Yin.

Resultados: da análise emergiram três categorias por parte dos profissionais: 1) Processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta; 2) Gestão da continuidade do cuidado e o trabalho da equipe multiprofissional e, 3) Ferramentas de gestão para operacionalizar a alta segura e a continuidade do cuidado. Evidenciou-se a participação efetiva da equipe multiprofissional no desenvolvimento e efetivação do serviço do Escritório de Gestão de Altas, cooperação na busca de ferramentas de gestão para estruturação e aprimoramento da contrarreferência dos pacientes internados na instituição. Contudo, alguns pontos frágeis ainda precisam ser superados no serviço instituído como: dificuldades na comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, promover a sensibilização da equipe assistencial quanto a desospitalização no exercício da alta hospitalar segura e a efetivação da contrarreferência. Os achados do serviço com a percepção dos pacientes emergiram duas categorias: O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado e, a humanização da assistência. Observou-se que, a maioria dos pacientes contrarreferenciados para a RAS apresentam comorbidades pré-existentes antes da internação e a necessidade de reabilitação. As taxas de readmissão foram reduzidas dos pacientes acompanhados neste estudo após a alta hospitalar, e ficou evidente a importância de realização da continuidade do cuidado na Atenção Primária.

Conclusão: Podemos afirmar que o serviço do Escritório de Gestão de Altas está contribuindo para continuidade do cuidado dos pacientes e que o enfermeiro é o profissional que realiza o elo com a equipe multiprofissional na contrarreferência.

Descritores: Gestão em Saúde; Alta Hospitalar; Atenção Integral; Continuidade de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of a Discharge Management Service aims to operationalize, together with the care team, the safe discharge of patients with needs for continuity of care, effecting counter-referral; facilitate the approach of services and multidisciplinary teams in the care of patients with continuity of care needs and identify gaps in the internal flows of care that prolong the hospitalization of patients. Meanwhile However, some challenges still need to be overcome, among them, meeting the demand of other municipalities, according to the request for service by the teams. **Objective:** To analyze the implementation of the Discharge Management Office at the Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, in Florianópolis. **Methods:** This is an exploratory, descriptive research, with a qualitative approach, in the single case study modality following the methodological framework of Yin (2015). For data collection, three sources of evidence were chosen, which converged in a triangular way: interview/focus group, direct non-participant observation and documentary research. The subjects were seven health professionals, managers, staff of the Discharge Management Office and nine patients hospitalized in the study units. For data collection, a questionnaire and a semi-structured script were used with closed questions to obtain information related to the characterization (gender, age, length of work in the institution, function performed, complementary training) and with open questions about the implementation of the Discharge Management Service, and the data analyzed based on in the thematic analysis of Minayo and Yin. **Results:** from the analysis, three categories emerged from the professionals: 1) Process of development and implementation of the Office of Discharge Management; 2) Management of continuity of care and the work of the multidisciplinary team, and 3) Management tools to operationalize safe discharge and continuity of care. The effective participation of the multidisciplinary team in the development and implementation of the service of the Discharge Management Office was evidenced, as well as cooperation in the search for management tools for structuring and improving the counter-referral of patients hospitalized in the institution. However, some weak points still need to be overcome in the instituted service, such as; difficulties in communicating with the Health Care Network, to promote the sensitization of the care team regarding dehospitalization in the exercise of safe hospital discharge and the effectiveness of counter-referral. The findings of the service with the perception of the patients emerged in two categories: the planning of hospital discharge and the continuity of care, and the humanization of care. It was observed that most of the patients counter-referred to the RAS had pre-existing comorbidities before the hospitalization and need for rehabilitation. Readmission rates were reduced in patients followed up in this study after hospital discharge, and the importance of continuity of care in Primary Care was evident. **Conclusion:** We can affirm that the service of the Discharge Management Office is contributing to the continuity of patient care and that the nurse is the professional who liaises with the multidisciplinary team in the counter-referral.

Keywords: Health Management; Discharged; Comprehensive Care; Continuity of Patient Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Características dos enfermeiros.....	24
Figura 2: Ferramenta administrativa 5W2H	26
Figura 3: Processo que envolve o planejamento da alta e a continuidade do cuidado.....	28
Figura 4: Ações do enfermeiro no planejamento da alta e continuidade do cuidado	29
Figura 5: Fluxograma de seleção de estudos. Adaptado do fluxograma PRISMA group 2009	41
Figura 6: Estudo de caso único.....	47
Figura 7: Processo de Pesquisa no Estudo de Caso.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Autores usados na discussão sintetizados por Autor/ Ano; objetivo do estudo; métodos e resultados.....	42
Quadro 2: Caracterização dos Profissionais participantes da pesquisa.....	88
Quadro 3: Caracterização dos Pacientes participantes da pesquisa	92
Quadro 4: Contrarreferência Itens recomendados para o cuidado em domicilio	117
Quadro 5: Quais foram as orientações fornecidas na alta hospitalar?	120
Quadro 6: : Quando chegou em casa, recebeu a visita ou contato telefônico do Enfermeiro do hospital?.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia PICO	39
----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CC – Centro Cirúrgico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CHU – Complexo Hospitalar Universitário

COVID-19 – Coronavírus SARS-CoV-2

DM – Diabetes Mellitus

ECC – Enfermeira de Continuidade do Cuidado

EGA – Escritório de Gestão de Alta

EL - Enfermeira de Ligação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GEPADES - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HU – Hospital Universitário

HU-UFSC - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

LC - Linha de Cuidado

LILACS - .Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NIR – Núcleo Interno de Regulação

POP - Procedimento Operacional Padrão

PEN - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNHOSP - Política Nacional da Atenção Hospitalar

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RI - Revisão Integrativa

SBAR – S –Situação; B – Background; A –Avaliação; R –Recomendações

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SGA - Serviço de Gestão de Alta

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCC I – Unidade Clínica Cirúrgica I

UCC II – Unidade Clínica Cirúrgica II

UCM II – Unidade Clínica Médica II

UCM III – Unidade Clínica Médica III

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

5W2H – Ferramenta administrativa

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	18
2 INTRODUÇÃO.....	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
4.1 Aspectos conceituais da continuidade do cuidado	22
4.2 Gestão do cuidado realizada pelo Enfermeiro com ênfase na continuidade do cuidado	23
4.3 Gerenciamento da alta hospitalar.....	25
4.4 Planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado	28
5 REVISÃO DE LITERATURA	31
5.1 MANUSCRITO 1: A inserção do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta: Revisão de Literatura.....	31
INTRODUÇÃO.....	33
OBJETIVO	35
METODOLOGIA	35
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	41
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
6 METODOLOGIA	48
6.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.2 MANUSCRITO 2: A implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário: análise das ferramentas de gestão.....	60
INTRODUÇÃO.....	61
OBJETIVOS	65
MÉTODO.....	65
RESULTADOS	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES	102
ANEXOS	116

1 APRESENTAÇÃO

A pesquisadora é enfermeira, graduada pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), no primeiro mês de formação profissional iniciou como enfermeira de Pronto Socorro Hospitalar, também participou do processo seletivo para a Residência Multiprofissional em Atenção Básica em Saúde na UNIVALI.

Desejando ser uma profissional qualificada traçou a imagem objetiva de realizar a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, uma vez que, o interesse por essa temática surgiu desde a graduação e durante a trajetória profissional.

Na trajetória profissional trabalhou como gestora na Atenção Primária, Especializada e planejamento, adquirindo experiências e aprendizados significantes enquanto enfermeira.

Contudo, a chama da docência estava viva e ingressou no Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Na graduação, teve a oportunidade de ser bolsista de iniciação científica desde o primeiro período do curso.

As vivências e trocas com a orientadora e professores no mestrado, despertaram ainda mais o interesse na docência. Por ser profissional da saúde em enfermagem, houve o interesse pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

E ao ingressar no PEN, foi inserida na Área de Concentração, Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem e na linha de Pesquisa de Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem e, passando a integrar o Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

A aproximação com a orientadora e a partir do conhecimento do macroprojeto sobre a implementação de um Serviço de Gestão de Altas em um Hospital Universitário no Sul do país, despertando o desejo de contribuir com a pesquisa.

A partir da afinidade com o tema e visando contribuir com o macroprojeto, propondo, no mestrado, desenvolver o projeto intitulado: “O processo de implementação do Escritório de Gestão de Altas no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis”.

2 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica no Brasil tem apresentado uma situação de saúde de tripla carga pela presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das causas externas e das doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde, com predomínio forte de condições crônicas, e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e às agudizações das condições crônicas (MENDES 2008; COSTA et al., 2019).

Segundo Santos et al. (2022), o descompasso entre o aumento de condições crônicas de saúde, processos de trabalho e a gestão, com enfoque nas condições agudas ou crônicas-agudizadas, tem demonstrado a fragmentação da assistência. Para Koerich et al. (2019), ao ritmo do crescimento populacional maior do que o previsto, agregado à piora nas condições crônicas, fica notório que o acesso aos serviços de saúde tem aumentado, significativamente, e que se faz necessário novas estratégias de cuidado em saúde.

Sendo assim, cabe destacar que a gestão da área da saúde é de extrema complexidade e com o passar dos anos tem desafiado cada vez mais os profissionais e gestores, que vem enfrentando adversidades e encontrando dificuldades relacionadas à falta de recursos financeiros, inadequação de serviços e qualidade do cuidado (ZIMMERMANN; BOHOMOL 2022).

A fragmentação e desconexão dos serviços de saúde são adversidades presentes em sistemas de saúde do mundo todo, há necessidade de reorganizar os sistemas de saúde, de forma que seja integrado e com foco no usuário, com base relacionada à transição epidemiológica ocorrida nas últimas décadas no país. Nesse sentido, para o alcance da integralidade é essencial que os sistemas de saúde se organizem para superar a hierarquização (BOUSQUAT et al., 2017; PEITER et al., 2021).

Contudo vale salientar que para atender a demanda das condições crônicas, os cuidados devem ser coordenados ao longo do percurso assistencial em uma lógica de rede e o olhar da equipe multiprofissional voltado para o cuidado, desde a entrada no sistema até os cuidados ao longo da vida, com foco nas ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (COSTA et al., 2019).

A implementação de um Serviço de Gestão de Altas (SGA) no contexto hospitalar têm como objetivos, estabelecer canal de ligação formal entre o hospital e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente aos pacientes com necessidade de cuidados continuados; atuar na resolutividade assistencial após a alta hospitalar; prevenir agudização de condições crônicas;

fortalecer a integralidade do cuidado e a racionalização dos recursos públicos (BERNARDINO et al., 2021).

Cabe ressaltar que, na Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP), em 2013, foi instituído o conceito de alta responsável:

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, é importante a atuação de uma equipe multiprofissional com habilidades e competências para realizarem, no contexto hospitalar, a continuidade do cuidado nos demais pontos e serviços da RAS. Entretanto, alguns desafios ainda precisam ser superados com a implementação do Serviço de Gestão de Alta e a continuidade do cuidado, entre eles, o número crescente de hospitalizações de usuários que apresentam condições crônicas; a institucionalização do plano de alta com envolvimento da equipe multiprofissional; expansão desse serviço para os pacientes ambulatoriais; articulação com outros programas e serviços municipais e estaduais e o atendimento multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia e terapias complementares, entre outros) (BERNARDINO et al., 2021).

Vale salientar que, o enfermeiro é o profissional mais preparado para coordenar a alta hospitalar e a continuidade do cuidado na rede assistencial (GHENO; WEIS 2021). A atuação do enfermeiro no planejamento da alta e nas orientações para o gerenciamento do cuidado podem reduzir as readmissões e elevados custos em saúde.

No Complexo Hospitalar de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) foi implementado o Serviço de Gestão de Altas, em que o enfermeiro é responsável pela gestão da alta hospitalar e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município e região metropolitana de Curitiba (BERNARDINO et al., 2022a).

As evidências científicas tem apontado que a implementação de um Serviço de Gestão de Altas contribui para a realização do planejamento da alta pela equipe multiprofissional, o acompanhamento do paciente e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (BAHR et al., 2020; COSTA et al., 2020a).

Sendo assim, elencamos como pergunta desta pesquisa: Como ocorreu o processo de implementação de um Serviço de Gestão de Altas no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis?

3 OBJETIVOS

O objetivo geral diz respeito aos objetivos da dissertação e os específicos, no formato de manuscrito um e dois.

3.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever a inserção do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH.
- ✓ Analisar as ferramentas de gestão utilizadas no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos subcapítulos a seguir, será apresentada a fundamentação teórica deste estudo.

4.1 Aspectos conceituais da continuidade do cuidado

O conceito de continuidade do cuidado (CC), para alguns autores, se refere a uma continuidade assistencial entre os níveis de atenção, entre o hospital e o domicílio e, para outros, a concepção ampliada sobre o cuidado, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (DAVID et al., 2020). A continuidade do cuidado é fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e se relaciona à melhora da satisfação dos pacientes, redução dos custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis, contudo continuidade é muito amplo agregando-se aos fatos e percepções de equipes e pacientes em determinados contextos (RIBAS et al., 2018; COSTA et al., 2020a).

Segundo PEITER et al. (2021), a CC pode ser definida pela maneira como o usuário vivencia e interpreta a integração dos serviços de saúde, a conexão e coordenação entre eles e, a manutenção da atenção recebida ao longo do tempo no serviço de saúde de referência. Os cuidados quando coordenados e integrados podem contribuir para a qualificação da assistência, diminuindo as duplicidades de ações e sobrecarga financeira do sistema de saúde e, a promoção da integralidade e equidade do cuidado ao paciente.

Para BAHN et al. (2018), a continuidade do cuidado pode ser compreendida a partir de três dimensões. A primeira, diz respeito à continuidade do cuidado relacional, definida a partir da relação estabelecida entre os profissionais e o paciente ao longo da sua trajetória terapêutica. A segunda, a continuidade informacional, se relaciona com os mecanismos de informação e comunicação para que os diferentes profissionais que assistem os pacientes tenham acesso ao seu histórico de saúde, atribuindo coerência entre os cuidados passados aos presentes e futuros, e a terceira, a continuidade gerencial, que se refere à disponibilidade de ações e serviços de saúde, a fim de que o acesso seja realizado conforme a necessidade do paciente.

A CC pode contribuir para a melhora do quadro clínico do paciente após a alta hospitalar e, por ser uma atividade complexa, deve assegurar a quem é atendido. É importante analisar o estado de saúde e a preservação das condições clínicas durante todo o trajeto do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, para que seja efetiva a continuidade do cuidado (GOULARTE et al., 2021).

Na década de 1970, a CC e a coordenação do cuidado, já eram realizadas pelo

enfermeiro na atenção primária. Contudo, mas recentemente, houve novamente interesse por esta temática, devido a necessidade de discutir sobre a transição do paciente hospitalizado para o domicílio e de planejar a alta hospitalar (BAHR *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020b).

Conforme destaca Bernardino *et al.* (2022a), a CC diz respeito à qualidade do cuidado ao longo do tempo, representada por duas perspectivas: do paciente e sua família, e do profissional. A definição exemplificada de CC é idealizada na experiência do paciente/família em uma relação de cuidado contínuo com o profissional de saúde de referência e a entrega de um serviço integrado que compartilha as informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Sendo assim, a CC pode ser definida pela maneira como o usuário vivencia e interpreta a integração dos serviços de saúde, bem como, o vínculo e a manutenção da atenção recebida ao longo do tempo no serviço de saúde de referência. Nesse sentido, a relação entre paciente, família e equipe de saúde vem ao encontro da viabilização de cuidados ordenados e integrados e pode contribuir para a qualificação da assistência, diminuição de redundâncias das ações de saúde e sobrecarga financeira do sistema de saúde, além da importância atribuída a essa temática para a promoção da integralidade do cuidado (PEITER *et al.*, 2021).

4.2 Gestão do cuidado realizada pelo Enfermeiro com ênfase na continuidade do cuidado

O papel do enfermeiro na gestão do cuidado requer, deste profissional, muita responsabilidade e conhecimento sobre planejamento, organização de processos, comunicação com os setores, acompanhamento e manutenção da vida do paciente. Além de mediar os conflitos entre as equipes e a comunicação efetiva das partes (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Os enfermeiros detêm um conjunto de competências de diferentes dimensões, que proporcionam o cuidado centrado na pessoa, e podem assegurar a continuidade do cuidado aos pacientes na alta hospitalar (Aued *et al.*, 2021). As características principais destes enfermeiros são, experiência clínica; boa comunicação; capacidade de trabalhar em equipe; liderança e estratégias de negociação (BROCA *et al.*, 2012). A sensibilidade e comunicação dos enfermeiros pode ir além do quadro clínico dos pacientes, emergindo um olhar ampliado de cuidados, observando o contexto de vida do indivíduo, atentando-se as condições de fragilidades, apoios familiares, espiritualidade, vínculos e escolhas durante o processo de cuidado. Apresentamos abaixo, na **Figura 1** as características dos enfermeiros na gestão do cuidado para alta hospitalar.

Figura 1: Características dos enfermeiros na gestão do cuidado para alta hospitalar:



Fonte: Autoria própria, 2023.

Segundo Costa et al. (2019), esses enfermeiros, na Espanha, são denominados de Enfermeiros Hospitalares de Enlace (EHC) e trabalham em conjunto com as equipes multidisciplinares. A continuidade do cuidado é de sua responsabilidade, realizam a comunicação da alta pelo sistema informatizado para o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ferracioli et al. (2020), destaca que em decorrência das mudanças técnico - científicas e o aumento das exigências dos usuários, as instituições e serviços de saúde se deparam com a necessidade de desenvolver estratégias que ajudem na sobrevivência organizacional. Para tanto, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que ocupam por vezes o papel de líderes de equipe, devem seguir padrões de qualidade, com o desenvolvimento de competências gerenciais, visto que o mercado de trabalho exige profissionais polivalentes e com habilidades

sociais.

Ressalta-se que, nos serviços de saúde o enfermeiro tem papel fundamental na gestão do cuidado, visto que, esse profissional necessita de conhecimentos, habilidades e atitudes para desempenhar as suas funções gerenciais com eficácia tanto no contexto hospitalar, quanto domiciliar, exercendo o compromisso em relação às orientações adequadas para alta hospitalar e a continuidade dos cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS) (FERRACIOLI et al., 2020).

A finalidade do trabalho do enfermeiro é reduzir os fatores de riscos, prevenir doenças e promover a saúde, independentemente dos cenários de saúde. A prática clínica do enfermeiro é soberana e possibilita ampliar e fortalecer a continuidade da assistência ao paciente em todo os ciclos de vida (FERREIRA et al., 2018; COSTA et al., 2020b).

Conforme Bernardino et al. (2022b), o enfermeiro é tido como um educador, seja no ambiente hospitalar, ou na atenção primária a saúde e tem potencial para se tornar apoio social à medida que promove cuidado integral e resolutivo ao paciente.

Na gestão do cuidado, é necessário que os enfermeiros sejam preparados para utilizar ferramentas administrativas que estimulem e valorizem a interação e participação da equipe. O objetivo é alcançar o resultado desejado, utilizando instrumentos que qualificam a assistência aos pacientes (FERRACIOLI et al., 2020). Contudo no âmbito hospitalar, é necessário que os enfermeiros e equipes multiprofissionais utilizem ferramentas administrativas e gerenciais que estimulam e valorizam a interação e a participação da equipe no processo de tomada de decisões e integrando-os como responsáveis pela gestão dos cuidados no gerenciamento da alta.

4.3 Gerenciamento da alta hospitalar

Para Bernardino et al. (2022b), as transições entre os serviços de saúde podem ser um período de vulnerabilidade para usuários com múltiplas comorbidades. Nesse sentido, práticas que tenham a intenção de aperfeiçoar o gerenciamento da alta hospitalar podem alicerçar a continuidade da assistência ao paciente e evidenciam um olhar atento para a transição do cuidado.

Para o gerenciamento e organização do processo de trabalho, Fogliano e Draganov, (2022) reforçam que a busca pela melhoria da qualidade e a segurança do paciente, ainda é um desafio para os gestores e profissionais da enfermagem. O processo de comunicação retrata a qualidade e a habilidade das equipes de profissionais, são pontos fortes do processo de trabalho. Porém, a avaliação desse processo ainda é crítica e torna-se fundamental identificar a melhor intervenção no intuito de oferecer resultados favoráveis que objetivem a segurança do paciente.

A necessidade de otimizar a utilização dos leitos hospitalares ocorre em decorrência de sua escassez para atender as demandas de saúde e, assim sendo, se faz necessário implementar estratégias para melhorar o desempenho dos serviços hospitalares, sendo o indicador taxa de ocupação de leitos indicado para mensurar a eficiência e a produtividade em hospitais, sobretudo os públicos (FEIJÓ *et al.*, 2022).

A regulação da assistencial no plano da alta hospitalar é de suma importância, sendo norteada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, por meio de controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Neste contexto, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde (MS) do Brasil publicou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, e a criação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) (BRASIL, 2013).

O NIR diz respeito a uma instância de coordenação institucional, que possui a finalidade de gerir os leitos de forma centralizada, além de servir de interface entre as Unidades de Saúde e as Centrais de Regulação do acesso à assistência à saúde, integradas e pactuada, com intuito de otimizar o tempo de permanência dos pacientes na instituição, contribuindo para alta segura, geralmente os serviços de gestão de alta estão vinculados a URA/NIR (FEIJÓ *et al.*, 2022).

Segundo Damasceno *et al.* (2020), o gerenciamento da alta e os índices de internações hospitalares no sistema público de saúde geram elevados custos, estando presente entre pessoas com 60 anos ou mais. Esses dados ainda são mais visíveis quando se discute internações por condições sensíveis na APS, onde os pacientes que necessitam de cuidados complexos, na alta hospitalar e de continuidade do cuidado.

O plano terapêutico deve ser centrado e impulsionado pelas necessidades do paciente. Desse modo, a continuidade do cuidado ocorre quando a comunicação e a coordenação do cuidado fornecem uma estrutura organizadora para que a transição do cuidado na alta hospitalar seja segura e efetiva (BARH, 2018; COSTA *et al.*, 2020 b).

Para realizar o gerenciamento da alta hospitalar, sugere-se que o enfermeiro tenha conhecimento de ferramentas administrativas. Sua aplicação tem como objetivo auxiliar na elaboração de planos de ação, como um checklist. As ferramentas levam a manutenção ou melhorias nas instituições, são capazes de mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos e ajudam a coletar informações para as argumentações necessárias (LIMA *et al.*, 2019; ZIMMERMANN; BOHOMOL 2022).

Neste estudo, sugere-se a ferramenta 5W2U, que surgiu no Japão e foi criada por profissionais da indústria automobilística durante os estudos sobre a qualidade total, e atua como um mapa de atividades, estabelecendo o que será feito, quem o fará, enquanto tempo será realizado, qual área e quais motivos para determinada atividade ser realizada. Sua metodologia tem origens nos termos What (o quê); Who (quem); Why (por quê); Where (Onde); When (quando), How (como) e How Much (quanto) da língua inglesa, que consistem em simples perguntas que servem de apoio ao planejamento das atividades, conforme Figura 2. O passo a passo sugerido para a implantação consiste em:

- ✓ Definir um objetivo a ser alcançado;
- ✓ Reunir a equipe envolvida;
- ✓ Discutir e preencher os campos do 5W2H para o alcance da melhoria do processo.

A seguir, será apresentada na Figura 2, a Ferramenta 5W2H:

Figura 2: Ferramenta administrativa 5W2H:

Plano de Ação							
Oportunidade de melhoria:	Alta taxa de permanência hospitalar						
Objetivo:	Reduzir a taxa de permanência hospitalar à meta de 4 dias.						
Responsável:	Adm. Sophia Parisi						
O quê?	Por quê?	Como?	Onde?	Quem?	Quando?	Quanto?	STATUS

Fonte: RODRIGUES, 2020.

A ferramenta 5W2H potencializa as condições favoráveis à execução das atividades, como também fornece um ambiente propício para o sucesso desejado, contribuiu para a diminuição de readmissões hospitalares e a efetividade da referência e contrarreferência (NEVES, 2019; FOGLIANO; DRAGANOV 2022).

Para a implementação dessa ferramenta, sugere-se realizar as seguintes etapas: avaliação, planejamento, execução das ações e os encaminhamentos necessários. Para a avaliação, identificam-se os fatores de redução de eventos indesejados; satisfação do paciente e familiares e, assistência prestada ao paciente. Com esta avaliação são gerados indicadores de qualidade do cuidado para a melhoria das ações e efetividade do trabalho prestado visando uma assistência integral e humanizada (BÁO et al., 2019).

Ressalta-se a importância do enfermeiro realizar o monitoramento dos indicadores: número de altas gerenciadas, total de altas por unidade, altas gerenciadas por unidade; altas

gerenciadas por distrito sanitário; média de dias de internação; média de dias entre o início do processo e a alta gerenciada; reinternações de pacientes com alta gerenciada; meio de captação dos pacientes e unidades de saúde vinculadas aos pacientes, com o objetivo de avançar nas estratégias e a organização do processo de trabalho (PETERLINI; ZAGONEL, 2006; COSTA et al, 2020b).

Ainda da mesma forma, analisar o relatório de indicadores de processo e produção que são compartilhados entre equipe do Escritório de Gestão de Altas e a gestão de saúde do município. No relatório são incluídas informações sobre a distribuição de pacientes por região, perfil dos pacientes encaminhados, os serviços externos da comunidade que foram acionados e utilizados dentro do período (COSTA, et al., 2020b).

É fundamental que o profissional envolvido com a ferramenta 5W2H tenha o conhecimento de todos os setores hospitalares, materiais, equipamentos, redes de apoio a serem acionadas e uma boa comunicação com os usuários, familiares e cuidadores.

4.4 Planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado

Segundo Lopes et al. (2020), o planejamento da alta hospitalar consiste em criar um plano personalizado para cada paciente que está deixando o hospital com o objetivo melhorar os resultados em relação a sua recuperação e conter custos. Até o presente momento sendo um dos maiores desafios, recomenda-se que, o planejamento da alta, seja realizado desde a admissão do paciente, para garantir a continuidade do tratamento e a alta hospitalar no momento oportuno e seguro.

Figura 3: Processo que envolve o planejamento da alta e a continuidade do cuidado.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Vale salientar que, o planejamento de alta é considerado o recurso mais importante para a transição do cuidado de forma segura, e inclui informações abrangentes sobre a doença e os cuidados dos quais os pacientes necessitam; educação do paciente/família/cuidadores, e a promoção da autonomia (VALENTE et al., 2022).

No plano da alta, realizado pela equipe multiprofissional, os pacientes, familiares ou cuidadores domiciliares são orientados para a promoção do autocuidado. Entretanto, os enfermeiros brasileiros relatam dificuldades para realizar a CC devido ao desconhecimento da RAS, à ausência de protocolos clínicos, bem como à inexistência de contrarreferência (OLIVEIRA et al., 2021).

Portanto, a transição de pacientes com situações complexas do hospital para serviços de cuidados primários depende de uma comunicação eficaz e exige um maior cuidado com todo o contexto envolvido na assistência e alta de cada indivíduo (BERNARDINO et al., 2022a).

Para Valente et al. (2022), o planejamento de alta é definido como o intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. O planejamento inclui arranjos logísticos, comunicação entre profissionais,

educação em saúde e coordenação do cuidado, compreendendo atividades relacionadas com a preparação de alta, o acompanhamento dos medicamentos, articulação da rede social e comunitária, o gerenciamento dos sintomas pós-alta, bem como o acompanhamento nos serviços ambulatoriais quando necessário.

As ações que sustentam a realização do planejamento de alta no âmbito hospitalar se constituem no percurso do paciente em toda a malha assistencial dos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BERNARDINO et al., 2022a). Portanto, o manejo de pacientes envolve algumas fases como, o planejamento e a decisão do cuidado de enfermagem, que poderão ser observadas na Figura 4, abaixo:

Figura 4: Ações do enfermeiro no planejamento da alta e continuidade do cuidado:



Fonte: Autoria própria, 2023.

No Canadá, Portugal e Espanha, o enfermeiro dos serviços de saúde realiza a contrarreferência e se responsabiliza pela continuidade do cuidado na APS (BERNARDINO et al., 2010; RIBAS et al., 2018; PORTUGAL; 2011; COSTA et al; 2020b). A exemplo de Barcelona (Espanha) que foi desenvolvido o Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA), com o objetivo de estabelecer a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, comprovando a efetivação das redes de saúde.

Este programa visa melhorar a qualidade da assistência; aperfeiçoar e racionalizar o uso de recursos e serviços; melhorar os resultados de saúde e qualidade de vida, e a satisfação dos pacientes e seus familiares. Tem se configurado como um instrumento para melhorar a coordenação entre a atenção primária, especializada, como espaço de consenso, cooperação e gestão territorial (GIRBAU; BLANCH, 2011; COSTA et al., 2020b).

Nesse contexto e, na experiência brasileira, podemos citar o Complexo Hospitalar de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), em Curitiba, onde foi implementada a Enfermeira de Ligação (EL) que desenvolve papel muito semelhante à enfermeira, na Espanha. Destaca-se que essa estratégia pode ser positiva para os pacientes que necessitam de continuidade dos cuidados após a alta hospitalar (RIBAS et al., 2018).

Neste sentido, a CC ocorre no planejamento da alta hospitalar e na contrarreferência para a Atenção Primária à saúde (APS). Tal fato permite o fortalecimento da comunicação entre os diferentes pontos de atenção, além de facilitar e agilizar a aquisição de insumos para a continuidade na atenção primária, prevenindo, inclusive, reinternações evitáveis e consequentemente reduzindo custos para o sistema de saúde (RIBAS et al., 2018; COSTA et al., 2020b).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo contém o primeiro manuscrito, para o embasamento do tema deste estudo, compreender a importância da inserção do Enfermeiro na gestão da alta dos pacientes em ambiente hospitalar. A revisão da literatura para discussão acerca do tema, foi a integrativa (RI), para tal, utilizou-se as diretrizes do método (PRISMA) e estratégia PICO.

5.1 MANUSCRITO 1: A inserção do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta: Revisão de Literatura

RESUMO

Introdução: A identificação dos pacientes que necessitam de continuidade do cuidado após a alta hospitalar, inicia na internação e é neste momento que o enfermeiro realiza o planejamento da alta. A ausência de um coordenador do planejamento da alta pode contribuir para dispersar informações e impossibilitar o planejamento da alta em tempo oportuno. A comunicação da equipe com o enfermeiro é fundamental para a continuidade do cuidado. Além disso, os enfermeiros são reconhecidos pela capacidade de compreender a pessoa como um todo; promover a integralidade da assistência à saúde; acolhedor; capacidade de otimizar as

intervenções de cuidado em saúde de forma que integre e abarque os saberes profissionais, dos usuários e da comunidade. **Objetivo:** Identificar na literatura nacional e internacional a inserção do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar e continuidade de cuidado. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que seguiu as diretrizes do método Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses (PRISMA), realizada entre os meses agosto e novembro, de 2023. Foram escolhidas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de elegibilidade para seleção os foram: artigos nacionais e internacionais, com textos completos em português, inglês ou espanhol. **Resultados:** Após a leitura dos artigos, foram selecionados 15 para compor a discussão. Com isso, identificou-se que a gestão da alta hospitalar é realizada pelo enfermeiro e que este profissional busca articular a contrarreferência na Rede de Atenção a Saúde. Os enfermeiros detêm um conjunto de competências que proporcionam o cuidado centrado na pessoa e podem contribuir na continuidade do cuidado na alta hospitalar. Algumas características são essenciais como, experiência clínica; boa comunicação; desenvolvimento de indicadores; capacidade para trabalhar em equipe; liderança e estratégias de negociação. **Conclusão:** O enfermeiro compreende a gestão do cuidado, a partir do hospital, envolvendo a organização do atendimento, necessidade de continuidade do cuidado após a alta e orientações para o autocuidado. A construção da transição do cuidado pelo enfermeiro inicia no envolvimento da família com a equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta do paciente.

Descritores: Gestão em Saúde; Alta Hospitalar; Continuidade de Assistência ao Paciente, Enfermeiro.

ABSTRACT

Introduction: The identification of patients who need continuity of care after hospital discharge begins at hospitalization and it is at this moment that the nurse plans the discharge. The absence of a discharge planning coordinator can contribute to the dispersion of information and make it impossible to plan discharge in a timely manner. The team's communication with the nurse is essential for continuity of care. In addition, nurses are recognized for their ability to understand the whole person; promote comprehensive health care; cosy; ability to optimize health care interventions in a way that integrates and encompasses the knowledge of professionals, users and the community. **Objective:** To identify in the national and international literature the insertion of nurses in the planning of hospital discharge and continuity of care. **Methods:** This is an integrative literature review that followed the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses (PRISMA) method, carried out between August and November 2023. The following databases were chosen: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). The eligibility criteria for selection were: national and international articles, with full texts in Portuguese, English or Spanish. **Results:** After reading the articles, 15 were selected to compose the discussion. Thus, it was identified that the management of hospital discharge is performed by the nurse and that this professional seeks to articulate the counter-referral in the Health Care Network. Nurses have a set of competencies that provide person-centered care and can contribute to the continuity of care at hospital discharge. Some characteristics are essential, such as clinical experience; good communication; development of indicators; ability to work in a team; leadership and negotiation strategies. **Conclusion:** Nurses understand the management of care, starting from the hospital, involving the organization of care, the need for continuity of care after discharge, and guidance for self-care. The construction of the transition of care by the

nurse begins with the involvement of the family with the multidisciplinary team for the elaboration of the patient's discharge plan.

Keywords: Health Management; Discharged; Continuity of Patient Care, Nurse.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem destaque no território brasileiro com as redes de atenção à saúde (RAS), organizado desde 2010 em arranjos organizativos compostos de serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que têm como objetivo estruturar os fluxos de atendimento e garantir a integralidade do cuidado (PEITER *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva com a institucionalização do SUS, houve a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de fortalecer a APS no âmbito das RAS (SANTOS *et al.*, 2022). Sabendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o SUS, e que vem atendendo cerca de 60% da população brasileira, com a realização e organização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (SARTI *et al.*, 2020), foram criadas as Linhas de Cuidado (LC) para que os profissionais de saúde possam acompanhar os usuários, prestar a continuidade da assistência ou a continuidade do cuidado em qualquer ponto da RAS (AUED *et al.*, 2019; RIBAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Ao passo que essa organização em redes, até o presente encontra-se com dificuldades em diversos aspectos relacionados com a operacionalização, (des)articulação dos pontos da rede e adoção de um modelo de atenção que vise à integralidade do cuidado. Desta maneira surge a Política Nacional de Atenção Básica trazendo a continuidade e a coordenação do cuidado entre os princípios e diretrizes para essa operacionalização em redes (SANTOS, *et al.*, 2022).

Da mesma forma que na atenção especializada, terciária e quaternária, cada vez mais é exigido a aquisições de novas tecnologias, o incremento dos gastos com insumos, a manutenção de equipamentos, a prestação do cuidado, visando a segurança do paciente. A gestão da qualidade em saúde é uma estratégia utilizada nas organizações para otimizar a produção e diminuir os custos, nos serviços de saúde. A qualidade demonstra ser um processo dinâmico, ininterrupto e de atividade permanente, onde podemos observar falhas nas rotinas e procedimentos. Todavia devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, envolvendo a alta direção e estimulando a participação de todos os colaboradores envolvidos nos processos de trabalho (ZIMMERMANN; BOHOMOL 2022).

Com o intuito de organizar, planejar, avaliar, direcionar e equilibrar a gestão de riscos

e desenvolver bons indicadores podemos mencionar a importância de seguir um padrão de qualidade, definindo os parâmetros exigidos e as metas que devem ser alcançadas para o serviço conforme critérios estabelecidos pela instituição. Nesse contexto, a gestão em saúde necessita de um planejamento capaz de influenciar os profissionais na busca e compartilhamento de saberes com toda a equipe de saúde. Da mesma forma que precisa evoluir por meio da educação, da pesquisa e da prática clínica (BOHOMOL, 2022; KOERICH *et al.*, 2019).

Para Koerich *et al.* (2019) a gestão no cuidado em saúde precisa tomar em consideração, a elaboração de políticas públicas de saúde, educação, seguridade social e trabalho, citando como exemplo, ações que promovam melhoria nessas áreas. Cabe destacar que as inovações tecnológicas vêm ocupando espaços em vários setores da sociedade, inclusive no setor saúde, visto que podem ser capazes de contribuir para prática profissional e garantir a segurança dos usuários por meio da potencialização de competências dos profissionais de saúde.

Na década de 1970, nos países europeus, a Continuidade do Cuidado (CC) era operacionalizada na atenção primária e o enfermeiro era quem cuidava do paciente ao longo da internação. O enfermeiro conhecia as necessidades do paciente e garantia a comunicação e a coordenação do cuidado (COSTA *et al.*, 2020) e o gerenciamento da alta hospitalar constituiu-se em uma ferramenta administrativa, direcionada à promoção de intervenções mais efetivas e planejadas, em uma perspectiva de integração com outros pontos da rede formando as conexões concretas (BERNARDINO *et al.*, 2022). O enfermeiro mostra-se desde o início da operacionalidade da CC como importante conexão no planejamento da alta hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional, favorecendo a resolutividade da alta do paciente.

O planejamento de alta é considerado uma importante ferramenta para a transição do cuidado e é definido como o intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço (Valente *et al.*, 2022). Constituída por um plano de cuidados que inclui arranjos logísticos, comunicação entre profissionais, educação em saúde e coordenação do cuidado, compreendendo atividades relacionadas com a preparação de alta, o acompanhamento dos medicamentos, articulação da rede social e comunitária, o gerenciamento dos sintomas pós-alta, bem como o acompanhamento nos serviços ambulatoriais quando necessário.

Dessa maneira, considera-se que o profissional enfermeiro demonstra habilidades cruciais para a continuidade do cuidado, destacando-se como elo entre pacientes, gestão hospitalar e equipes multiprofissionais durante o planejamento da alta hospitalar. Tendo em vista que, nos últimos anos com o aumento das doenças crônicas e as condições de saúde fragilizadas, resurge a busca na discussão pela temática da continuidade do cuidado,

demonstrando que a figura do profissional enfermeiro torna-se essencial no desempenho das funções relacionadas a continuidade do cuidado.

Sendo assim, elencamos como pergunta norteadora: Quais são as evidências científicas encontradas na literatura nacional e internacional sobre a inserção do enfermeiro no planejamento da alta e continuidade do cuidado?

OBJETIVO

Identificar na literatura nacional e internacional a inserção do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar e continuidade de cuidado.

METODOLOGIA

Para o embasamento do tema deste estudo, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, com base em publicações nacionais e internacionais acerca dos assuntos que envolvem gestão de alta e inserção do enfermeiro na transição de continuidade de cuidados. Dentro desse contexto, surge a necessidade de se compilar dentre as diferentes informações disponibilizadas a partir de pesquisas científicas, àquelas que de fato possuam relevância e sejam validadas do ponto de vista da ciência. É exatamente deste ponto que surgem os trabalhos de revisão, os quais trata-se de pesquisas que se utilizam de fontes de informações já produzidas para alcançar um determinado objetivo e responder a uma questão-problema.

Deste modo, optou-se por realizar uma revisão seguindo as diretrizes do método (PRISMA) *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses*. A revisão foi desenvolvida nas seguintes etapas: planejamento, execução e escrita. Na etapa de planejamento, foi realizado todo o aprofundamento teórico necessário para iniciar a revisão, também foi feito a pesquisa preliminar nas bases de dados para verificar se há estudos compatíveis com o objeto da pesquisa e, na sequência a montagem do projeto, assim como, definição dos critérios de inclusão e exclusão e posterior análise e descrição dos dados.

Na etapa de execução que sua formulação parte do acrônimo (PICOS) (tabela 1), que direcionou a revisão sistemática: P (população): População/enfermeiro inserido nas linhas de cuidado da alta hospitalar; I (intervenção): Planejamento da alta; C (comparação): Controle ou nenhuma intervenção; O (desfecho): Resultados obtidos com a Continuidade do Cuidado.

Tabela 1 – Estratégia PICO

<i>ACRÔNIMO</i>	<i>DEFINIÇÃO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>
<i>P</i>	População/Enfermeira	Enfermeiro inserido nas linhas de cuidado da alta hospitalar
<i>I</i>	Intervenção	Planejamento da alta
<i>C</i>	Comparação/controle	Controle ou nenhuma intervenção
<i>O</i>	Desfecho/ <i>outcome</i>	Resultados obtidos com a Continuidade do Cuidado

Foram escolhidas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), assim como artigos citados como referência dos artigos inicialmente selecionados e livros para ampliar a cobertura do tema, mediante o cruzamento dos seguintes descritores: “gestão; alta hospitalar; Continuidade do Cuidado”, combinados através do operador booleano AND.

Os critérios de elegibilidade para seleção dos artigos foram: nacionais e internacionais, com textos completos em português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão foram aplicados: trabalhos que não contemplavam o tema proposto ou que não tivessem aderência com a área de estudo, assim, não teriam relevância para esse trabalho.

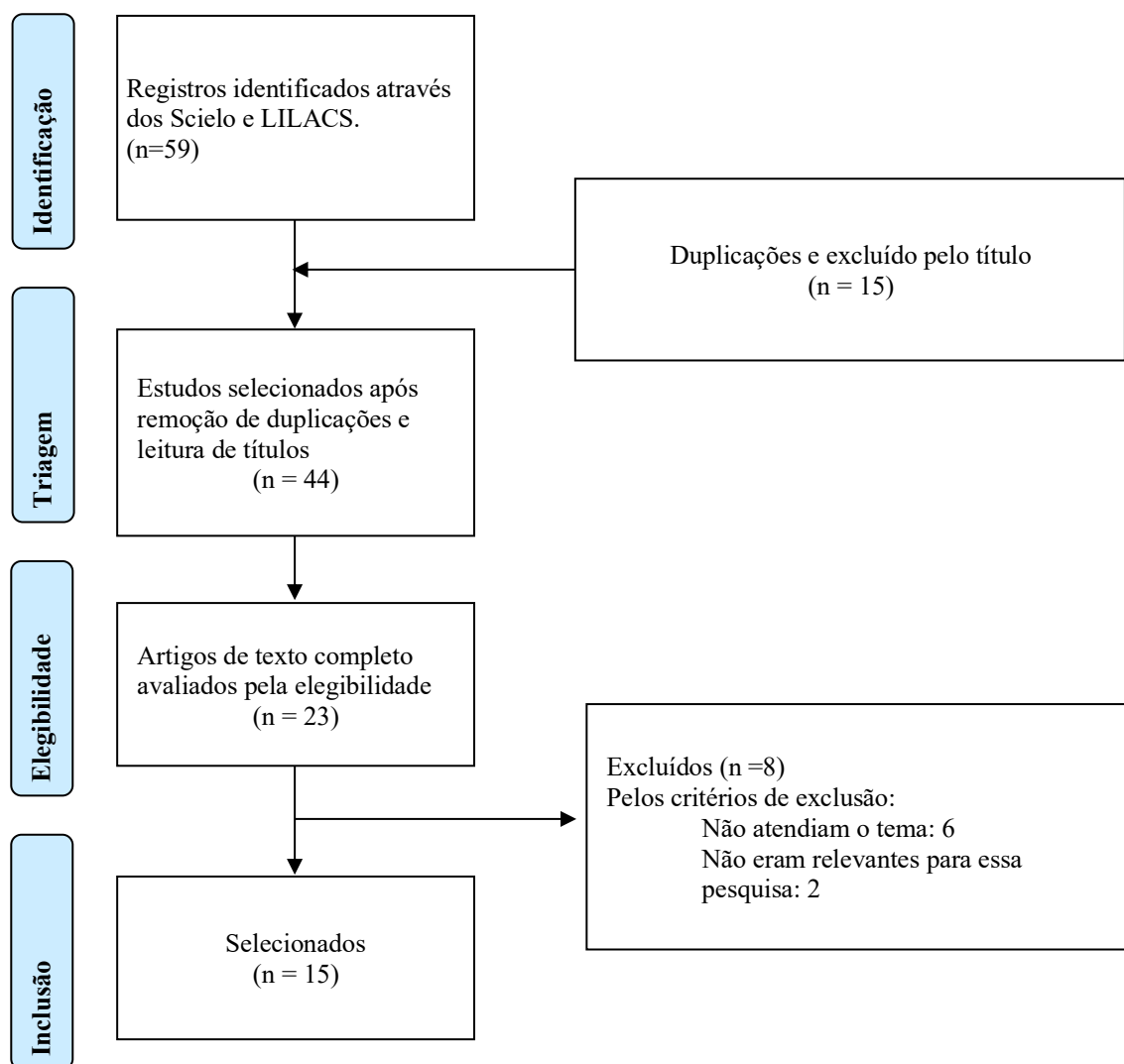
RESULTADOS

Com isso, foram encontrados 6 artigos no Scielo e 53 no Lilacs, totalizando 59 artigos. Após remoção das duplicatas (n=3), restaram 56 trabalhos, dos quais, após a análise de título foram excluídos 12 artigos. Sendo assim, foi feita a leitura de 44 resumos, dos quais foram selecionados 23 para leitura na íntegra, conforme aponta o fluxograma da Figura 5.

A partir da leitura dos textos completos, 15 artigos foram incluídos para a elaboração dos resultados e discussão e oito foram excluídos por não contemplarem os critérios de elegibilidade. Foram coletados de cada estudo individual os seguintes dados: Autor/ Ano; objetivo do estudo; métodos e resultados. Para a extração de dados foi utilizada uma planilha do Microsoft® Excel® LTSC MSO (16.0.14326.20164) 64 bits. No Quadro 1 foram

apresentadas as informações encontradas nos artigos que compuseram as referências deste trabalho.

Fig. 5 Fluxograma de seleção de estudos. Adaptado do fluxograma PRISMA group 2009.



Fonte: Autoria própria, 2024.

Quadro 1 – Autores usados na discussão sintetizados por Autor/ Ano; objetivo do estudo; métodos e resultados.

Autor (ano)	Objetivo	Métodos	Principais resultados
Bernardino et al. (2022)	Analisar o conceito Cuidados de Transição no contexto da gestão da alta hospitalar	Reflexão analítica utilizando-se a análise conceitual de Walker e Avant	Os Cuidados de Transição referem-se a práticas coordenadas e eficazes para garantir a Continuidade dos Cuidados durante a transferência do paciente após a alta hospitalar. Nesse cenário, as Enfermeiras de Ligação têm o potencial de desempenhar um papel crucial na liderança do processo de Integração.
Aued (2017)	descrever as práticas das enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado ao paciente.	Pesquisa qualitativa, descritiva realizada no Centro Hospitalar Universitário de Montréal e de Québec, com 23 enfermeiras de ligação e dois chefes das enfermeiras de ligação.	As enfermeiras de ligação centram suas práticas nas necessidades e potencialidades de cada paciente, assumem o papel de advogadas dos pacientes e planejam a alta hospitalar com vistas à continuidade do cuidado e a segurança dos pacientes.
Aued et al. (2019)	Descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.	Estudo descritivo, qualitativo; A amostra compreendeu 23 enfermeiras de ligação.	As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação centram-se nas necessidades do paciente e na articulação com os serviços extra-hospitalares e podem ser adaptadas ao contexto brasileiro como uma estratégia para minimizar a descontinuidade do cuidado por ocasião da alta hospitalar.
Aued et al. (2021)	Identificar as competências do enfermeiro de ligação na alta hospitalar à luz do referencial teórico do Cuidado de Enfermagem Baseado em Forças.	Estudo descritivo e qualitativo, desenvolvido na província de Québec-Canadá, com 23 enfermeiros de ligação.	Os enfermeiros de ligação detêm um conjunto de competências de diferentes dimensões, que proporcionam o cuidado centrado na pessoa, nas suas potencialidades, e asseguram a continuidade dos cuidados ao doente com alta hospitalar.
Bernadino et al. (2010)	Identificar a demanda e as possibilidades de atuação da enfermeira de ligação no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Pesquisa descritiva na modalidade estudo de caso	Os resultados apontaram que a implantação da função enfermeira de ligação é um passo para viabilizar a integração do HC/UFPR à rede e colaborar para a integralidade da atenção.
Bernadino et al. (2021)	Apresentar o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras de ligação no Serviço de Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.	Estudo descritivo do tipo relato de experiência	Destacou-se o papel da enfermeira de ligação como coordenadora do planejamento da alta hospitalar.

Costa et al. (2019)	Conhecer o perfil e as atividades desenvolvidas pela Enfermeira de Ligação Hospitalar para a continuidade dos cuidados nos Cuidados de Saúde Primários em Espanha.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido em cinco Hospitais Universitários de Madrid e três de Barcelona, com 19 Enfermeiras de Ligação Hospitalares	Os enfermeiros na Espanha realizam continuidade de cuidados para a Atenção Primária à Saúde, em que suas atividades englobam a disponibilidade de recursos e experiência no gerenciamento do cuidado de pacientes complexos e seus familiares.
Costa et al. (2020)	Analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde	estudo qualitativo, realizado em hospital universitário na região sul do país. Aplicado questionário online com os enfermeiros e entrevista com a Diretora de Enfermagem	O uso de protocolos na alta hospitalar possibilita ao enfermeiro acompanhar o cuidado planejado e promover a continuidade do cuidado para a Atenção Primária.
Girbau e Blanch (2011)	Descrever o protocolo de ação ENLACE-PREALT	Estudo quantitativo e exploratório. 202 pessoas que avaliaram o projeto	A avaliação e acompanhamento holístico realizado pelo enfermeiro de ligação aos CP com uma perspectiva primária sobre o doente internado no hospital proporciona uma mais-valia tanto para a equipa de Cuidados Básicos como para o doente e promove a sua autonomia.
Oliveira et al. (2021)	Compreender as práticas dos enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária	estudo exploratório, descritivo e qualitativo com 21 enfermeiros e a diretora de Enfermagem	Os enfermeiros compreendem a importância da continuidade do cuidado, entretanto, algumas fragilidades encontradas na instituição dificultam a realização dessas práticas. A continuidade do cuidado requer, dos enfermeiros, experiência profissional, conhecimento sobre a rede de atenção, habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisão.
Peiter et al. (2021)	Analisar como têm se configurado as interpretações sobre a continuidade do cuidado em dissertações e teses da área da saúde no Brasil.	estudo documental de abordagem quantitativa.	O reduzido número de trabalhos da literatura acerca do tema indica a necessidade de exploração da temática para a ampliação do entendimento conceitual no contexto brasileiro e operacionalização para fortalecimento das redes de atenção à saúde.
Peduzzi et al. (2020)	Revisar o conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional	Revisão de literatura	O trabalho em equipe constitui uma das formas de trabalho interprofissional com práticas colaborativas, e essa colaboração pode se dar na equipe ou no trabalho em rede com usuários e comunidade.
Ribas et al. (2018)	identificar o perfil dos usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” e descrever a experiência das profissionais que	pesquisa de intervenção, com doze enfermeiras assistenciais	a “enfermeira de ligação” mostrou-se uma importante estratégia para melhorar a integração entre os serviços e promover a continuidade do cuidado.

participaram do projeto.

Teixeira et al. (2018)	Analisar o processo de construção da Vigilância em Saúde/VS no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do Sistema Único de Saúde	Revisão de literatura	Ao longo da trajetória da VS, seus objetos de estudo e intervenção vêm se ampliando, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção.
Valente et al. (2022)	Compreender como ocorre a transição do cuidado do hospital para o domicílio do idoso na experiência dos técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de internação clínica.	Pesquisa observacional, descritiva, transversal, com abordagem qualitativa, composta por 15 técnicos de enfermagem	Os profissionais apontaram potencialidades no desenvolvimento de transições seguras em sua prática assistencial, em consonância com os pilares da Intervenção de Transição de Cuidado e componentes do modelo de Transição de Cuidado Ideal, desde que alinhados às diretrizes assistenciais da instituição.

Fonte: Autoria própria, 2024.

DISCUSSÃO

A Continuidade do Cuidado (CC) ocorre quando o paciente tem alta do hospital para a APS, havendo a necessidade de realizar o planejamento da alta pela equipe multidisciplinar e as orientações para os cuidados no domicílio. Diante disso, no plano de alta, os enfermeiros orientam o paciente, seus familiares ou cuidadores domiciliares para a promoção do autocuidado. Entretanto, os enfermeiros brasileiros relatam dificuldades para realizar a CC devido ao desconhecimento da RAS, à ausência de protocolos clínicos e de contrarreferência (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Países como Canadá, Portugal e Espanha, o enfermeiro dos serviços de saúde realiza a continuidade do cuidado (BERNARDINO *et al.*, 2010; RIBAS *et al.*, 2018; COSTA *et al.*; 2020). Em Barcelona (Espanha) foi desenvolvido o Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA), com o objetivo de estabelecer a continuidade do cuidado pós alta hospitalar, comprovando efetivação das redes de saúde. Este programa visa melhorar a qualidade da assistência; aperfeiçoar e racionalizar o uso de recursos e serviços; melhorar os resultados de saúde e qualidade de vida, e a satisfação dos pacientes e seus familiares. Tem se configurado como um instrumento para melhorar a coordenação entre a atenção primária, especializada, como espaço de consenso, cooperação e gestão territorial (GIRBAU; BLANCH, 2011; COSTA *et al.*, 2020).

Para que ocorra a realização de um bom planejamento de alta, o contato entre as equipes do setor de origem e destino do cuidado do paciente é primordial para o manejo e a organização da rede de apoio. Entende-se que a comunicação é fundamental para todo processo de continuidade efetiva, justificando-se essencial nesta fase inicial de estabelecimento de metas a serem alcançadas. O contato entre as equipes do setor de origem e destino do cuidado continuado do paciente é primordial para o manejo e organização da rede de apoio. O papel do enfermeiro no cuidado requer muita responsabilidade e lhe são atribuídas muitas funções como: planejamento, organização dos processos, comunicação com os setores, garantia da monitorização e manutenção da vida do paciente. Além de mediar os conflitos entre equipe e ter comunicação efetiva das partes (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Segundo Aued *et al.* (2021) os enfermeiros detêm um conjunto de competências de diferentes dimensões, que proporcionam o cuidado centrado na pessoa, e podem assegurar a continuidade do cuidado aos pacientes na alta hospitalar. As características principais destes enfermeiros são, experiência clínica; boa comunicação; propor indicadores; capacidade de trabalhar em equipe; liderança e estratégias de negociação.

No caso de ocorrência de readmissão hospitalar, o enfermeiro deve entrar com medidas diferenciadas no que tange ao cuidado, bem como sinalizar nos indicadores os motivos pelos quais os pacientes estão retornando para o contexto hospitalar. É importante realizar após o levantamento dos indicadores, um plano de ação, buscando soluções e evolução do trabalho. No que se refere a continuidade do cuidado, o enfermeiro necessita ter conhecimento dos processos de trabalho, protocolos existentes no hospital e materiais disponíveis, para minimizar os riscos e as possibilidades de eventos indesejados ao paciente (TEIXEIRA et al., 2018).

Conforme ressalta Aued et al. (2021) o Serviço de Gestão de Alta implementado no Hospital de Clínicas Curitiba (PR) é de suma importância para a efetividade de bons resultados na saúde dos pacientes. O plano de alta é desenvolvido desde a admissão até a alta do paciente pela Enfermeira de Ligação (EL). Para acionar esse enfermeiro, a equipe multiprofissional elenca os pacientes que apresentam os seguintes critérios de inclusão: doença crônica de difícil manejo; continuidade de tratamento no domicílio; cuidados paliativos; necessidade de cuidados especiais; uso de dispositivos e reabilitação. As EL também desenvolveram um protocolo de contrarreferência para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde por meio de um sistema informatizado.

Esse serviço utilizou o sistema de informação e-saúde” para realizar a contrarreferência de forma compartilhada no município de Curitiba (PR). Para Bernardino et al. (2021) o sistema permite inserir diretamente no prontuário eletrônico do paciente as informações referentes à sua internação, resumo de alta, plano de cuidados e eventualmente exames que ajudam no seguimento aos cuidados relacionados a CC na APS.

Pode-se afirmar que o Serviço de Gestão de Alta (SGA) do Hospital de Clínicas de Curitiba (PR) é capaz de proporcionar o monitoramento de altas complexas de usuários dos serviços com grandes necessidades de saúde. Favorece a continuidade de cuidado nas suas diferentes dimensões, contribuiu para o uso adequado e oportuno dos recursos de saúde, reduz os custos e contribui para a qualidade de vida dos usuários.

No exercício laboral da enfermagem, as relações interpessoais são expressivamente fomentadoras das melhores práticas de enfermagem e possuem forte relação com os modelos de gestão. O planejamento organizado, o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe estão intimamente relacionados, sendo essencial o domínio destes pelo líder, a fim de gerenciar efetivamente as ações do cuidar e satisfazer as necessidades da equipe sob sua liderança.

Sendo assim, o enfermeiro é o profissional que possui a função ou atribuição de coordenar a transição de pacientes entre as unidades da rede de atenção, conciliando as necessidades de cuidado e a capacidade da rede em atendê-las com vistas à continuidade do

cuidado (BERNARDINO et al., 2022).

É importante que o enfermeiro hospitalar e da APS, elaborem protocolos assistenciais para a continuidade do cuidado, com o objetivo de reduzir a procura dos usuários por unidades de urgência/emergência e as reinternações (BERNARDINO et al., 2010).

Nessa perspectiva e para a efetividade das ações de gestão da alta hospitalar dos pacientes assistidos no hospital universitário (HU/EBSERH), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi realizado Edital de chamamento a vaga de composição da equipe para a seleção de um Enfermeiro de Continuidade do Cuidado e a implementação do Escritório de Gestão de Altas (EGA). A enfermeira compõem a equipe multiprofissional do EGA, é a coordenadora do serviço e quem realiza a comunicação e a gestão do cuidado.

Conforme a portaria, o Escritório de Gestão de Alta no HU/EBSERH/UFSC está vinculado à Unidade de Regulação Assistencial (URA/STCOR), que atua permanente, com o objetivo de: I - Operacionalizar a alta hospitalar segura de pacientes com necessidades de continuidade de cuidados; II - Facilitar a abordagem dos serviços e das equipes multiprofissionais do HU na atenção aos usuários com necessidades de continuidade de cuidados; III - Aprimorar a articulação com a rede setorial e intersetorial relacionada à continuidade de cuidados; IV - Promover e conscientizar a equipe assistencial quanto a desospitalização no exercício da alta hospitalar segura; V - Identificar lacunas nos fluxos internos de assistência que prologam a internação de pacientes e informar às instâncias de gestão para promover ou aprofundar discussões e a resolução do problema (BRASIL, 2022).

Com a inserção do enfermeiro de continuidade do cuidado no Escritório de Gestão de Altas do HU/EBSERH/UFSC, foi elaborado o instrumento Procedimento Operacional Padrão (POP) contendo as competências do enfermeiro para a continuidade do cuidado no âmbito hospitalar. O POP foi desenvolvido como base norteadora de serviço e entregue a equipe do EGA, que posteriormente adequou conforme realidade do serviço de gestão do HU, conforme os sistemas e tecnologias de gestão utilizados.

Vale ressaltar que, a construção de protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde e da instituição onde será utilizado. As vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (BERNARDINO et al., 2021).

Ainda como destaques com os uso de instrumentos de gestão, os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. O Serviço de Gestão de Alta foi implementado em novembro de 2022, e tem contribuído para o uso adequado dos recursos em saúde, redução dos custos e diminuição das reinternações. O planejamento da alta hospitalar pela equipe multiprofissional do serviço tem contribuído para alta segura e desenvolvimento da articulação, bem como a comunicação efetiva com das Redes de Atenção a Saúde do município.

CONCLUSÃO

Observamos que para a efetividade nos serviços de saúde o enfermeiro tem papel fundamental na gestão da assistência à saúde e espera-se deste profissional conhecimento, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar as suas funções gerenciais com eficácia. Os enfermeiros têm importante atuação para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvem o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta. Na figura do profissional enfermeiro observa-se o empoderamento de articulação da transição de pacientes entre as unidades da rede de atenção à saúde. Contudo fica notório a busca em fortalecer os serviços e as relações entre os níveis de atenção a saúde, um destaque importante é a adoção de instrumentos de gestão, que contribuam para a universalidade de acesso e de continuidade dos cuidados para cada indivíduo.

Perante o exposto, foi possível apreciar na revisão de literatura nacional e internacional que a gestão da alta hospitalar é um pilar importante, e, que está em constante desenvolvimento nas Redes de Atenção a Saúde, fica explícito que o destaque na figura do profissional enfermeiro é vinculada ao êxito dos processos de continuidade do cuidados e segurada de efetividade na prática de gestão e assistencial, relacionais dentro dos serviços hospitalares estudados.

Contudo mostram-se em evidente desafios no que se refere as relações entre os serviços e a busca de instrumentos norteadores dos serviços de planejamento e gestão de cuidados, que levam para o desenvolvimento efetivo de transição do cuidado do paciente. Onde podemos citar a necessidade do fortalecimento das relações entre as RAS, para a eficácia da referência e contrarreferência dos pacientes.

Contudo fica evidenciado nos estudos que ocorre uma escassez de estudos nacionais sobre a temática, bem como a inserção do serviço regulamentado e instrumentalizado nas instituições que fazem a referência e contrarreferência de pacientes. Neste cenário o estado de Santa Catarina ganha destaque a nível nacional, hoje contando com a inserção do serviço com o EGA no ambiente hospitalar, ainda que o processo esteja em crescente desenvolvimento e tenham desafios a serem superados, os resultados já são visionados e espera-se que a partir de indicadores poderão ser apreciados.

REFERÊNCIAS

- AUED, G. K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 185 f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- 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, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
- AUED, Gisele Knop *et al.* Liaison nurse competences at hospital discharge. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.
- BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.63, n. 3, p. 459-463, jun. 2010.
- BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**. 2021;12(Supl.1):72-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5164.
- BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>.
- BOHOMOL, E. **Avaliação de qualidade dos serviços de Saúde**. In: Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022. 602p.
- 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, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.
- COSTA, M.F.B.N.A. *et al.* **Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária**. Research, Society and Development, v. 9, n. 10, e3709108518, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518>.

GIRBAU N.P, BLANCH M.M.L. Protocolo de actuación enlace-prealt. **Metas de Enferm.**, Espanha, v.14 , n.6, p. 61-65, jul. 2011. Disponível em: Protocolo de actuación ENLACE-PREALT | Metas enferm;14(6): 61-65, jul. 2011. ilus, graf | IBECs (bvsalud.org). Acesso em 05 nov. 2022.

KOERICH, Cintia et al. Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>.

OLIVEIRA, Lays Souza de *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

PEITER, Caroline Cechinel *et al.* CONTINUITY OF HEALTH CARE: analysis of the production of brazilian theses and dissertations. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.

PEDUZZI, Marina *et al.* TRABALHO EM EQUIPE: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

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>.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1811-1818, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 00-00, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 00-00, out. 2020. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/abstract/?lang=pt#ModalArticl> es. Acesso em: 2 mar 2023.

VALENTE, Silvia Helena *et al.* Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02687>.

ZIMMERMANN, G. S; BOHOMOL, E. **Ferramentas da Qualidade**. In: Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022.

6 METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

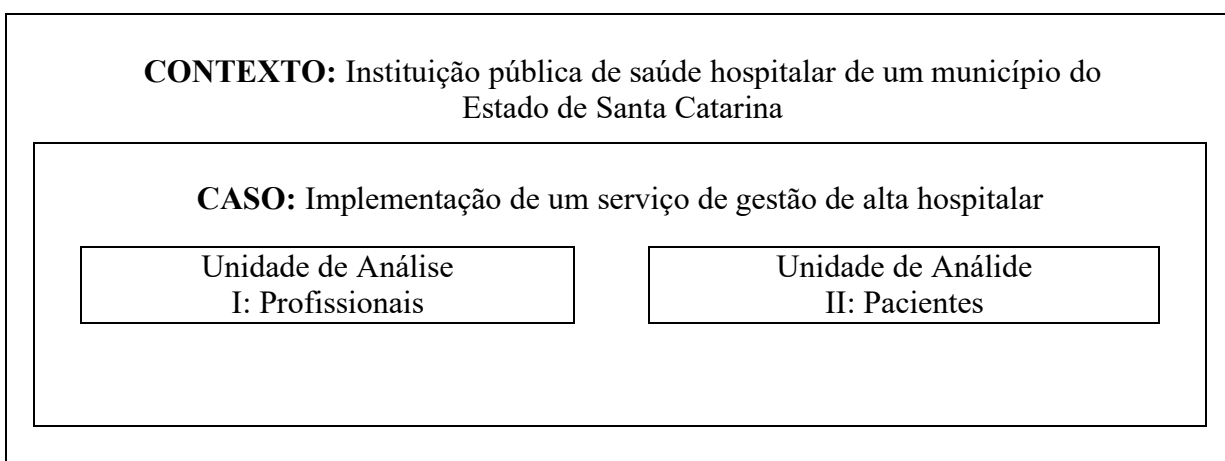
Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso único seguindo o referencial metodológico de Robert K. Yin (2015). A motivação da escolha metodológica por uma pesquisa de abordagem qualitativa assenta na possibilidade de acolher uma compreensão profunda do fenômeno estudado e permitir o diálogo com os sujeitos envolvidos.

A escolha pela modalidade de Estudo de Caso justifica-se quando o pesquisador investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real. Essa modalidade tem como objetivo explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno. Optou-se pelo Estudo de Caso Único, uma vez que o fenômeno estudado foi um serviço implementado em uma instituição pública de saúde hospitalar (YIN, 2015)

Para o levantamento de dados, foram utilizadas três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista/grupo focal, observação direta não participante e pesquisa documental.

Em relação ao grupo focal, serviu de evidência a transcrição das entrevistas realizadas com os participantes do estudo. Para a observação não participante, foram utilizados como fonte de evidência os registros das observações de reuniões ordinárias e workshops de capacitações de educação permanente em saúde sobre a temática de implementação do serviço de gestão de alta. O levantamento documental foi composto de documentos internos como: Portaria da Implementação do Serviço; Atas relativas às reuniões ordinárias, nas quais foram feitas as observações e Protocolos. A **figura 6** apresenta o tipo de estudo de caso que se pretende realizar:

Figura 6 – Estudo de caso único

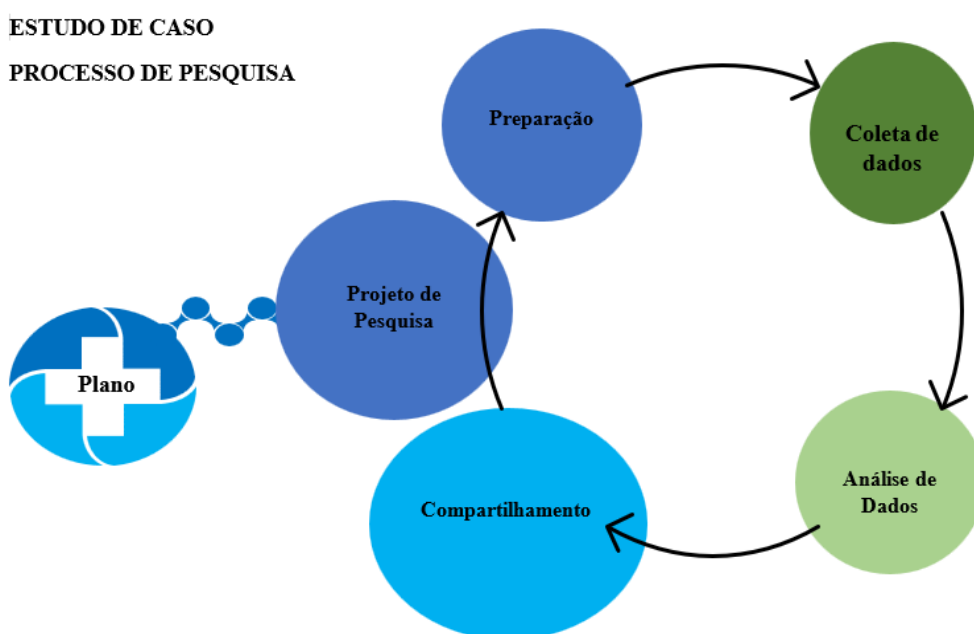


Fonte: Yin (2015) adaptado pela autora em 2023.

Para o desenvolvimento do estudo de caso é necessária a realização do protocolo de estudo de caso (Apêndice E). Este protocolo foi utilizado como uma ferramenta para aumentar a confiabilidade da pesquisa, pois orientou o pesquisador no processo da coleta de dados, além de possuir regras que demonstram uma visão geral do projeto, das questões de pesquisa e serve de guia na confecção do relatório de caso (YIN, 2015).

Segundo Yin, (2015), o processo de estudo de caso compreende as seguintes etapas, apresentadas abaixo na **Figura 7**:

Figura 7: Processo de Pesquisa no Estudo de Caso.



Fonte: Yin (2015) adaptado pela autora em 2023.

Local de estudo

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis, Santa Catarina. Fundado em 1980, após a instalação de leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto, contemplando no ano de 1996, a Maternidade.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes

permitindo que o hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

O estabelecimento de saúde onde o estudo ocorreu presta assistência em três níveis, sendo o básico, o secundário e o terciário. É considerado referência a nível estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Hospital geral, classificado como de média e alta complexidade, em 2020 contava com 238 leitos ativos que atuavam em diversas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, conta ainda com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adultos, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade.

A Unidade de Regulação Assistencial (URA) engloba o Setor de Contratualização e Regulação (STCOR) e as unidades, de Gestão e Processamento da Informação Assistencial (UGPIA), e de Contratualização (UCON), além de incorporar o Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), que é responsável por todas as agendas de atendimento do hospital e pelo Arquivo Médico, encarregado da guarda dos prontuários. O Escritório de Gestão de Alta (EGA) que é fruto deste estudo de pesquisa também está vinculado à URA, e teve o processo de implantação em 2022, onde está instalado em (01) um sala anexa ao serviço de prontuário.

O serviço da URA e do STCOR possui diversas atribuições entre elas: a contratualização do HU-UFSC com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SC), gestão de consultas exames, cirurgias, leitos e transferências, bem como a gestão do faturamento do HU-UFSC.URA, conta com 37 colaboradores lotados no STCOR e conta também com instalações de apoio, como sala de reuniões, copa e descanso para o plantonista do noturno, uma vez que o serviço funciona 24 horas. Está funcionando no Ambulatório do hospital, localizadas próximo ao Serviço de Quimioterapia.

Conforme dados do HU uma característica importante é o seu atendimento de Emergência que funciona ininterruptamente atendendo adultos e crianças em áreas separadas, vem aumentando em números crescentes e que atingem a média de 400 pacientes/dia. O estabelecimento tem observado que vem sofrendo pressões incontrolláveis tendo em vista a demanda de população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como Centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade.

As unidades para a realização dessa pesquisa foram: as Unidades de Clínica Cirúrgica (UCC) I e II e de Clínica Médica (UCM) II e III. Historicamente nessas unidades a taxa de ocupação de idosos é expressiva, em 2017 a ocupação de idosos passava de 50% tanto nas unidades clínicas quanto cirúrgicas. As UCM estão localizadas no terceiro andar e as UCC no quarto.

Cada clínica cirúrgica possui trinta leitos distribuídos em doze quartos, todos ativos, podendo ser transformados em quartos feminino ou masculino conforme a demanda.

A UCC I é uma unidade de internação que atende prioritariamente pacientes em pré e/ou pós-operatório das seguintes especialidades: gastrointestinal e vias biliares, torácica, cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, neurologia, transplante hepático e bucomaxilofacial.

A UCC II atende prioritariamente os pacientes em pré e/ou pós operatório das especialidades: vascular, proctologia, ortopedia, plástica e urologia. A mesma tem um número significativo de internações de pacientes, com tempo de internação prolongado. Possui 29 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, pneumologia e oncologia hematologia. Possui um quarto de isolamento e quartos duplos e com quatro leitos.

Após a reestruturação do hospital, em 2022, passou a atender as mesmas demandas que a UCM II que prioritariamente presta cuidados aos pacientes em pré e/ou pós operatório das especialidades: vascular, proctologia, ortopedia, plástica e urologia. Aumentando sua capacidade para 29 leitos.

A UCM III possuía 19 leitos e era nomeada UCM I; esta unidade por muitos anos atendia pacientes colonizados com bactérias multirresistentes e que precisam de precaução de contato ou respiratório, ou até mesmo isolamento.

Participantes da pesquisa

Constituída pelos gestores e profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, bem como, os pacientes internados nas unidades do estudo. Os gestores incluem a Enfermeira Chefe da Divisão de Enfermagem, Diretora de Enfermagem, Enfermeira e gestora do Núcleo Interno de Regulação (NIR), enfermeiros assistências das unidades do estudo UCM e UCC e os profissionais da Equipe do Escritório de Gestão de Altas HU/SC.

Nas unidades do estudo (UCM e UCC), o quantitativo de enfermeiros assistenciais compreende: três (03) no período matutino, três (03) no vespertino, um (01) enfermeiro noturno,

uma (01) enfermeira de referência e uma (01) enfermeira exclusivamente para os atendimentos de pacientes da oncologia e hematologia de segunda-feira a sexta-feira. Totalizando 07 (sete) enfermeiros assistenciais e 02 (dois) enfermeiros gestores atuando nos setores de interesse.

O convite foi realizado pessoalmente, pela pesquisadora/aluna de pós-graduação, para a seleção dos gestores e profissionais, foram convidados aqueles que possuíam idade superior a 18 anos e que estavam atuando na instituição durante o período da pesquisa, com tempo mínimo de 6 meses de atuação na Instituição. Foram excluídos aqueles que estavam de licença médica, licença-prêmio ou férias.

Quanto aos critérios de inclusão dos pacientes, foram identificados aqueles que estavam internados nas unidades UCM II e III e UCC I e II, com idade superior a 18 anos, fluência no idioma português do Brasil e que estavam permanecendo internados por no mínimo 72 horas nas unidades do estudo. Os pacientes foram informados que a coleta de dados ocorreria por meio de ligação telefônica e após sete dias da alta hospitalar. Exclusão em ocorrência de óbito.

Participaram 11 (onze) profissionais para esta pesquisa, onde participaram do grupo focal: 05 (cinco) enfermeiros, 01 (um) fisioterapeuta, 01 (um) assistente social, sendo dos setores EGA, NIR, e enfermeiros assistenciais das UCM II e III e UCC I e II, participantes do estudo. Contudo quatro participantes faltaram na realização do grupo focal, sendo excluídos da pesquisa. Vale salientar que todos participantes do estudo concordaram, previamente, em participar da pesquisa, com aceite e assinatura do TCLE APÊNDICE C. Destacando que os quatro profissionais que faltaram, justificaram posteriormente que estavam em reunião emergencial na Instituição.

Com relação aos participantes pacientes, foram convidados 10 (dez) pacientes, com a concordância previamente de participação no estudo, e assinatura do TCLE APÊNDICE D. Contudo 09 (nove) pacientes participaram da pesquisa na coleta de dados e 01 (um) paciente foi excluído do estudo, porque foi a óbito 24 horas, após a alta hospitalar.

O contato com todos os participantes, foi efetuado pessoalmente, a seleção dos enfermeiros assistenciais e pacientes, foi através do apoio técnico da equipe do EGA, bem como, a inserção nas unidades do estudo, sendo: UCM II e III e UCC I e II.

Coleta de dados

Para coletar os dados com os gestores, equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA) e enfermeiros assistenciais foi realizada a técnica do grupo focal e utilizado roteiro

semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas fechadas e abertas para obter informações relativas à caracterização (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, função exercida, formações complementares) e sobre o processo de implementação do Escritório de Gestão de Altas.

Para coleta de dados com o Enfermeiro de Continuidade do Cuidado do EGA, sobre o preparo e planejamento para a alta, foi utilizado pela pesquisadora o questionário (ANEXO A) proposto pelo Ministério da Saúde, em 2017, sobre alta responsável.

No desenvolvimento da pesquisa foram realizadas várias reuniões com os gestores e equipe do EGA e ampla discussão sobre os instrumentos de gestão que, culminou na elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre as competências do enfermeiro do EGA.

A equipe do EGA e a pesquisadora realizaram visita técnica no Serviço de Gestão de Altas do Hospital de Clínicas de Curitiba (PR) para conhecer e ter acesso a alguns documentos que contribuíram na elaboração do POP. Esse mesmo instrumento (ANEXO B) foi utilizado para a coleta de dados, após uma adaptação do conteúdo pela a equipe do EGA.

O período de coleta foi de outubro de 2023 a novembro de 2023, realizada em duas etapas, sendo que, a primeira etapa consistiu na seleção dos participantes e realização de convite para participação da pesquisa de forma individual e a segunda, foi a coleta de dados e a transcrição das entrevistas.

Para coleta de dados com os pacientes foi utilizado roteiro semiestruturado, aplicado por meio de ligação telefônica realizada por aparelho celular (*whatsApp*) para o número fornecido pelo paciente na alta hospitalar e, após o aceite do convite para participar da pesquisa, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). O agendamento da entrevista foi por meio de mensagem de *whatsApp* e respeitou a disponibilidade dos participantes.

Os participantes que não responderam a mensagem de *whatsApp*, após a realização de três tentativas, no período de 48 horas, houve a exclusão da pesquisa, assim como, daqueles que não atenderam as ligações telefônicas.

Cabe ressaltar que durante a coleta de dados não ocorreu recusa na participação da pesquisa, contudo ocorreu o óbito de um dos participantes do estudo, 24 horas após a alta hospitalar, sendo realizado contato com equipe do EGA/HU onde foi repassada a informação, o que resultou na exclusão do paciente desta pesquisa.

O tempo da aplicação do roteiro semiestruturado, foi de no máximo de 15 minutos aproximadamente de ligação telefônica com cada paciente, sendo realizado o agendamento prévio através do contato por *WhatsApp*. Já para realização do grupo focal com os profissionais, foram

destinados 52 minutos de discussão do roteiro semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, com áudio gravado em 4 (quatro) aparelhos digitais, sendo eles: um aparelho gravador, dois aparelhos celulares e um notebook, uma gravação de vídeo, sendo realizado 1 grupo focal, um encontro. E, posteriormente os conteúdos das entrevistas foram transcritos em documentos de *Word e Excel*. Os registros respeitaram a autenticidade dos documentos e a literalidade dos relatos dos participantes.

Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme referencial teórico metodológico de Minayo (2015), utilizando-se a técnica de Análise Temática 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 que foi coletado, buscando entender as particularidades do conteúdo exposto pelos participantes, para que então, emergir em organizar, classificar e referenciar os conceitos teóricos para exploração do material (Minayo, 2015).

Os dados foram organizados em planilha do Word e Excel. Após ser realizada análise, passaram para a categorização, interpretação dos dados elencados durante todo processo, chegando as discussões e levantamento dos resultados encontrados na pesquisa.

Os dados foram coletados de acordo com seguintes etapas: 1. Planejamento da ação; 2. Estudo do Referencial Teórico; 3. Organização e elaboração dos protocolos assistenciais; 4. Coleta de dados; 5. Análise e discussão dos dados; 6. Resultados e compartilhamento dos dados

Considerações éticas

Este estudo integra o macro projeto intitulado: Enfermeira de Continuidade do Cuidado (ECC) e Serviço de Gestão de Alta (SGA) no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis, aprovado com CAAE: 55849322.9.0000.0121 e Parecer: 5.439.360.

Esse projeto seguiu a Resolução n.466, de 2012 e nº 501 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012) e será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O convite aos participantes foi individual, pessoalmente pela pesquisadora. Todos os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D), antes do início da coleta de dados. Também foi garantida a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

O anonimato e a confidencialidade das informações estão respeitados para preservar os participantes pacientes, quando citados foram identificados pela letra (P) e, sua sequência numeral corresponde a ordem de coleta de dados da pesquisa. Por exemplo, a primeira pessoa que se manifestou respondendo aceite na pesquisa e foi recolhida assinatura está identificada como sendo P1, a segunda P2 e, assim sucessivamente e, caso a mesma pessoa se manifeste nas discussões dos resultados seguirá com a mesma denominação até o último resultado apresentado, portanto o P1 será sempre para a mesma pessoa. Conforme (quadro 4 caracterização dos pacientes). Para preservar a identidade dos participantes profissionais, seus nomes foram substituídos por codinomes de plantas Cactos. Conforme (quadro 3 caracterização dos profissionais).

Como garantia dos princípios éticos da justiça e benevolência, declarou-se que foram tomados os devidos cuidados na condução deste estudo, para minimizar todo e qualquer risco à integridade e bem-estar dos participantes.

6.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo é composto pelo segundo manuscrito dessa dissertação, intitulado **“A implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário: análise das ferramentas de gestão”** cujo objetivo foi analisar as ferramentas de gestão utilizadas no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário. Este tópico segue a Instrução Normativa 01/PEN de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem da UFSC.

6.1.1 RELATÓRIO INIVIDUAL DO CASO

Este relatório busca apresentar o caso da implementação de um Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário, com foco na análise das ferramentas de gestão que foram utilizadas durante esse processo, descrevendo características do contexto do caso e das unidades integradas de análise. As informações foram extraídas de documentos institucionais, relatos dos

participantes da pesquisa e das observações não participantes realizadas no decorrer da coleta de dados.

6.1.2 Contextualização do caso

Para contextualizar o leitor sobre este estudo de caso, foi identificada a importância de apresentar alguns dados relacionados aos aspectos na gestão da alta hospitalar dentro das Redes de Atenção a Saúde, demonstrando pontos como planejamento e organização de ações que deram início ao serviço do Escritório de Gestão de Alta, evidenciado das unidades investigadas, bem como dos resultados a partir da análise dos dados coletados.

Com a elevação do predomínio de condições crônicas na população brasileira e necessidade de manutenção de gestão de leitos no Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços hospitalares tem ampliado os olhares para demandas de gestão de leitos e continuidade do cuidado. A implementação de um Serviço de Gestão de Altas (SGA) no contexto hospitalar pode contribuir para a redução de custos públicos com internações prolongadas, melhor articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Atenção Primária a Saúde para a continuidade do cuidado.

6.1.3 Apresentação do caso

Como início deste capítulo trazemos as etapas de acordo como foram coletados: 1. Planejamento da ação; 2. Estudo do Referencial metodológico; 3. Organização e elaboração; 4. Coleta de dados; 5. Análise e discussão dos dados; 6. Resultados e compartilhamento dos dados.

O detalhamento do planejamento de ação foi através da implementação da Enfermeira de Continuidade do Cuidado no serviço hospitalar. Para essa ação ocorreu a participação na elaboração do Edital de seleção da Enfermeira de Continuidade do Cuidado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis; bem como a participação na elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) com as atribuições e competências da Enfermeira de Continuidade do Cuidado do EGA/HU-UFSC/EBSERH; Participação das reuniões com os enfermeiros, gestores e profissionais da saúde para planejamento e implementação do Escritório de Gestão de Altas (EGA).

Mencionando o acompanhamento na elaboração da Portaria que institui o serviço de

Gestão de Alta no HU/UFSC/EBSERH, vinculado à Unidade de Regulação Assistencial (URA/STCOR). Que teve em sua resolução a atuação do serviço com os seguintes objetivos de: I - Operacionalizar a alta hospitalar segura de pacientes com necessidades de continuidade de cuidados; II - Facilitar a abordagem dos serviços e das equipes multiprofissionais do HU na atenção aos usuários com necessidades de continuidade de cuidados; III - Aprimorar a articulação com a rede setorial e intersetorial relacionada à continuidade de cuidados; IV - Promover e conscientizar a equipe assistencial quanto a desospitalização no exercício da alta hospitalar segura; V - Identificar lacunas nos fluxos internos de assistência que prologam a internação de pacientes e informar às instâncias de gestão para promover ou aprofundar discussões e a resolução do problema (BRASIL, 2022).

Para a análise documental foi utilizado o edital de chamamento para equipe do EGA; a portaria que instituiu o serviço no ambiente hospitalar, bem como os formulários de referência e contrarreferência (ANEXO B e C). E a observação não participativa desta pesquisa foram através de reuniões ordinárias de equipe, acompanhamento de round e workshops de educação permanente (BRASIL, 2022).

Para fechamento da triangulação de dados coletados deste estudo de caso, foram realizadas entrevistas através de grupo focal e roteiro semiestruturado individual, como participantes profissionais e pacientes. Totalizando 16 entrevistas.

As evidências científicas tem apontado que a implementação de um Serviço de Gestão de Altas contribui para a realização do planejamento da alta e para efetividade das ações realizadas pela equipe multiprofissional, o que demonstra justificada a relevância deste estudo no presente cenário brasileiro.

6.1.4 Descrição das Unidades Integradas de Análise

As unidades integradas de análise são constituídas pelos gestores e profissionais de saúde que atuam na instituição hospitalar, bem como pacientes internados nas unidades deste estudo, seguindo os critérios metodológicos já informados ao longo desta dissertação.

Foram organizados durante os anos de 2022 e 2023, workshops em conjunto com a equipe do EGA; Núcleo de Educação Permanente; profissionais do hospital universitário; Docentes do Programa de Pós Graduação em Enfermagem; dois alunos do doutorado e um do mestrado, todos vinculados ao PEN/UFSC e contribuições externas com a participação de profissionais da Redes de Atenção a Saúde do município de Florianópolis/SC.

Os encontros de sensibilização dos profissionais na Instituição foram desenvolvidos na

busca de formentar a tematica na instituição e fortalecer a Educação Permanente em Saúde. O público alvo foram as equipes multiprofissionais que atuam na instituição. Foram realizados seis workshops em diferentes dias, sendo um no período matutino e outro vespertino, para que todos os profissionais da instituição hospitalar pudessem participar. Cabe destacar que a preparação e execução do primeiro workshop foi de sensibilização das equipes multiprofissionais, teve papel importante e contribuições significativas dos profissionais que participaram.

O público alvo dos workshops foram os profissionais de saúde e residentes que atuam na instituição, e ocorreram no hospital universitário, nos períodos matutino e vespertino, para que todos pudessem participar. Como referencial teórico metodológico utilizou-se o Arco de Maguerez, que baseia-se em uma aprendizagem participativa e coletiva, com foco na autonomia, cidadania e aprendizado na prática cotidiana. Para o desenvolvimento da metodologia foram seguidas as cinco etapas do Arco de Maguerez: observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (RUIZ *et al.*, 2020).

Para instigar a reflexão e a participação foi compartilhado um caso clínico que continha as seguintes questões: No hospital universitário, quais estratégias são disponibilizadas para otimizar o tempo de permanência do paciente no hospital e a desospitalização? De que forma você realiza o plano de cuidados do paciente para a alta hospitalar? O plano é realizado em conjunto com a equipe multiprofissional? Na alta hospitalar é realizado contato com a equipe da Atenção Básica de referência do paciente? Como ocorre a comunicação? Como você orienta a família e/ou cuidador no processo de desospitalização? Posteriormente, os participantes foram convidados a participar de uma atividade em que suas respostas foram coladas em uma imagem de árvore, projetada através do *software as a service Canva.com*, com o objetivo de estimular a reflexão sobre as ações necessárias para a continuidade do cuidado na desospitalização, utilizando o recurso metafórico “Regando diariamente, a árvore dará bons frutos”.

Participaram 26 profissionais que atuam no hospital universitário, entre eles, dez assistentes sociais, seis enfermeiros, cinco psicólogos, um técnico em enfermagem, um médico, um estagiário e dois profissionais que não identificaram a categoria profissional. As respostas do caso clínico foram organizadas e analisadas com base no referencial teórico metodológico. Sendo que em relação às estratégias disponibilizadas para otimizar o tempo de permanência do paciente no hospital e a desospitalização, foram identificadas diversas, dentre elas: avaliação multiprofissional para determinar o período adequado para desospitalização; avaliação da rede de apoio familiar do paciente; garantir que na desospitalização o paciente retorne para local

adequado; promover educação em saúde ao paciente e seus familiares/cuidadores; melhorar a integração dos processos de trabalho dos diferentes profissionais no plano de cuidados; aprimorar o contato com a rede; garantir o acesso aos recursos materiais; avaliar as condições sociais para a continuidade do tratamento em domicílio e a rede de apoio, a moradia, alimentação e acesso aos bens essenciais que contribuem para a recuperação do paciente. O que nos deu bases sólidas para visionar os pontos de articulação da continuidade de cuidado aos pacientes.

Em relação ao plano de cuidados, discutir nas reuniões com os profissionais, realizar por escrito e entregar ao paciente/família. Sobre a comunicação na alta hospitalar com a atenção básica, os participantes afirmam que durante o período de internação são realizados contatos com a equipe de referência, antes mesmo da alta. Dependendo do caso, um relatório de atendimento é enviado por e-mail e acompanhamento telefônico para informar a condição do paciente.

Os participantes informaram que, na alta do paciente, a família/cuidador são orientados sobre o autocuidado e são entregues materiais educativos. É comum a realização de atendimentos individuais para que a família possa expor suas preocupações e dúvidas. Os resultados apresentados revelam que o caso clínico e a dinâmica realizada com os profissionais do hospital universitário foram importantes para a sensibilização sobre a desospitalização e a continuidade do cuidado. Uma das estratégias mencionadas foi a avaliação multiprofissional para determinar o período adequado para a desospitalização. Essa abordagem é consistente com a literatura, que enfatiza a importância da equipe multidisciplinar na tomada de decisões sobre a alta hospitalar.

Os temas e datas dos workshops foram: Desospitalização Humanizada no mês de novembro de 2022; Rede Atenção a Saúde e Proteção Social mês de maio de 2023; Processo de trabalho multiprofissional na reabilitação mês de outubro de 2023; Referência e Contrarreferência mês de julho de 2023; todos com carga horária de quatro horas.

A seguir e de acordo com a Instrução Normativa 01/PEN de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem da UFSC, será apresentado o Manuscrito 2, intitulado “**A implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário: contribuições das ferramentas de gestão.**”

6.2 MANUSCRITO 2: A implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário: análise das ferramentas de gestão.

RESUMO

Introdução: A busca pela integração dos serviços e a efetividade das ações em saúde, têm sido cada vez mais, pauta de discussão nos diferentes cenários, com ênfase na continuidade do cuidado e contrarreferência. A implementação do Escritório de Gestão de Alta ganha destaque como estratégia para a continuidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar as ferramentas de gestão que contribuem no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso único seguindo o referencial metodológico de Yin (2015). Os sujeitos foram sete profissionais de saúde e gestores e, nove pacientes que estavam internados nas unidades do estudo. Para o levantamento de dados, optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista/grupo focal, observação direta não participante e pesquisa documental. A coleta ocorreu no período entre outubro e novembro de 2023 e analisados conforme metodologia de Yin (2015) e Minayo (2015). **Resultados:** Da análise emergiram três categorias por parte dos profissionais: 1) Processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta; 2) Gestão da continuidade do cuidado e o trabalho da equipe multiprofissional e, 3) Ferramentas de gestão para operacionalizar a alta segura e a continuidade do cuidado. Com relação aos achados dos profissionais evidenciou-se a participação efetiva de alguns profissionais para a implementação do serviço do Escritório de Gestão de Altas, bem como, a busca de ferramentas de gestão para que fosse desenvolvida a contrarreferência dos pacientes internados na instituição. Contudo evidenciou-se alguns pontos frágeis a serem superados no serviço, sendo elencados pelo grupo: falhas na comunicação entre os profissionais e serviços; o desconhecimento das ações desenvolvidas pelo serviço e da Rede de Atenção à Saúde do município. Por parte dos pacientes, foram identificadas duas categorias: O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado e, a humanização da assistência. Observou-se que, a maioria dos pacientes contrarreferenciados para RAS apresentou comorbidades pré-existentes antes da internação e necessidade de reabilitação pós-alta. As taxas de readmissões foram reduzidas após a alta hospitalar e ficou manifesto a importância de realizar a continuidade do cuidado na Atenção Primária. **Conclusão:** Foi evidenciado que o serviço implementado, em conjunto com as equipes multiprofissionais, têm contribuído para continuidade do cuidado; articulação com a Redes de Atenção e a busca de instrumentos norteadores para a gestão de cuidados. O profissional enfermeiro tem se destacado na implementação do processo. Ao analisar as ferramentas administrativas utilizadas para a implementação do serviço, observou-se que a continuidade do cuidado requer a integração entre o hospital, família e APS e uma comunicação efetiva e que foram utilizadas ferramentas administrativas de gestão, comunicação, gerenciamento, planejamento e avaliação.

Descritores: Gestão em Saúde; Alta Hospitalar; Continuidade de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: The search for the integration of services and the effectiveness of health actions have been increasingly discussed in different scenarios, with emphasis on continuity of care and counter-referral. The implementation of the Office of Discharge Management stands out as

a strategy for continuity of care. **Objective:** To analyze the management tools that contribute to the implementation process of the Discharge Management Office in a university hospital. **Methods:** This is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, in the single case study modality following the methodological framework of Yin (2015). The subjects were seven health professionals and managers, and nine patients who were hospitalized in the study units. For data collection, three sources of evidence were chosen, which converged in a triangular way: interview/focus group, direct non-participant observation and documentary research. Data collection took place between October and November 2023 and was analyzed according to the methodology of Yin (2015) and Minayo (2015). **Findings:** From the analysis, three categories emerged from the professionals: 1) Development and implementation process of the Discharge Management Office; 2) Management of continuity of care and the work of the multidisciplinary team, and 3) Management tools to operationalize safe discharge and continuity of care. Regarding the findings of the professionals, it was evidenced the effective participation of some professionals in the implementation of the service of the Office of Discharge Management, as well as the search for management tools to develop the counter-referral of patients hospitalized in the institution. However, some weak points to be overcome in the service were evidenced, which were listed by the group: failures in communication between professionals and services; lack of knowledge of the actions developed by the service and the municipality's Health Care Network. On the part of the patients, two categories were identified: The planning of hospital discharge and the continuity of care and the humanization of care. It was observed that most of the patients counter-referred to RAS had pre-existing comorbidities before hospitalization and the need for post-discharge rehabilitation. Readmissions rates were reduced after hospital discharge and the importance of providing continuity of care in Primary Care became manifest. **Conclusion:** It was evidenced that the service implemented, together with the multidisciplinary teams, have contributed to the continuity of care; articulation with the Care Networks and the search for guiding instruments for care management. The nursing professional has stood out in the implementation of the process. When analyzing the administrative tools used for the implementation of the service, it was observed that the continuity of care requires integration between the hospital, family and PHC and effective communication and that administrative tools for management, communication, management, planning and evaluation were used.

Keywords: Health Management; Discharged; Continuity of Patient Care.

INTRODUÇÃO

A busca pela integração dos serviços de saúde, assim como para efetividade das ações em saúde, apresenta-se cada vez mais como pauta de discussão em cenários do cuidado, principalmente voltados a gestão da continuidade dos cuidados em saúde da população na referência e contrarreferência dos cuidados. A gestão de alta tem ganhado destaques com o passar dos anos com o aumento das doenças crônicas, a superlotação das unidades de pronto atendimento e o aumento dos custos com as reinternações hospitalares, são considerados argumentos importantes para se encontrar estratégias mais eficazes para a integração da rede

hospitalar com a Atenção Primária a Saúde (APS) e a continuidade do cuidado.

Segundo Damasceno et al. (2020) os índices de internações hospitalares, no sistema público de saúde, são significativamente elevados e com alto custo, estando presente entre pessoas com 60 anos ou mais. Esse recorte é bastante visível quando se discute internações por condições sensíveis na APS. Os pacientes que necessitam de cuidados complexos, na alta hospitalar, dependem da continuidade do cuidado. Portanto 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 pacientes e os profissionais de saúde, ou seja, conectados em relacionamento, comunicação e coordenação do cuidado, fornecendo uma estrutura organizadora para que a transição do cuidado na alta hospitalar ocorra de forma segura e efetiva (BAHR et al., 2020 COSTA et al., 2020).

Além disso, torna-se visível que o sistema nacional de saúde brasileiro assume, constitucionalmente uma concepção ampliada da saúde, enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é orientado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas e implementação de estratégias que incidem na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (LANZONI et al., 2023).

Cabe ressaltar que, em 2013 na Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP), foi instituído o conceito de alta responsável, consiste neste processo o planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Ademais no âmbito hospitalar sabemos que, quando acontece uma reinternação de paciente, alguma parte do processo de reabilitação e cura apresentou fragilidade, isso pode ser em nível hospitalar, atenção primária ou secundária. Como também, deve se levar em conta as condições sócio-econômicas do paciente, o ambiente em que o paciente está inserido, bem como o vínculos das relações com as rede de apoio familiare, sendo fatores de grande importância para reabilitação. Contudo a readmissão hospitalar não planejada é um evento frequente e com impacto financeiro significativo para as organizações e sistemas de saúde. É um evento gerador

de riscos ao paciente, por vezes resultado de lacunas no tratamento hospitalar ou domiciliar (SOARES; PINTO, 2021).

Conforme Lopes et al. (2020) o planejamento da alta hospitalar consiste em criar um plano personalizado para cada paciente que está deixando o hospital com o objetivo de melhorar os resultados em relação a sua recuperação e conter custos para sistema de saúde. Recomenda-se que, o planejamento da alta, seja realizado desde a admissão do paciente, para garantir a continuidade do tratamento e a alta hospitalar no momento oportuno e seguro.

Contribuindo para o alcance desses desafios, Bernardino et al. (2021) implementou Serviço de Gestão de Altas (SGA) que têm como objetivos, estabelecer canal de ligação formal entre o contexto hospitalar e a RAS, com enfoque principalmente aos pacientes com necessidade de cuidados continuados; procurando atuar na resolutividade assistencial após a alta hospitalar; prevenir agudização de condições crônicas; fortalecer a integralidade do cuidado e a racionalização dos recursos públicos. De modo que, o SGA é capaz de proporcionar o monitoramento de altas complexas de usuários dos serviços de saúde com elevada classificação de necessidades de saúde para continuidade de cuidado.

Por conseguinte o serviço favorece a continuidade de cuidado nas suas diferentes dimensões, contribuindo para o uso adequado e oportuno dos recursos de saúde, focalizando em ações que venham a otimizar na redução os custos com reinternações e contribuir para a qualidade de vida dos usuários. Para efetivar a continuidade do cuidado, foram estabelecidas e consolidadas as Linhas de Cuidado (LC) que perpassam diferentes pontos da RAS e exigem articulação para a efetividade do processo, tais como a realização de exames; terapias medicamentosas; curativos especiais; cuidados com estomas, entre outros (BERNARDINO et al., 2021).

Vale salientar que, o planejamento de alta é considerado o recurso mais importante para a transição do cuidado de forma segura, e inclui informações abrangentes sobre a doença e os cuidados dos quais os pacientes necessitam; educação do paciente/família/cuidadores, e a promoção da autonomia (VALENTE et al., 2022).

Outrossim que este planejamento, se dá no momento da admissão do paciente no hospital e compreende-se que a equipe do EGA devem coletar o máximo de informações possíveis sobre as necessidades que esse paciente terá após a alta. De modo que, essas ações evitem que o cuidado seja fragmentado e ineficiente.

Entende-se que a ausência destes mecanismos, são relacionadas com readmissões hospitalares evitáveis; aumento de custos; repetição desnecessária de testes, e acarreta sofrimento para o paciente e familiares. Além disso, vai ao encontro da integralidade do

cuidado, pois o fator não implica somente na diminuição dos gastos públicos com readmissões evitáveis, mas também, no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, ao dar autonomia e esclarecimento para o paciente acerca dos cuidados necessários para a manutenção da sua saúde fora do hospital. (WERBER et al., 2019; AUED et al., 2019; COSTA et al., 2020).

Contudo, podemos mencionar algumas ferramentas administrativas de gestão para realização da contrarreferência nos serviços de gestão de altas hospitalares como a ferramenta administrativa 5W2H, sendo um modelo que utiliza o mnemônico SBAR, onde: S – Situação: O que está acontecendo; B – Background: História prévia resumida e tratamento atual; A – Avaliação: Dados do exame físico. Resultados significativos; R – Recomendações: Cuidados pendentes. Também podemos contar com o Sumário de Alta (SA), ferramentas que demonstram estratégias fundamentais para o avanço da qualidade do cuidado e a segurança do paciente na transição de cuidados, princípios básicos na saúde e na enfermagem. Salientado que na perspectiva de linha do cuidado é de suma importância a utilização de instrumentos padronizados e de conhecimento de todos da equipe (CASTRO et al., 2022; FELIPE, et al., 2022; BRASIL, 2022).

Nesse contexto do Serviço de Gestão de Altas hospitalares podemos citar como exemplos internacionais e nacionais os Países Portugal e no Canadá, que para o cuidado continuado utilizam a terminologia adotada como enfermeiro de ligação e, na Espanha, enfermeiro hospitalar de enlace (MARTINS et al., 2018).

Nesta perspectiva e no âmbito brasileiro, podemos mencionar os destaques aos do Serviço de Gestão de Altas (SGA) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que tiveram como objetivos com a implementação do serviço em estabelecer um canal de ligação formal entre o hospital e a RAS, também sendo referência desta linha de cuidado o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

As evidências científicas tem apontado que a implementação de um Serviço de Gestão de Altas contribui para a realização do planejamento da alta pela equipe multiprofissional, o acompanhamento do paciente e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (BAHR et al., 2020; COSTA et al., 2020).

Assim sendo, espera-se deste estudo que a implementação do Serviço de Gestão de Altas contribua para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta, o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde e, melhorando assim, o sistema de saúde como um todo. Pretende-se com a pesquisa assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvam o planejamento de cuidados na alta,

educação em saúde, educação permanente em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta.

Dessa maneira, o questionamento central da pesquisa é: Quais ferramentas de gestão contribuem para a implementação do Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH?

OBJETIVOS

- ✓ Analisar as ferramentas de gestão que contribuem no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta em um hospital universitário.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso único seguindo o referencial metodológico de Robert K. Yin (2015). Para o levantamento de dados, optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: entrevista/grupo focal, observação direta não participante e pesquisa documental. A motivação da escolha metodológica por uma pesquisa de abordagem qualitativa assenta na possibilidade de acolher uma compreensão profunda do fenômeno estudado e permitir o diálogo com os sujeitos envolvidos.

A escolha pela modalidade Estudo de Caso justifica-se para compreender sobre uma realidade social; descrever, discutir e analisar a complexidade do caso concreto e construir para uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo. A pesquisa que utiliza o Estudo de Caso deverá vir precedida de um planejamento rigoroso, auxiliada por um rico referencial teórico, pelas características do caso a ser estudado e todas as ações desenvolvidas no processo da pesquisa até chegar a um relatório final. O investigador enfrentará circunstâncias técnicas distintas devido à riqueza do fenômeno e grandeza do contexto real (YIN, 2015).

Este método torna-se adequado, uma vez que se pretendeu analisar a implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, utilizando-se ferramentas de gestão.

Local de estudo

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis, Santa Catarina. Fundado em 1980. Hospital geral, classificado como de média e alta complexidade, em 2020 contava com 238 leitos ativos que atuavam em diversas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar.

As unidades para a realização dessa pesquisa foram: as Unidades de Clínica Cirúrgica (UCC) I e II e de Clínica Médica (UCM) II e III, totalizando aproximadamente 120 leitos. Historicamente nessas unidades a taxa de ocupação de idosos é expressiva, em 2017 a ocupação de idosos passava de 50% tanto nas unidades clínicas quanto cirúrgicas. Nas unidades do estudo (UCM e UCC), o quantitativo de enfermeiros compreende: três (03) no período matutino, três (03) no vespertino, um (01) enfermeiro noturno, uma (01) enfermeira de referência e uma (01) enfermeira exclusivamente para os atendimentos de pacientes da oncologia e hematologia de segunda-feira a sexta-feira.

Os setores administrativos de educação permanente e direção geral de enfermagem e a Unidade de Regulação Assistencial (URA) que engloba o Setor de Contratualização e Regulação (STCOR). Sendo que, o Escritório de Gestão de Alta (EGA) está vinculado à URA, localizado em (01) um sala próxima ao serviço de pronto-socorro.

Participantes da pesquisa

Constituída pelos gestores e profissionais que atuam no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, bem como, os pacientes internados nas unidades do estudo. Os gestores incluem a Enfermeira Chefe da Divisão de Enfermagem, Diretora de Enfermagem, Enfermeira e gestora do Núcleo Interno de Regulação (NIR), enfermeiros assistências das unidades do estudo UCM e UCC e os profissionais da Equipe do Escritório de Gestão de Altas HU/SC.

O convite foi realizado pessoalmente, pela pesquisadora/aluna de pós-graduação e dentre os critérios de inclusão para a seleção dos gestores e profissionais, possuir idade superior a 18 anos e atuar na instituição durante o período da pesquisa, com tempo mínimo de 6 meses na Instituição. Foram excluídos aqueles que estavam de licença médica, licença-prêmio, férias

ou que optaram por recusar a participação no estudo.

Quanto aos critérios de inclusão dos pacientes, foram identificados aqueles que estavam internados nas unidades UCM e UCC, com idade superior a 18 anos, fluência no idioma português do Brasil e que estavam permanecendo internados por no mínimo 72 horas nas unidades do estudo. Os pacientes foram informados que a coleta de dados ocorreria por meio de ligação telefônica e após sete dias da alta hospitalar.

Para os profissionais foi entregue pessoalmente o convite para participação da pesquisa, contendo no mesmo data, horário e local para realização do grupo focal, após o aceite de participação, foi seguindo da coleta de assinaturas do TCLE (APÊNDICE C e D). Com relação aos pacientes participantes da pesquisa, foi realizado o convite, após análise do caso clínico de cada paciente e baseando-se nos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa conforme (ANEXO B).

Não houve recusa e nem desistência dos participantes para participar do estudo. Uma das limitações do estudo foi que os 04 (quatro) enfermeiros que faltaram no grupo focal estavam em uma reunião emergencial, realizada no Hospital Universitário, impossibilitando-os da participação no momento da coleta de dados do grupo focal dos profissionais, e resultando na exclusão dos mesmos no estudo. Cabendo destacar que relacionado aos pacientes ocorreu o óbito de um participante do estudo, 24 (vinte e quatro) horas após a alta hospitalar, o que resultou na exclusão do paciente deste estudo.

Coleta de dados

Para coletar os dados com os gestores, profissionais do Escritório de Gestão de Altas e enfermeiros assistenciais foi realizada a técnica do grupo focal e utilizado roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas fechadas para obter informações relativas à caracterização (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, função exercida, formações complementares) e questões abertas sobre a implementação do Escritório de Gestão de Altas.

Para coletar os dados realizada com o Enfermeiros de Continuidade do Cuidado do Escritório de Gestão de Altas, sobre o preparo e planejamento para a alta, foi sugerido inicialmente a utilização do questionário (ANEXO A) proposto pelo Ministério da Saúde, em 2017, sobre alta responsável. Cabendo destacar que durante o processo de inserção implantação do EGA, a equipe relatou que utilizou como base o modelo, porém reformularam um instrumento com particularidades que acharam pertinente na rotina do Hospital Universitário.

Foram realizadas várias reuniões com os gestores e profissionais de saúde e ampla discussão sobre instrumentos de gestão, entre eles, a elaboração do Procedimento Operacional

Padrão (POP) com as competências do enfermeiro do EGA e a visita técnica no Hospital Universitário de Curitiba/PR. A equipe do EGA (HU/EBSERH/UFSC) decidiu elaborar o próprio documento para atender as necessidades do serviço. Sendo assim, foi utilizado o instrumento (ANEXOS B e C) para escolha e coleta de dados dos pacientes da pesquisa.

Para coleta de dados com os pacientes foi utilizado roteiro semiestruturado, aplicado por meio de entrevista. A ligação telefônica foi realizada por aparelho celular (*whatsApp*) para o número fornecido pelo paciente na alta hospitalar e, após o aceite do convite para participar da pesquisa, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D). O agendamento da entrevista foi por meio de mensagem de *whatsApp* e respeitou a disponibilidade dos participantes.

Para os participantes que não respondessem a mensagem de *whatsApp*, após a realização de três tentativas, no período de 48 horas, seriam excluídos da pesquisa, assim como, aqueles que não atendessem as ligações telefônicas para coleta. Já os participantes que optassem por recusar a participação durante o período de coleta de dados seriam excluídos do estudo. Cabe ressaltar que durante a coleta de dados não ocorreu recusa na participação da pesquisa, contudo ocorreu o óbito de um dos participantes do estudo, 24 horas após a alta hospitalar, sendo realizado contato com equipe do EGA/HU onde foi repassada a informação, o que resultou na exclusão do paciente desta pesquisa.

O período de coleta foi de outubro a novembro de 2023, realizada em duas etapas, sendo que, a primeira etapa consistiu na seleção dos participantes e realização de convite para participação da pesquisa de forma individual tanto para os pacientes, quanto para os profissionais que participaram do grupo focal. A segunda etapa, compreende-se pela coleta de dados e a transcrição das entrevistas.

Ao final do grupo focal, de acordo com a vontade expressada pelos profissionais, optou-se por avaliar o aproveitamento do estudo de caso do grupo focal, bem como, julgou-se desnecessário a realização de mais um grupo focal para o estudo, uma vez que o desenvolvimento dos debates e a participação expressiva dos presentes se mostrou suficiente para responder a pesquisa, demonstrando que as diferenças em relação a uma nova amostra não influenciariam para discussão e alcance dos objetivos da pesquisa.

O tempo da aplicação do roteiro semiestruturado, ficou entre 10 a 15 minutos aproximadamente de ligação telefônica com cada paciente, sendo realizado o agendamento prévio através do contato por via mensagens de programa *WhatsApp*. Assim sendo, para realização do grupo focal com os profissionais, foram destinados 52 (cinquenta e dois) minutos de discussão do roteiro semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, com áudio gravado em 04 (quatro)

aparelhos digitais, sendo eles: um aparelho gravador, dois aparelhos celulares e um notebook, uma gravação de vídeo, sendo que realizado 01 (um) grupo focal, um encontro. E, posteriormente os conteúdos das entrevistas foram transcritos na íntegra em documentos de Microsoft *Word e Excel*. Os registros respeitaram a autenticidade dos documentos e a literalidade dos relatos dos participantes.

Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme referencial teórico metodológico de Minayo (2015), utilizando-se a técnica de Análise Temática 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 que foi coletado, buscando entender as particularidades do conteúdo exposto pelos participantes, para que então, emergir em organizar, classificar e referenciar os conceitos teóricos para exploração do material (Minayo, 2015).

Ademais foram organizados em documentos e planilha do Microsoft *Word e Excel*. Após ser realizada análise, passarão para a categorização, interpretação dos dados elencados durante todo processo, chegando as discussões e levantamento dos resultados encontrados na pesquisa.

Considerações éticas

Esse estudo atendeu a Resolução n.466, de 2012 e nº 501 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012) e será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), aprovado com CAAE: 55849322.9.0000.0121 e Parecer: 5.439.360.

O convite aos participantes foi individual, pessoalmente pela pesquisadora. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D), antes do início da coleta de dados. Também foi garantida a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

O anonimato e a confidencialidade das informações estão respeitados para preservar os participantes pacientes, quando citados foram identificados pela letra (P) e, sua sequência numeral corresponde a ordem de coleta de dados da pesquisa. Por exemplo, a primeira pessoa que se manifestou respondendo aceite na pesquisa e foi recolhida assinatura está identificada como sendo P1, a segunda P2.








RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois momentos. O primeiro será sobre a caracterização dos profissionais e a análise desses participantes em relação ao uso das ferramentas de gestão. Desta análise resultaram três categorias: 1) Processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta; 2) Gestão da continuidade do cuidado e o trabalho da equipe multiprofissional e, 3) Ferramentas de gestão para efetivar o planejamento da alta e a continuidade do cuidado.

Caracterização dos profissionais do estudo

Dos sete participantes profissionais, seis eram do sexo feminino, um do sexo masculino, com idade média superior há 32 anos. Referente ao tempo de atuação na Instituição, quatro participantes estão há mais de 10 anos e três, entre 11 meses a 4 anos. Quanto ao tempo de formação cinco participantes responderam de 14 a 32 anos e dois responderam 07 anos. Sobre o tempo de experiência na “Atuação com atividades de transição de cuidados”, três participantes consideraram que suas experiências profissionais eram o mesmo tempo de atuação profissional, sinalizando de 14 a 32 anos de atuação, já três responderam não ter experiência durante o primeiro ano de formação, e um participante considerou que durante 03 anos não trabalhou com atividades relacionadas com transição de cuidados. Conforme será apresentado, no Quadro 2, a caracterização dos profissionais do estudo.

Quadro 2: Caracterização dos Profissionais participantes da pesquisa

Enfermeiros Entrevistados	Idade	Sexo	Categoria profissional	Tempo de formação	Área de atuação atual	Tempo de trabalho na Instituição	Tempo de atuação com atividades de transição de cuidados
 Cacto estrela	53	F	Enfermeiro	32 anos	Unidade de regulação	21 anos	32 anos
 Disocactus	34	F	Enfermeiro	07 anos	Clinica Cirurgica I	11 meses	06 anos
 Acanthocereus	32	F	Enfermeiro	07 anos	EGA	04 anos	06 anos
 Opuntia	48	F	Fisioterapeuta	25 anos	Unidade de regulação	21 anos	25 anos
 Lampranthus	37	F	Enfermeiro	14 anos	Clinica Médica III	12 anos	14 anos
 Mammillaria	41	F	Assistente Social	19 anos	EGA	16 anos	16 anos
 Cerus	36	M	Enfermeiro	15 anos	Cinica Médica II	1 ano e 1 mês	14 anos

Fonte: autora, 2023.

Análise dos profissionais em relação a alta hospitalar

Da análise dos profissionais do estudo, resultaram três categorias: processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta; gestão da continuidade do cuidado e o trabalho da equipe multiprofissional e, ferramentas de gestão para efetivar o planejamento da alta e a continuidade do cuidado.

Processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta

Segundo os participantes desse estudo, o manejo de pacientes envolve planejamento, concretização/implementação e decisão do cuidado a ser realizado e continuado. Os profissionais relataram que no processo de implementação do EGA, buscaram acompanhar os pacientes com indicações de continuidade de cuidado e discutiram os critérios de inclusão: o paciente com doença crônica de difícil manejo; continuidade de tratamento no domicílio; cuidados paliativos; uso de dispositivos, necessidade de encaminhamentos na atenção especializada e reabilitação.

[...]A gente estava, participou ativamente ali né? Da construção, da implantação né! sabe que rolou toda uma etapa anterior né, já vinha vindo de outra temporada de planejação, e acho que gradativamente evoluindo, e até combinar no ano passado, a que a gestão também comprou ideia. E foi se desenvolvendo também, nessa proposta e aí tivemos a visita, a Ida, né! No Hospital de Curitiba, pra poder ver como funcionava em outros lugares, pra realmente trazer uma proposta pra cá. De planejamento e ação pra dentro aqui do HU, né! Com as particularidades dos pacientes que seriam atendidos aqui. [Opuntia]

[...]Eu participei da reunião disso, né! Desde as primeiras instituições que a gente nem sabia direito o que era isso... foi buscando informações, a professora veio trazendo algumas informações da experiência, discuti com alguns enfermeiros da área de básica. Então, essa construção foi muito interessante. As meninas são muito envolvidas e tem dado esse retorno da quantidade de pacientes, de como que isso tem se desenvolvido, da busca por essa contrarreferência. [Cacto Estrela]

[...]Participei de dois momentos desse processo, né! Então inicialmente era uma participação mais como fomentador, patrocinador, né! Desde a ideia até a implantação. Mas falando hoje, né, como eu percebo hoje nesse processo, como enfermeira da unidade, eu vejo que nós somos, assim, parceiros, colaboradores desse processo, né! É necessário esse trabalho em conjunto. [Lampranthus].

[...] Facilitador também, pra essa comunicação, ou seja, pra um start, ou seja, pra receber o escritório, pra articular as conversas, né, com os demais profissionais ou com a própria família, no sentido de facilitar mesmo, de auxiliar, de complementar. E me sinto parte, talvez, me sinto parte do escritório. Eu me percebo nesse sentido, assim, de colaborar, de ser parceira,

de facilitar e de ser membro mesmo, membro lá na ponta, mas de representar também nesse sentido, né, de dar continuidade. [Lampranthus].

[...]quando a gente realmente sentou pra escrever o regimento, pra discutir um pouco do que seriam as atribuições, eu acho que ao longo dessa trajetória a gente ainda tá também incorporando, né! A cada dia um pouquinho mais. [Acanthocereus].

[...] Acho que a gente está aprimorando e amadurecendo isso, todos os dias a gente procura resgatar aquilo que nos é próprio como serviço, na área da execução, no executivo do escritório. [...] Como que a gente é esse contínuo também de garantir? De ser esse canal de continuidade do atendimento para o paciente, e também, como que a gente pode contribuir efetivamente na gestão alta. [Mammillaria].

Foi discutido sobre o nome do serviço:

[...]a gente descobriu que tem um documento, por exemplo, que a gente sempre discutia muito da questão do nome, do escritório, o porquê escritório? o que... que é o escritório? E aí, a gente descobriu o conceito exato do porquê escritório, o que... que a sede entendia pelo escritório. Dessa interface que a gente tem com a assistência de realizar contrarreferência. [...] também nessa interface que a gente tem com a gestão, que é de ver dentro dos fluxos internos o que pode ser melhorado e está trabalhando dentro disso. [Acanthocereus].

A relação com os diversos setores do hospital e a Rede de Atenção a Saúde, o destaque no trabalho em equipe multiprofissional e os desafios enfrentados durante o processo de implementação do EGA. Pode ser observado que a equipe do EGA e a equipe assistencial discutem os casos dos pacientes, baseados em evoluções e dinâmicas de atendimento diários das equipes diurnas e noturnas, bem como, a evolução do paciente naquele ambiente durante a internação hospitalar.

[...] o primeiro desafio foi essa busca de tentar construir algo próprio, que não fosse a reprodução da assistência ou um rearranjo do que eu já fazia, então, acho que esse foi um grande desafio para a gente, buscar referências para isso também, dentro de um contexto de uma equipe que se propunha a ser multiprofissional. [Mammillaria].

[...] A comunicação que a gente, já está ali no piloto de round, para facilitar a comunicação. Então a gente também está se encontrando como serviço e colocando ali a nossa perninha em cada lugar do hospital, dentro daquilo que a gente pode estar contribuindo. [Acanthocereus].

Um dos participantes destaca a evolução do Escritório de Gestão de Alta, após ser instituído. Citando suas observações durante a fase inicial e o desenvolvimento das ações no decorrer dos meses, finalizando com menção ao sentir-se beneficiada com a inserção do EGA no trabalho.

[...] Acho que se agregaram mais, ou talvez já estavam, e eu não conhecia ainda, mas agora, a gente já se conhece. E, no início o escritório foi muito ok... vai dar suporte de contrarreferência aos pacientes que são aqui de Florianópolis. A mensagem, né! E, isso foi aos poucos, o objetivo disso, a ideia disso, foi aos poucos se encaixando na nossa cabeça. No nosso entendimento. Como que seria? Que funcionasse, que é o processo. [...] Hoje, já está bem mais claro, bem mais definido assim, né! Pra gente! E, a gente tem se comunicado em tudo. Eu, me percebo assim! Como, enquanto, enfermeira, lá na assistência, de certa forma também, beneficiada por esse processo do escritório de alta. [Disocactos].

Os participantes expõem suas preocupações relacionadas a assistência dos pacientes no que se refere a pós-alta hospitalar. Relatam que o suporte que tem sido ofertado pelo Escritório de Gestão de Alta tem ajudado na realização da comunicação com os pacientes sobre o planejamento e contrarreferência.

[...]Juma das coisas que eu vejo, que mais nos angustia...paciente com curativo complexo né? Então fica pensando? Vai lá pra? Sei lá, pra Palhoça? Não sei pra onde? E, será que vai ter esse suporte que a gente dá aqui? Então, vocês vêm fazendo esse link, todo esse trabalho, para que esse paciente tenha o melhor suporte possível dentro das condições do município X, lá que ele vá. [...] Então, eu me sinto parte desse processo todo, e também agradecido por ter esse serviço hoje no HU, que nos dá um suporte, e mais ainda, beneficia o paciente para que ele não volte, ou não volte tão cedo. [Cerus].

[...]Mas é necessário que a Ponta também esteja envolvida e também faça a sua parte, né! Então, não finaliza o trabalho, não se tem essa continuidade, se todos não participarem. [Lampranthus].

Os participantes relataram sobre a importância das visitas realizadas pelo EGA aos pacientes, e do desejo de realizar a continuidade do cuidado.

[...] E... tá perto das equipes, tá perto do paciente também, para mim, hoje é importante não perder contato com paciente. Eu tenho muita satisfação! Então, fazer as visitas, conhecer esse paciente, tá dentro do processo de escritório também. [Mammillaria].

[...]Às vezes, a gente se percebe assim em algumas situações, em que o paciente vai de alta e tu se pergunta? Mas tal situação? Tal curativo? Tal, sei lá...acompanhamento? Como que vai ser fora daqui? Né! E, eu não vou estar pra dar esse suporte. Então, a gente vai ficando nessa preocupação, de como que seria? [...] mas o paciente, então, ele fazia o que podia fazer, tá com os papéis de encaminhamento! Vai pro posto de saúde, esperando que lá ele tivesse esse acompanhamento, esperando que fosse. Então o fato de o escritório ter esse contato com a contrarreferência, deixa a gente enquanto profissional se sentindo um pouco mais seguro, mais tranquilo assim, né, de que alguém vai estar cuidando desse paciente depois, né [...]E, enfim, e aos poucos vai se comentando, se estruturando essa relação de vocês com a equipe, e também com o paciente, né. [Disocactos].

[...]Às vezes, a gente se percebe assim em algumas situações, em que o paciente vai de alta e

tu se pergunta? Mas tal situação? Tal curativo? Tal, sei lá...acompanhamento? Como que vai ser fora daqui? Né! E, eu não vou estar pra dar esse suporte. Então, a gente vai ficando nessa preocupação, de como que seria? [...] mas o paciente, então, ele fazia o que podia fazer, tá com os papéis de encaminhamento! Vai pro posto de saúde, esperando que lá ele tivesse esse acompanhamento, esperando que fosse. Então o fato de o escritório ter esse contato com a contrarreferência, deixa a gente enquanto profissional se sentindo um pouco mais seguro, mais tranquilo assim, né, de que alguém vai estar cuidando desse paciente depois, né [...]E, enfim, e aos poucos vai se comentando, se estruturando essa relação de vocês com a equipe, e também com o paciente, né. [Disocactos].

A gestão da continuidade do cuidado e o trabalho em equipe multiprofissional

Referindo-se a gestão da continuidade do cuidado e aos fatores como o envolvimento do paciente e da família durante o processo de transição do cuidado, alguns profissionais trouxeram as seguintes abordagens:

[...]Puxando esse gancho, por exemplo, dos pacientes com curativo complexo, eles sempre ficam naquela angústia de como que vai ser? Como que eu vou fazer? Eu não sei fazer esse curativo. [...]E aí, tendo o suporte, sendo efetivo gera segurança, isso favorece até o processo da alta, porque daí eles vão mais seguros, de que de alguma forma eles vão ter um suporte fora daqui...que vão retornar talvez ao ambulatório, que vai ser só no posto de saúde, eu não sei. Mas, eu acredito que facilita. [...]Alguns pacientes, algumas famílias, enfim, isso é questão pessoal, mas alguns têm um pouco de dificuldade do entendimento, assim, de entender que vai haver esse processo. Então, às vezes eles ficam inseguros, mas é questões deles, assim, né! [Disocactos].

Evidenciando-se a importância do trabalho do Escritório de Gestão de Alta e a relação com os demais serviços:

[...]Desde que a gente faz a busca ativa, identifica que aquele paciente está dentro do nosso perfil de atendimento. A gente já busca conhecer esse paciente, e conhecer essa rede de apoio, a família ou outras pessoas que pertencem nessa relação de cuidado do paciente, para de fato a gente avaliar, né. [Mammillaria].

[...]que a gente vai engajar também a equipe de referência na comunidade ao cuidado da pessoa. E isso muitas vezes, é essa construção junto com a família e com a equipe, isso às vezes constrói mesmo uma segurança, para que aquela família..." mas em geral a gente vê que isso ajuda no envolvimento da família e contribui, com certeza. [Mammillaria].

[...]Em algumas situações é feito também, conferência familiar, então, em situações mais complexas, que a gente percebe que a família tem mais dúvidas ou, enfim, às vezes, entre eles não se comunicam tão bem. Então, às vezes a vontade também de conferências familiares é multiprofissional, para que a família tenha esse espaço pra tirar dúvidas, pra esclarecer como

que vai ser no pós alta! A gente tem fomentado muito isso. [...]Tem várias situações em que a gente tem sugerido. É aí, que já fazia antes no escritório as conferências. E a gente também, sempre que antecipadamente já percebe ali, que vai ter uma dificuldade maior, a gente tem sugerido também. [Acanthocereus].

Ferramentas de gestão para efetivar o planejamento da alta e a continuidade do cuidado

A comunicação com outros serviços no planejamento da alta do hospitalar e para a continuidade do cuidado

[...]Quando a gente começou, nós enviávamos mensagem no WhatsApp. Ainda fazemos isso, só que muitas vezes as mensagens aparecem com as mensagens automáticas como resposta. O retorno é breve. Quem fica com aquele celular nem sempre vai ser o enfermeiro da unidade. Pode ser o agente de saúde, as vezes é médico, às vezes é enfermeiro. Então, não tem uma uniformidade. Também é feito por contato telefônico. Mas aí também tem a questão de atender. Então tem a unidade que atende! Tem a unidade que a gente nunca! Que até hoje não conseguiu falar com ninguém de verdade! Real! Real! [...] Então tem esse contato telefônico. Quando a gente consegue que alguém atenda o telefone, normalmente é o recepcionista. Então, algumas...marcar uma necessidade domiciliar, uma necessidade de enfermagem. Não é ele quem faz! Aí, ele vai chamar o enfermeiro, mas o enfermeiro está em necessidade domiciliar. Não está em atendimento. Então, não é facilitado. [Acanthocereus].

[...] E, o E-mail, que é a nossa fonte que a gente enviou principalmente quando a paciente vai de alta, a gente envia o sumário de alta, o formulário próprio de contrarreferência pra instituição. E, daí pro Centro de Saúde. E, daí as respostas também são variadas... então, às vezes, nós conseguimos o retorno, né? Inclusive dizendo assim: Fizemos a visita tal dia, foi dessa forma...Alguns respondem: agendamos para tal dia, outros já dizem: encaminhamos para o paciente, ciente, agradecemos o contato, providenciaremos. Mas, não dão assim... nada mais palpável. [Acanthocereus].

[...]A gente já pegou algumas situações, que foi possível avaliar várias dificuldades da rede. Na minha visão, a rede é viva! A rede tem uma vida, porque hoje abre um posto, remaneja toda aquela comunidade para outra unidade, e, é viva no sentido de que muitas vezes os gestores precisam fazer contrato temporário de trabalho, que é um impacto na gente, no sentido de que às vezes alguém que chegou e nem sabe o que é escritório de alta, que está recebendo um e-mail, que está recebendo WhatsApp, então, acho que a gente lida muito também, com esses aspectos, nesse campo da comunicação. Porque a gente sabe que às vezes quem está recebendo é alguém que acabou de chegar, ou é alguém que está lá temporariamente, e aí lida com a sua demanda às vezes de forma diferente. [Mammillaria].

[...]tivemos uma reunião com o município de Florianópolis para poder tentar levar essas dificuldades que elas estavam tendo junto ao município. E, eu acho que realmente eles mostraram que... eu acho que eles também não estavam nem preparados para essa proposta nova também, então, eles tinham dúvidas do que era, o que podia ser feito, e estão nesse trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de construir um fluxo, de tentar melhorar, até encurtar esse caminho, os telefones, os contatos das... como elas chamam? Coordenadoras

dos distritos... apoio de distrital, então, tá sendo iniciado esse vínculo um pouco mais próximo. [Opuntia].

A elaboração de instrumentos para a gestão da alta.

[...]A gente vê que tem alguns instrumentos, né! Aliás, tem os instrumentos como o Kanban, que o médico não poderia estar utilizando? Assim como a equipe toda, mas desse planejamento, a previsão de alta do paciente, mas ainda a equipe médica ainda não tá engajada pra realmente utilizar isso, esse instrumento e ferramenta e até compartilhar isso com toda a equipe, porque aí fica muito mais fácil, planejar a alta quando, tu, tem uma previsão dela e daquela internação conforme cada patologia. [Opuntia].

[...]Mas...eu sou defensora do resumo de alta, porque, assim, é alguma coisa que o paciente leva com alguma informação do que ele fez, gente! Sim, o sumário! É o sumário! Porque, eles vão muito perdidos, a grande maioria. Claro que não são todos, mas a grande maioria, sim. Então, assim, eu acho que aquele papel que eles levam com alguma coisa escrita, pelo menos que ele foi internado e que é algum tipo de diagnóstico ali, é importantíssimo. Então, acho que esse é um ponto forte que eu queria colocar. [Cacto Estrela].

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que o processo de implementação do Escritório de Gestão de Altas iniciou com reuniões internas no Hospital Universitário, com a participação de professores da UFSC, gestão do HU/EBSERH e do município de Florianópolis.

A gestão de altas, visa aprimorar os cuidados após a saída do paciente do contexto hospitalar e pretende orientar os pacientes sobre o autocuidado, bem como, na reabilitação. Considera-se que o planejamento da alta hospitalar possibilita que a APS se prepare para receber o paciente focando nas necessidades e ofertando um atendimento mais eficiente e individualizado aos cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A ausência dos mecanismos de planejamento de alta e continuidade do cuidado, acarretam adoecimento evitável; readmissões hospitalares, aumento dos gastos, frustração das equipes e descontinuidade do cuidado em saúde, tencionando o paciente ao declínio de piora ao seu quadro de saúde (WERBER *et al.*, 2019).

Segundo Lopes *et al.* (2020), o planejamento da alta hospitalar consiste em criar um plano personalizado para cada paciente que está deixando o hospital com o objetivo melhorar os resultados em relação a sua recuperação e conter custos. Recomenda-se que, o planejamento da alta, seja realizado desde a admissão do paciente, para garantir a continuidade do tratamento

e a alta hospitalar no momento oportuno e seguro.

Nas unidades de internação deste estudo tem sido utilizado o Kanban, sistema que tem o objetivo de auxiliar na gestão dos leitos. Consiste basicamente de painéis digitais com informações sobre o número do quarto e do leito, identificação do paciente como no prontuário, data e horário da internação, o tempo em que está no hospital (desde a sua admissão) e o tempo médio de internação. Os painéis terão dados fornecidos pela Unidade de Regulação Assistencial (transferência, reserva de leitos e vagas), pelo Escritório de Gestão de Altas (acompanhamento do caso), pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (que usará siglas para manter o sigilo das informações) e pela Enfermagem, com dados sobre liberação de visitas, troca de acompanhantes e restrições específicas.

De acordo com os responsáveis pela instalação do Kanban e pelo treinamento das equipes, a expectativa é de que, com estes painéis, as equipes tenham uma ferramenta mais precisa e adequada para gestão da assistência, visualizando de forma rápida os pacientes com internações prolongadas e pendências para altas. O sistema também ajuda o Escritório de Gestão de Altas na busca ativa por leitos que ultrapassem o prazo previsto de internação, adotando medidas necessárias em cada caso junto à equipe assistencial, além de melhorar a comunicação interna para gerenciamento de acompanhamentos e visitas.

Além disso, pode-se compilar todos os procedimentos e articulações necessárias durante o processo de internação do paciente até o desfecho da alta hospitalar segura. Desse sistema resultarão planilhas de controle, checklist, notificações e ligações (telefônicas), protocolos de referência e contrarreferência e indicadores de cuidados prestados no contexto hospitalar. Salienta-se que a busca ativa dos prontuários desses pacientes deve ser realizada diariamente para que este instrumento vise à qualidade do cuidado aos pacientes.

Segundo Guzinski et al, (2019) a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde acontece quando há contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e a capacidade de antecipar com precisão problemas futuros. Ainda ressalta a contribuição das ferramentas administrativas para efetividade do alcance da comunicação ativa da equipe, os investimentos e avanços em tecnologias de informação têm ganhado destaque na busca pela comunicação efetiva, entretanto, não substituem a comunicação verbal devido à riqueza nas interações.

Dessa forma, a comunicação verbal continua sendo importante ferramenta para compartilhar informações acerca dos pacientes, transmitindo urgência e destacando nuances situacionais. Neste contexto, os rounds interdisciplinares estruturados são recursos que

favorecem a comunicação entre membros da equipe, pois podem reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital e melhorar indicadores de qualidade.

Uma ferramenta importante para o serviço do EGA, seria a utilização de sistemas de informação como o “e-saúde”, está plataforma que proporciona a contrarreferência de forma compartilhada, com a RAS, ela torna-se instrumento facilitador para CC e transição do cuidado do paciente. Essa experiência foi encontrada no Complexo Universitário do Hospital de Clínicas do Paraná, onde do as Enfermeiras de Ligação (EL) inserem diretamente no prontuário eletrônico do paciente as informações referentes à sua internação, contando com o resumo de alta, plano de cuidados e eventualmente exames que ajudam no seguimento ao cuidado na atenção primária. Fica explícito que esta interligação facilita o processo de continuidade das ações na APS. Destaca-se que para fortalecer a continuidade gerencial e relacional, as EL realizem reuniões clínicas e multidisciplinares, discussão de casos complexos, reunião com familiares, entre outras (BERNARDINO et al., 2021).

Sugere-se que o EGA elabore alguns indicadores para monitora o número de altas gerenciadas, o total de altas por unidade, altas gerenciadas por distrito sanitário; média de dias entre internação e início do processo de gerenciamento da alta hospitalar; média de dias entre o início do processo e a alta gerenciada; número de reinternações de pacientes com alta gerenciada; meio de captação dos pacientes e unidades de saúde vinculadas aos pacientes que servem como base para os avanços de estratégias e a organização do processo de trabalho, os feedbacks dos pacientes registrados através meios formais de acesso como canal de ouvidorias por exemplo (BERNARDINO et al., 2021).

Conforme BÃO et al, (2019) os indicadores de qualidade podem subsidiar melhorias nos serviços de saúde e no trabalho da enfermagem, considerando a busca em fortalecer as políticas públicas de saúde. Entende-se como medidas de desempenho, ou seja, instrumentos com foco no resultado esperado e processo essencial para a obtenção de resultados relacionados à qualidade do serviço, considerando que os indicadores também alertam quando ocorre desvio de uma situação considerada normal ou esperada, sinalizando para que o processo em questão possa ser revisado, impedindo a instalação do problema. Sugere-se para EGA que sejam realizados encontros com as equipes da RAS, principalmente com a APS, de forma mensal, com intuito de melhorar o serviço e adequar as arestas. Faz-se importante a realização de relatórios desses indicadores após os levantamentos, pois a qualidade da transição do cuidado será certamente impactada através dessas ações norteadoras de gestão e cuidado em saúde.

Destaca-se que nos serviços de saúde o enfermeiro tem papel fundamental na gestão da assistência à saúde e espera-se deste profissional conhecimento, habilidades e atitudes

adequadas para desempenhar as suas funções gerenciais com eficácia. O uso de instrumentos como protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Sugere-se assim, a criação de protocolos de referência e contrarreferência para o EGA, pois os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado, considerando também a utilização do sumário de alta padronizado para contrarreferência dos pacientes.

Visto que, os enfermeiros têm importante atuação para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvem o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta. A coordenação do cuidado reflete positivamente no preparo do paciente para retornar ao domicílio e, conseqüentemente, nos resultados pós-alta. O enfermeiro, como coordenador da alta, desempenha um papel estratégico junto à equipe, para facilitar que o paciente e a família consigam realizar os cuidados no domicílio com autonomia, segurança e qualidade.

A seguir será apresentada a caracterização dos pacientes e a análise desses participantes em relação a alta hospitalar. Desta análise emergiram duas categorias: o planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado e, a humanização da assistência.

Caracterização dos pacientes do estudo

Dos nove pacientes participantes da pesquisa, cinco eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, sendo que cinco deles com idades de 70 a 76 anos, e quatro participantes entre 59 a 67 anos. Com relação existência de comorbidades pré-existentes antes da internação hospitalar evidenciou-se que 100% dos participantes já tinham no mínimo uma comorbidade existente. A maioria (nove) dos pacientes apresentou grau elevado de dependência de cuidados continuados; seis com grau semidependente; dois com grau independente; e um com grau dependente.

Cabe destacar, que todos os participantes deste estudo estavam internados nas unidades piloto desta pesquisa, sendo que destes 04 pacientes estavam internados na Unidade Clínica Médica III, 02 na Unidade Clínica Médica II, 02 estavam internados na Unidade Clínica Cirúrgica I, e 01 paciente estava internado na Unidade Clínica Cirúrgica II. Salientamos que referente ao tempo de internação dos pacientes, dois pacientes estavam por um período de 30 a 40 dias, e os outros sete pacientes permanência de 04 a 10 dias de internação.

A seguir será apresentada a caracterização dos pacientes participantes da pesquisa, conforme **Quadro 3**.

Quadro 03: Caracterização dos pacientes

Pacientes Entrevistados	Idade	Sexo	Grau de dependência	Motivo da Internação	Local de Internação	Tempo de internação	Contrarreferência – Itens recomendados para o cuidado
P1	70	F	Semidependente	Celulite em MMII	Clinica Médica III	07 dias	Materiais para curativo, andador.
P2	67	F	Semidependente	Doença Arterial Obstrutiva Periférica Ruterford V	Clinica Médica III	30 dias	Materiais para curativo, cadeira de rodas e banho, fraldas.
P3	59	F	Semidependente	Pé diabético infectado	Clinica Cirurgica II	04 dias	Materiais para curativo, meios auxiliares de locomoção.
P4	73	M	Dependente	Neoplasia duodenal	Clinica Médica II	40 dias	Fraldas, cadeira de rodas, meios auxiliares de locomoção, materiais para curativo.
P5	62	M	Semidependente	Oclusão de bypass ilíaco poplíteo	Clinica Cirurgica I	09 dias	Andador, cadeira de banho, materiais para curativo.
P6	70	M	Semidependente	ITU em paciente sondado – Câncer de próstata com metástase	Clinica Médica III	06 dias	Materiais cuidados/manuseio de SVD, materiais para curativo.
P7	72	M	Independente	Injúria renal aguda	Clinica Médica II	04 dias	Medicamentos
P8	65	M	Independente	Tromboembolismo pulmonar TEP	Clinica Médica III	05 dias	Medicamentos
P9	76	F	Semidependente	Gangrena úmida diabética	Clinica Cirurgica I	10 dias	Materiais para curativo, meios auxiliares de locomoção (andador)

Fonte: autora, 2023.

Análise dos pacientes em relação a alta hospitalar

Desta análise emergiram duas categorias: o planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado e, a humanização da assistência.

O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado

A equipe do Escritório de Gestão de Alta, desenvolveu alguns instrumentos, entre eles: formulário de visita (ANEXO B) e o Formulário de contrarreferência (ANEXO C).

Considerando a necessidade de cuidados continuados pós-alta hospitalar, foi recomendado a sete pacientes materiais para realização de troca de curativos e dois medicamentos. Assim sendo, 78% dos participantes tiveram alta hospitalar com lesão em algum membro do corpo, para a realização de continuidade do cuidado no domicílio.

É fundamental que os profissionais envolvidos no processo de alta, tenham conhecimento de todos os setores hospitalares, materiais, equipamentos, redes de apoio a serem acionadas e a comunicação com os familiares e cuidadores.

O Enfermeiro de Continuidade do Cuidado (ECC) do Escritório de Gestão de Alta necessita ter conhecimento dos processos de trabalho, de protocolos existentes na instituição e realizar orientações ao paciente e familiares sobre os cuidados no domicílio. A seguir será apresentado no **Quadro 04**, as orientações fornecidas pelo Enfermeiro na alta hospitalar.

Quadro 04: materiais recomendados na alta hospitalar para a continuidade do cuidado no domicílio

Pacientes Entrevistados	Contrarreferência Itens recomendados para o cuidado
P1	Materiais para curativo, andador.
P2	Materiais para curativo, cadeira de rodas e banho, fraldas.
P3	Materiais para curativo, meios auxiliares de locomoção.
P4	Fraldas, cadeira de rodas, meios auxiliares de locomoção, materiais para curativo.
P5	Andador, cadeira de banho, materiais para curativo.
P6	Materiais cuidados/manuseio de SVD, materiais para curativo.
P7	Medicamentos.
P8	Medicamentos.
P9	Materiais para curativo, meios auxiliares de locomoção (andador).

Fonte: autora, 2023.

É fundamental que os profissionais envolvidos no processo de alta, tenham conhecimento de todos os setores hospitalares, materiais, equipamentos, redes de apoio a serem acionadas e a comunicação com os familiares e cuidadores.

O Enfermeiro de Continuidade do Cuidado (ECC) do Escritório de Gestão de Alta necessita ter conhecimento dos processos de trabalho, de protocolos existentes na instituição e realizar orientações ao paciente e familiares sobre os cuidados no domicílio. A seguir será apresentado no **Quadro 05**, as orientações fornecidas pelo Enfermeiro na alta hospitalar.

Quadro 05: Orientações fornecidas na alta hospitalar

Pacientes	Poderia nos contar quais foram as orientações fornecidas na alta hospitalar?
P1	[...]Sim, a enfermeira agendou para fazer treinamento de como fazer o curativo, as enfermeiras do hospital forneceram os materiais de curativo para a gente levar para casa.
P2	[...]Cuidado com a lesão da perna, fazer os curativos.
P3	[...]Sim, falaram para eu ir na unidade e fazer os curativos.
P4	[...]O enfermeiro orientou meu filho.
P5	[...]O Fisioterapeuta orientou para fazer os pedidos de prótese a enfermagem ensinou minha filha para fazer curativos.
P6	[...]Fazer os agendamentos de reconsultas e ir na unidade perto de casa.
P7	[...]Usar as medicações de pressão alta, me cuidar e para eu ir no AA.
P8	[...]Orientação com a sonda, medicamento que teria que ser tomados em casa e cuidados básicos, e o repouso também e alimentação saudável.
P9	[...]Cuidar do curativo.

Fonte: autora, 2023

A maioria dos pacientes relatou não receber contato telefônico após a alta hospitalar, conforme apresentado no **Quadro 06** abaixo.

Quadro 06: Quando chegou em casa, recebeu a visita ou contato telefônico do Enfermeiro do hospital?

Pacientes	Quando o senhor (a) chegou em casa, recebeu a visita ou contato telefônico do Enfermeiro do hospital? Poderia nos contar como foi essa visita?
P1	[...]Não.
P2	[...]Não. Só recebemos a ligação para agendamento de consultas.
P3	[...]Do hospital não. Recebi uma visita do posto só.
P4	[...]Não teve visita nem do hospital e nem da Unidade de Saúde.
P5	[...]Não. Somente a ligação do fisioterapeuta do hospital e os encaminhamentos da prótese.
P6	[...]Não. Nem do hospital e nem do posto.
P7	[...]Não teve visita na minha casa, só teve uma ligação do hospital avisando o retorno da consulta.
P8	[...]Não tivemos visita e nem ligação quando chegamos em casa, alguns dias depois a unidade básica de saúde da comunidade esteve em casa, acompanhada de um laboratório para fazer uma coleta de sangue, com o encaminhamento que foi pedido na alta hospitalar.
P9	[...]Não teve ligação e nem visita do hospital e nem da unidade básica. Foi nós que tivemos que ir até a unidade de saúde.

Fonte: autora, 2023

DISCUSSÃO

Humanização da assistência

A Atenção Primária à Saúde constitui-se como a porta de entrada, o primeiro contato da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde. É definida como um cuidado acessível, coordenado, integral e contínuo durante o tempo, atendendo às mais diversas necessidades de saúde da população. Sendo assim, cuidados primários ineficazes ou inseguros podem aumentar os danos evitáveis aos usuários do sistema de saúde.

Diante da complexidade e das exigências da APS, se faz necessária a elaboração de estratégias que venham de encontro com a realidade da comunidade, para garantir o desenvolvimento de conhecimentos, compreensão, habilidades e mudança de hábitos que não influenciam para cuidado em saúde. O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Ao considerar que a “prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade (DALCIN, 2020).

Considerando os determinantes sociais de saúde, baseados em população por seu território de abrangência, observa-se com relação aos pacientes participantes da pesquisa que alguns fatores contribuíram para internação dos pacientes e qualidade de vida, visto que, o controle do peso para uma dieta saudável, obesidade, excesso de ingestão de sódio e potássio, fatores psicossociais, inexistência de realização de atividade física, excesso de ingestão de bebidas alcoólicas, cuidado de saúde mental fragilizado ou inexistente, existência de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus (DM); doenças cardiovasculares; doença renal e neoplasias. Com idades entre 59 a 76 anos, com percentual de 95% idosos, apresentando por vezes casos de rede de apoio familiar fragilizada para o cuidado em alguns casos, em especial relacionadas aos cuidados que são de alta dependência de cuidados, bem como compreensão dos sinais e sintomas dos pacientes.

Nesse estudo, um paciente foi excluído antes da coleta de dados, porque teve uma readmissão após 24 horas da alta hospitalar. Contudo dos nove pacientes participantes, dois pacientes foram readmitidos antes de completar 30 dias da alta hospitalar. Neste contexto, cabe ressaltar a importância do acompanhamento dos pacientes na alta hospitalar, principalmente

nos primeiros 07 dias , tendo em vista, que a transição do cuidado pode ser descontinuada.

Com relação aos pacientes percebeu-se que a compreensão das orientações da alta hospitalar foram fragmentadas, focadas no problema principal do cuidado, por vezes minimizada a complexidade dos cuidados pelos mesmos, não evidenciando as relações com a integralidade do processo da cura/reabilitação e continuidade dos cuidados.

Ao questionarmos se precisou de material ou equipamentos no domicílio para dar continuidade aos cuidados, bem como, se a enfermeira da APS conversou sobre os cuidados necessários em domicílio? Alguns pacientes expressaram fragilidades de acesso na rede APS, relatando que não receberam as visitas domiciliares após a alta hospitalar e informou que precisou se deslocar até a unidade de saúde para receber os cuidados necessários, entretanto, algumas unidades não possuíam os materiais, insumos e equipamentos para a realização do tratamento.

Ainda que, três pacientes “P1”, “P4” e “P7” informaram que compraram as medicações e alguns insumos para realização dos seus cuidados. O participante “P4”, relatou que inicialmente comprou e depois foi até a UBS e começou a retirar os materiais. Embora o paciente “P3” informou que recebeu a visita domiciliar da equipe de ESF, mas, que a UBS carecia dos materiais para realização dos curativos em sua lesão, fazendo encaminhamento para outra UBS para retirar os insumos. Relatou que na unidade que era atendido anteriormente havia recursos para os cuidados , mas, que na atual não haviam os insumos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que a instituição hospitalar, juntamente com as equipes multiprofissionais, se empenhou e dedicou para implementar o Serviço de Gestão de Alta para o aprimoramento da gestão da alta hospitalar e a desospitalização humanizada. Sendo demonstrado inicialmente que os atores envolvidos neste processo são comprometidos com o desenvolvimento do serviço, engajados na busca de estratégias e referenciais de modelos de serviços, primam na articulação e transparência de suas decisões, buscando o consenso coletivo em todos os momentos, respaldados e apoiados pela gestão hospitalar.

Ao analisar as ferramentas administrativas utilizadas para a implementação do serviço, observou-se que a continuidade do cuidado requer a integração entre o hospital, família e APS e uma comunicação efetiva. No processo de implementação do EGA, foram utilizadas ferramentas administrativas de gestão, comunicação, gerenciamento, planejamento e avaliação.

Vale ressaltar que os enfermeiros são os profissionais mais indicados para realizarem o planejamento de alta hospitalar e a continuidade do cuidado, bem como a articulação do processo de interação em rede.

Entende-se que o engajamento dos profissionais, gestores, pacientes e familiares tendem a se fortalecer, pois as evidências mostram que o estabelecimento de serviços como estes, ao serem implementados mudam significativamente a qualidade da assistência prestada aos usuários, tornando-se essenciais ao contexto hospitalar. Porém ao finalizar a pesquisa, a preocupação gira em torno da continuidade das ações e articulações do fortalecimento do serviço, buscando o devido engajamento que sempre tiveram desde o início da sua implementação do escritório de gestão de alta. Espera-se que esta pesquisa contribua e fomente a implementação de novos espaços como o EGA em ambientes hospitalares e de transição de cuidados.

O desenvolvimento de novas estratégias para a continuidade do cuidado em saúde como foi a implementação do Serviço de Gestão de Altas contribui para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta e o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde e, evidenciando-se como um instrumento fundamental ao serviço prestado, ao perceber com a implementação do serviço no ambiente hospitalar, o favorecimento tanto para os profissionais da equipe multiprofissional, quanto para os pacientes, sendo beneficiados e melhorando com isso o sistema de saúde como um todo. Contudo, os resultados da pesquisa mostram que o caminho trilhado pelo EGA está em constante desenvolvimento, no estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançadas, seguindo um percurso de conformidade com as linhas do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

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**, v. 27, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rzhw7TLQ8CgtQNKgbKs6ynJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

AUED, Gisele Knop *et al.* Liaison nurse competences at hospital discharge. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.

BAHR, Sarah J. et al. Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. **Nursing Research**, [S.L.], v. 69, n. 3, p. 186-196, 14 jan. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nnr.0000000000000417>.

BÁO, Ana Cristina Pretto et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Portaria N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Portaria N.º 2.436, de 21 de Setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Portaria-SEI nº 221/2022/SUPERINTENDÊNCIA/HU-UFSC**, de 03 de novembro de 2022: Institui o Escritório de Gestão de Altas (EGA) no âmbito do HU-UFSC/Ebserh, vinculado à Unidade de Regulação Assistencial (URA/STCOR). Disponível em: [boletim-de-servico-158-2022\(www.gov.br\)](http://boletim-de-servico-158-2022(www.gov.br)). Acesso em: 01 fev. 2023. SEI/SEDE – 25369121.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 701, de 29 de setembro de 2022**. Institui o modelo de informação Sumário de Alta (SA). Estabelece diretrizes para a organização Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília; 2022. Edição: 199. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0701_19_10_2022.html. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sistema Kanban é adotado para melhorar gestão e ajudar na adoção de medidas para cada caso**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/sistema-kanban-e-adotado-para-melhorar-gestao-e-ajudar-na-adocao-de-medidas-para-cada-caso>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**. 2021;12(Supl.1):72-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5164.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 26, p. 1, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>.

BERNARDINO, Fabiane Blanco Silva et al. Continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo egresso da unidade neonatal: vivências de familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 31, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0096pt>. .

CASTRO, C.M da C.S.P. et al. Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>

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, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

COSTA, M.F.B.N.A. et al. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, e3709108518, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518>.

DALCIN, Tiago Chagas (ed.). **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. 220 p. ISBN: 978-65-992625-1-7.. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2024.

DAMACENO, N.A et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm.* UFSM - REUFSM Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020 DOI: 10.5902/2179769236832 ISSN 2179-7692.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda *et al.* Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3517. [Acesso em: 11 dez 2023]; Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5700.3517>.

FELIPE, T.R.L, et al. Nursing staff’s instrument for change-of-shift reporting - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(6):e20210608. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608p>.

GONÇALVES-BRADLEY, DC, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;(2):CD000313. Disponível em: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.

GUZINSKI, C. L. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180353. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo *et al.* Continuidade do Cuidado na Rede de Atenção a Saúde. In: SANTOS, José Luís Guedes dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; LORENZINI,

Alacoque (org.). **GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**. Ponta Grossa: Atena, 2023. Cap. 15. p. 271-287. (1). Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.049230906d.049230906>. Acesso em: 10 jan. 2024.

LOPES, Olívia Cristina Alves et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1, 2020. Fap. UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0145>.

MARTINS, Maria Manuela *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 00-00, 21 set. 2018. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58449>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2024.

MINAYO, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2015). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade: análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 15 janeiro 2024.

OLIVEIRA, Lays Souza de et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Estrutura conceitual da classificação Internacional sobre segurança do paciente. Lisboa: **OMS**; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>.

PEITER, Caroline Cechinel et al. CONTINUITY OF HEALTH CARE: analysis of the production of Brazilian theses and dissertations. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.

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>.

RUIZ, S. L. A. et al. O Arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces Científicas - Educação**. 2020;8(3):41-54. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 00-00, out. 2020. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/abstract/?lang=pt#ModalArticle> es.
Acesso em: 2 mar 2023.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al* (org.). **Gestão em Enfermagem e Saúde**. Ponta Grossa/PR: Editora: Atena, 2023. 417 p. (1). Disponível em:
<https://doi.org/10.22533/at.ed.049230906d.049230906>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SOARES, Vinícius Sabedot; PINTO, Maria Eugênia Bresolin. Aplicação do escore LACE para predição de readmissões hospitalares: Uma revisão. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p.111550-111564dec.2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n12-101. Acesso: em 20. dez. 2023.

VALENTE, Silvia Helena et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02687>.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2010.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2015. 290.

WEBER, L. A. F. et al. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**. 2019;19(4): e1945. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Disponível em: < [quality-of-care-transition-and-its-association-with-hospital-r_CgbnqKv.pdf](#) (bvsalud.org)>. Acesso em: 16. Jan. 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa possibilitou levantar o conhecimento, na literatura nacional e internacional, acerca da temática da continuidade do cuidado, com ênfase no papel do profissional enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta, no contexto hospitalar.

Considera-se que, os objetivos da pesquisa foram atingidos, visto que, a Enfermeira de Continuidade de Cuidados foi inserida na implementação do Escritório de Gestão de Alta, no Hospital Universitário Federal de Santa Catarina.

Com relação aos achados dos profissionais evidenciou-se a participação efetiva de alguns no desenvolvimento do serviço. Contudo evidenciou-se alguns pontos frágeis a serem superados no serviço, como, as falhas de comunicação; o desconhecimento dos profissionais sobre o serviço e a Rede de Atenção à Saúde do município.

Observou-se que, a maioria dos pacientes contrarreferenciados para RAS, apresentou comorbidades pré-existentes antes da internação e necessidades de reabilitação, adesão ao tratamento medicamentoso; acompanhamento das lesões; aporte de insumos materiais e equipamentos de reabilitação no domicílio. Dentre os pacientes acompanhados neste estudo, as taxas de readmissões foram reduzidas e ficou evidente a importância de realizar a continuidade do cuidado na atenção primária.

Com o desenvolvimento da pesquisa pode ser observado que as ações do EGA contribuíram para o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, educação permanente em saúde, articulação entre os serviços da RAS e acompanhamento pós-alta.

Contudo, os resultados mostram que o caminho trilhado pelo EGA está em constante desenvolvimento, no estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançadas, seguindo um percurso de conformidade com as linhas do cuidado em saúde.

Diante do exposto, almejamos que o serviço de gestão de altas continue contribuindo para continuidade do cuidado e a contrarreferência dos paciente, e que permanentemente busque pelo aprimoramento.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidade e desafios. **Rev Enferm UFPE** [S.L], v.12, p. 3190-3196, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334616823_Atividades_do_enfermeiro_na_transicao_do_cuidado_realidades_e_desafios. Acesso em: 13 dez. 2023.

ANDRADE, L.S; Francischetti I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. **Sau. & Transf. Soc.**, UFSC. ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.10, n.1/2/3, 54-63, 2019.

AUED, G. K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 185 f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

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, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

AUED, Gisele Knop *et al.* Liaison nurse competences at hospital discharge. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.

BAHR, Sarah J. et al. Clarifying model for continuity of care: a concept analysis. **International Journal Of Nursing Practice**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 12704, 4 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12704>.

BAHR, Sarah J. et al. Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. **Nursing Research**, [S.L.], v. 69, n. 3, p. 186-196, 14 jan. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nnr.0000000000000417>.

BÁO, Ana Cristina Pretto et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Portaria N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Portaria N.º 2.436, de 21 de Setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível

em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018**. [internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm> Acesso em 15 dez. 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Portaria-SEI nº 221/2022/SUPERINTENDÊNCIA/HU-UFSC**, de 03 de novembro de 2022: Institui o Escritório de Gestão de Altas (EGA) no âmbito do HU-UFSC/Ebserh, vinculado à Unidade de Regulação Assistencial (URA/STCOR). Disponível em: [boletim-de-servico-158-2022](http://www.gov.br/boletim-de-servico-158-2022) (www.gov.br). Acesso em: 01 fev. 2023. SEI/SEDE – 25369121.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 701, de 29 de setembro de 2022**. Institui o modelo de informação Sumário de Alta (SA). Estabelece diretrizes para a organização Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília; 2022. Edição: 199. Seção 1. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0701_19_10_2022.html. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sistema Kanban é adotado para melhorar gestão e ajudar na adoção de medidas para cada caso**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/sistema-kanban-e-adotado-para-melhorar-gestao-e-ajudar-na-adocao-de-medidas-para-cada-caso>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.63, n. 3, p. 459-463, jun. 2010.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**. 2021;12(Supl.1):72-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5164.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 26, p. 1, 2022. **FapUNIFESP (SciELO)**. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>.

BERNARDINO, Fabiane Blanco Silva et al. Continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo egresso da unidade neonatal: vivências de familiares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 31, 2022b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0096pt>.

BOHOMOL, E. **Avaliação de qualidade dos serviços de Saúde**. In: Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022. 602p.

BONIN, Jiani Adriana. Processos e percursos de construção de pesquisas em recepção: algumas reflexões epistêmico-metodológicas. **Conexão Comunicação e Cultura**, [S.L.], v. 17, n. , p. 13-25, 30 dez. 2018. Universidade Caixias do Sul. <http://dx.doi.org/10.18226/21782687.v17.dossie.1>.

BOUSQUAT, A. et al. PRIMARY health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1141-1154, abr. 2017.

BROCA, Priscilla Valladares et al. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 65, p. 97-103, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000100014>.

CASTRO, C.M da C.S.P. et al. Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. **Cogitare Enferm.** [Internet]. 2022 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>

COLLI, Monique *et al.* VALIDATION OF A NURSING DISCHARGE PLAN FOR PREGNANT AND HIGH-RISK PUERPERAL WOMEN. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, p. 00-00, out. 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160004>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789402>. Acesso em: 11 nov.2023.

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, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da et al. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, p. 1, 2020a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0332>

COSTA, M.F.B.N.A. et al. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e3709108518, 2020b (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518>.

DALCIN, Tiago Chagas (ed.). **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. 220 p. ISBN: 978-65-992625-1-7.. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2024.

DAMACENO NA et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM Santa Maria, RS**, v. 10, e14, p. 1-14, 2020 DOI: 10.5902/2179769236832 ISSN 2179-7692.

DAVID, H. M. S. L. et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(1),315-324. (2020). DOI: 10.1590/1413- 81232020251.29272019.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda *et al.* Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2022;30:e3517. [Acesso em: 11 dez 2023]; Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5700.3517>.

FELIPE, T.R.L, et al. Nursing staff's instrument for change-of-shift reporting - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. **Rev Bras Enferm.** 2022;75(6):e20210608. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608p>.

FERRACIOLI, GV. et al. Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Rev. Enferm. Foco.** 2020; 11 (1): 15-20.

FERREIRA, S. R. S. et al. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71(1):704-709. (2018). DOI:10.1590/0034-7167-2017-0471.

FOGLIANO, R. R. F; DRAGANOV, P.B. **Recursos da Informação.** In: Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022. 602p.

GIRBAU N.P, BLANCH M.M.L. Protocolo de actuación enlace-prealt. **Metas de Enferm., Espanha**, v. 14, n.6, p. 61-65, jul. 2011. Disponível em: Protocolo de actuación ENLACE-PREALT | Metas enferm;14(6): 61-65, jul. 2011. ilus, graf | IBECs (bvsalud.org). Acesso em 05 nov. 2022.

GHENO, Jocielle; WEIS, Alísia Helena. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>.

GONÇALVES-BRADLEY, DC, et al. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2022;(2):CD000313. Disponível em: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.

GUZINSKI, C. L. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40(esp):e20180353. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.

GOULARTE, Aliny Fernandes et al. Continuidade do Cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210051>.

KOERICH, Cintia et al. Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo *et al.* Continuidade do Cuidado na Rede de Atenção a Saúde. In: SANTOS, José Luís Guedes dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; LORENZINI, Alacoque (org.). **GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE.** Ponta Grossa: Atena, 2023. Cap. 15. p. 271-287. (1). Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.049230906d.049230906>. Acesso em: 10 jan. 2024.

LIMA, Juliana Tavares de et al. Checklist for managing critical patients' daily awakening. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 31, n. 3, 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190057>.

LOPES, Olívia Cristina Alves et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1, 2020. Fap. UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0145>.

MARTINS, Maria Manuela *et al.* GESTÃO DE ALTA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 00-00, 21 set. 2018. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58449>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2024.

MENDES, Felismina Rosa P. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 841-853, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/szzqhXNrsRhRk55KqWG4zTc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, V. A, Costa MFBNA, Martins AFSA, Mocheuti KN, Ferreira GE, Ribeiro MRR. Continuity of care for patients recovering from Covid-19 under the angle of clinical management principles. **Rev Esc Enferm USP**. 2023;57:e20230123. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0123en>.

MENEGUIN, Silmara; LUPPI, Claudia Helena Bronzatto; ALEGRE, Patrícia Helena Corrêa. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 16 set. 2023. MINAYO, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2015). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade: análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

MINAYO, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2015). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade: análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

MORE: **Mecanismo online para referências**, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 15 janeiro 2024.

NASCIMENTO, Juliana da Silva Garcia *et al.* Debriefing: desenvolvimento e validação de um roteiro para simulação do suporte básico de vida. **Cogit. Enferm**. 2021. Acesso em: scielo.br/j/cenf/a/VTGDrBvdVgF7wZKpPcFGN8J/?format=pdf&lang=pt 05 jan. 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79537>.

NEVES, Luciane Miguel Lima. **Acolhimento na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA/MS: Desafios da Equipe Multiprofissional sob a Perspectiva da Educação Permanente**

em Saúde. Dissertação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ. 2019.

OLIVEIRA, Lays Souza de et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Estrutura conceitual da classificação Internacional sobre segurança do paciente. Lisboa: OMS; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>.

PARENTE, Angeline do Nascimento *et al.* Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 37, p. 1, 25 out. 2023. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024ao0000041>.

PEITER, Caroline Cechinel et al. CONTINUITY OF HEALTH CARE: analysis of the production of brazilian theses and dissertations. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.

PEDUZZI, Marina *et al.* TRABALHO EM EQUIPE: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PETERLINI, O. L. G; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 418-26.

PORTUGAL. **Despacho n. 7968/2011, de 02 de junho de 2011**. Dispões sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Ministério da Saúde, MS: Diário da República de 2011. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/284332/despacho-7968-2011-de-2-de-junho>.

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>.

RODRIGUES FSM. **Guia digital sobre ferramentas da qualidade em saúde na gestão hospitalar**. Instituto de Excelência na Gestão em Saúde. Fortaleza. Ceará. 2020.

RUIZ, S. L .A. et al. O Arco de Maguerz como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces Científicas - Educação**. 2020;8(3):41-54. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 00-00, out. 2020. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/abstract/?lang=pt#ModalArticle> es. Acesso em: 2 mar 2023.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al* (org.). **Gestão em Enfermagem e Saúde**. Ponta Grossa/PR: Editora: Atena, 2023. 417 p. (1). Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.049230906d.049230906>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SANTOS, Mariana Timmers dos *et al*. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses contributions. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 56, p. 1, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100en>.

SARTI, Thiago Dias *et al*. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 00-00, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SOARES, Vinícius Sabedot; PINTO, Maria Eugênia Bresolin. Aplicação do escore LACE para predição de readmissões hospitalares: Uma revisão. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p.111550-111564dec.2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n12-101. Acesso: em 20. dez. 2023.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al*. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1811-1818, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>.

VALENTE, Silvia Helena *et al*. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02687>.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2010.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2015. 290.

WEBER, L. A. F. *et al*. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**. 2019;19(4): e1945. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Disponível em: < [quality-of-care-transition-and-its-association-with-hospital-r_CgbnqKv.pdf](https://bvsalud.org/quality-of-care-transition-and-its-association-with-hospital-r_CgbnqKv.pdf) (bvsalud.org)>. Acesso em: 16. Jan. 2024.

ZIMMERMANN, G. S; BOHOMOL, E. **Ferramentas da Qualidade**. In: Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022. 602p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para ser aplicado com os gestores e profissionais da equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
APÊNDICE A – Roteiro para ser aplicado com os gestores e profissionais da equipe do Escritório de Gestão de Altas (EGA).

1 – Identificação do profissional

Codificação: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de formação: _____

Área de atuação atual: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de atuação com atividades de transição de cuidados: _____

2 – Roteiro

1 – Como você se percebe nesse processo de desenvolvimento do Escritório de Gestão de Alta (EGA)?

2 - Como é o envolvimento do paciente e da família no processo de transição?

3 - Como é a forma de comunicação, no planejamento da alta hospitalar, com as redes de atenção à saúde do município de Florianópolis?

4 - Você percebeu alguma mudança no preparo da alta dos pacientes/familiares após a implementação do EGA?

5 - Em sua opinião quais os pontos frágeis no planejamento da alta hospitalar?

6 - Em sua opinião quais os pontos fortes no planejamento da alta hospitalar?

Gratidão pela sua valorosa participação nesta pesquisa!

Data : ___/___/_____ Horário _____.

APÊNDICE B - Formulário – Pacientes



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

APÊNDICE B - Formulário – Pacientes

1. Informar a última unidade que o senhor (a) esteve internado antes da alta hospitalar? (identificar se é a unidade piloto do estudo).

2. O senhor (a) recebeu orientações sobre a alta hospitalar?

() SIM () NÃO

Se NÃO, agradecer a participação e se despedir!

Se SIM,

2.1) Poderia nos contar quais foram as orientações fornecidas na alta hospitalar?

2.2) Quem realizou as orientações na alta hospitalar?

2.3) O senhor (a) estava acompanhado pelo familiar/cuidador quando recebeu as orientações na alta hospitalar? _____

3. Quando o senhor (a) chegou em casa, recebeu a visita ou contato telefônico do Enfermeiro do hospital?

3.1) Poderia nos contar como foi essa visita? _____

4. O senhor (a) precisou de algum material ou equipamento em casa para dar continuidade no seu tratamento?

4.1) Poderia nos contar quais são os materiais e equipamentos que necessita para seu tratamento?

5. A Enfermeira do Centro de Saúde conversou com o senhor (a) sobre os cuidados necessários em casa?

5.1) Poderia nos contar quais são esses cuidados que necessita em casa? _____

5.1) Poderia comentar quais os cuidados que não está recebendo em casa?

6. O senhor (a) gostaria de comentar algo que não perguntai?

Muito obrigada pela sua participação!

Data: ___/___/____ Horário _____.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL DE SAÚDE



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

Prezado (a) profissional de saúde vinculado no Hospital Universitário, por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar e informá-lo sobre o procedimento da pesquisa intitulada: “O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS”.

Meu nome é Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, enfermeira, professora, doutora, docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sou responsável por esta pesquisa, que também terá a participação da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como pesquisadora Suzany de Fatima Henchoste Olibone. Assim, nos comprometemos a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa.

A forma de coleta de dados da pesquisa será com entrevistas e grupo focal. A sua participação consta em responder algumas perguntas relacionadas à temática da pesquisa.

Os RISCOS previstos são sentir-se cansado, desconfortável ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir a entrevista. O Senhor(a) poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo retomar a entrevista em um outro horário a ser definido. Se o Senhor(a) achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Caso haja algum prejuízo psicológico será ofertado apoio assistencial, será oferecido pelos pesquisadores.

Com relação aos BENEFÍCIOS do estudo, esta pesquisa poderá

contribuir com novos conhecimentos sobre o Serviço de Gestão de Altas e melhoria do cuidado em saúde para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta e o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde, melhorando o sistema de saúde como um todo. Pretende-se com a pesquisa assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvem o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. A legislação brasileira não permite que o Senhor(a) tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhuma despesa relacionada a ela. Contudo, os pesquisadores garantem que o Senhor(a) será ressarcido(a), se houver alguma despesa e também asseguram seu direito a indenização por danos “comprovadamente” decorrentes da pesquisa conforme, item IV.3 g,h da Resolução 466/2012.

A sua participação será importante para desenvolvermos esse estudo. Se o (a) Senhor (a) concordar com a participação nesta pesquisa, nos lhe pedimos que o (a) Senhor (a) assine duas vias deste documento, que estamos lhe entregando, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O (a) Senhor (a) receberá uma via deste termo assinada por mim e pela aluna pesquisadora. Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida poderá nos perguntar pessoalmente no endereço do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 407, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Telefone: (48)37213453. Referente à Professora Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, E-mail: mafebaeta@gmail.com, Telefone: (48) 991189955, referente à mestrandia Suzany de Fatima Henchoste Olibone. E-mail: suzanyolibone@hotmail.com. Telefone: (47) 996652798. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina está localizado no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 701. Bairro: Trindade. CEP: 88.040-400. UF: SC

Município: Florianópolis. Telefone: (48)3721-6094. E-mail:
cep.propesq@contato.ufsc.br.

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, ___ de ___ de 202__.

Assinatura do
participante _____

Assinatura da
pesquisadora _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE



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

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado (a) paciente que esteve internado (a) no Hospital Universitário, por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar e informá-lo sobre o procedimento da pesquisa intitulada: “O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS”.

Meu nome é Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, enfermeira, professora, doutora, docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sou responsável por esta pesquisa, que também terá a participação da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como pesquisadora Suzany de Fatima Henchoste Olibone. Assim, nos comprometemos a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa. A sua participação consistirá em receber o telefonema do pesquisador, em até 7 dias após alta hospitalar, e responder alguns questionamentos sobre as orientações fornecidas na alta hospitalar.

Nesse estudo serão utilizados códigos de identificação para preservar o anonimato do Senhor (a) e qualquer depoimento apresentado na entrevista será sigiloso e anônimo. Os dados referentes às entrevistas deste estudo permanecerão arquivados no computador do pesquisador em pasta apropriada, por 5 anos, e após isso serão destruídos. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa, garantindo

que não haja comprometimento na vida pessoal e profissional dos participantes. O senhor (a) tem total liberdade para demonstrar recusa a participar desse estudo ou então a desistência, sem acarretar em qualquer prejuízo. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhuma despesa relacionada a ela. Contudo, os pesquisadores garantem que você será ressarcido(a), se houver alguma despesa e também asseguram seu direito a indenização por danos “comprovadamente” decorrentes da pesquisa conforme, item IV.3 g,h da Resolução 466/2012.

Os RISCOS previstos são sentir-se cansado, desconfortável ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir a entrevista. O Senhor(a) poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo retomar a entrevista em um outro horário a ser definido. Se o Senhor(a) achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Caso haja algum prejuízo psicológico será ofertado apoio assistencial, será oferecido pelos pesquisadores.

Com relação aos BENEFÍCIOS do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com novos conhecimentos sobre o Serviço de Gestão de Altas e melhoria do cuidado em saúde para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta e o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde, melhorando o sistema de saúde como um todo. Pretende-se com a pesquisa assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvem o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta.

Informamos que os resultados deste estudo poderão ser apresentados ou publicados em eventos científicos e em revistas da área da saúde, sempre mantendo o anonimato dos participantes. Seguimos todas as orientações especificadas nas resoluções 466/2012 que regulam as pesquisas com seres humanos no Brasil.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)-UFSC. Este é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da

pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este presente documento tem como objetivo esclarecer como se dará o processo da pesquisa e assegurar os direitos do participante da pesquisa. A sua participação será importante para desenvolvermos esse estudo. Se o (a) Senhor (a) concordar com a participação nesta pesquisa, nos lhe pedimos que o (a) Senhor (a) assine duas vias deste documento, que estamos lhe entregando, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O (a) Senhor (a) receberá uma via deste termo assinada por mim e pela aluna pesquisadora. Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida poderá nos perguntar pessoalmente no endereço do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 407, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Telefone: (48)37213453. Referente à Professora Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, E-mail: mafebaeta@gmail.com, Telefone: (48) 991189955, referente à mestranda Suzany de Fatima Henchoste Olibone. E-mail: suzanyolibone@hotmail.com. Telefone: (47) 996652798. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina está localizado no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 701. Bairro: Trindade. CEP: 88.040-400. UF: SC Município: Florianópolis. Telefone: (48)3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

APÊNDICE E – Protocolo de Estudo de Caso



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

FINALIDADE E JUSTIFICATIVA

Este estudo de caso tem a finalidade de investigar o fenômeno a partir de uma questão de pesquisa. Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com novos conhecimentos sobre o Serviço de Gestão de Alta e na operacionalização, em conjunto com a equipe assistencial, a alta hospitalar segura de pacientes com necessidades de continuidade de cuidado, efetivando a contrarreferência.

PROPOSIÇÕES TEÓRICAS CONCORDANTES

Emergiram, da análise de dados dos profissionais, gestores e equipe do EGA, três categorias: 1) Processo de desenvolvimento e implementação do Escritório de Gestão de Alta; 2) Gestão da continuidade do cuidado e o trabalho da equipe multiprofissional e, 3) Ferramentas de gestão para operacionalizar a alta segura e a continuidade do cuidado. Da análise dos dados dos pacientes, duas categorias: O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado e, a humanização da assistência.

PERGUNTA DE PESQUISA

Como ocorreu o processo de implementação de um Serviço de Gestão de Altas no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis?

OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a inserção do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH.

Analisar as ferramentas de gestão utilizadas no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com os profissionais, gestores e a equipe do Escritório de Gestão de Alta que trabalham na instituição do estudo; pacientes internados nas unidades do estudo e nos documentos (atas de reuniões; protocolos, etc..). Cada participante será identificado com pseudônimo de nomes de plantas, para os pacientes a letra “P” (Paciente) e um indicador numérico (P1, P2, P3...) de

acordo com o andamento das entrevistas, sucessivamente. As fontes de evidências foram: grupo focal; entrevistas, pesquisa documental e observação não participante.

RELATO DE ESTUDO DE CASO

O relato do estudo de caso é desenvolvido como um relatório descritivo parcial. Posteriormente acontece a análise dos achados. As entrevistas e as observações são analisadas de acordo com a técnica analítica de construção da explanação e a pesquisa documental corrobora com as outras evidências, auxiliando na triangulação dos dados. Os agrupamentos da análise dos dados referentes ao estudo compõe o relatório final, representado pela dissertação de mestrado.

OBSERVAÇÕES GERAIS – ENTREVISTA

Para a realização da entrevista, será necessário cumprir o *Check-List* abaixo:

Antes da Entrevista	
Confirmar dia e horário da entrevista através de contato telefônico;	
Separar o protocolo de estudo de caso;	
Realizar uma fotocópia do parecer consubstanciado do CEP;	
Realizar duas fotocópias do TCLE;	
Separar roteiro de entrevista;	
Testar e separar o gravador;	
Separar prancheta, papel e caneta.	
No Momento da Entrevista	

Solicitar um local reservado e tempo adequado para a entrevista;	
Fornecer uma cópia do TCLE ao entrevistado;	
Ler o TCLE e pedir ao entrevistado que assine duas cópias caso concorde em participar da pesquisa;	
Explicar a metodologia da entrevista;	
Deixar claro que, se após a data de realização da entrevista o participante quiser fazer algum comentário adicional ou acréscimo em alguma de suas respostas, ele poderá entrar em contato com o pesquisador;	
Solicitar a permissão para poder enviar ao entrevistado alguma nova questão que surja, posteriormente, durante a pesquisa, caso o pesquisador considere importante conhecer a opinião do entrevistador.	

OBSERVAÇÕES GERAIS – OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

A observação não participante foi realizada no mesmo dia da entrevista. Para a realização da observação não participante, foi necessário cumprir o *Check-List* abaixo:

Antes da Observação não participante	
Solicitar ao coordenador de setor autorização para observação;	
Separar o protocolo de estudo de caso;	
Separar roteiro de observação não participante;	
Separar prancheta, papel e caneta.	
No Momento da Observação não participante	
Explicar a metodologia da observação não participante;	
Solicitar ao entrevistado que acompanhe o pesquisador até a área assistencial;	
Deixar claro que será realizada observação direta das atividades da equipe e anotações dos achados;	
Solicitar a permissão para poder voltar ao campo de observação para sanar alguma dúvida que possa surgir.	

OBSERVAÇÕES GERAIS – DOCUMENTOS

Solicitar ao gerente de enfermagem e ao coordenador do Unidade de Regulação Assistencial.



Tipo de Documento	Informações Importantes	<i>Insights</i>
1.		
2.		

ANEXOS

ANEXO A – Questionário - Enfermeiro: Planejamento da Alta Hospitalar (EGA)

Hospital XXX			
Alta Responsável			
Nome:		Atendimento:	Estado Civil:
Idade:	Sexo:	Fone:	Cel:
Endereço		Nº:	Compl.:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Admissão ___/___/___	Alta ___/___/___	Dias de internação:	CID:
1) Destino:		5) Orientações de Enfermagem	
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Instituição de longa permanência <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Acompanhamento na Rede Municipal <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Administração de medicamentos <input type="checkbox"/> Manutenção de Dispositivos <input type="checkbox"/> Execução Técnica Qual: _____ <input type="checkbox"/> Curativo _____ vezes ao dia <input type="checkbox"/> Prevenção de UPP	
2) Cuidados Multiprofissionais no pós alta		Resumo Alta Médica	
<input type="checkbox"/> Visita Médica Domiciliar <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Outros: _____		Campo automático	
3) Cuidados de Enfermagem		6) Itens Necessários no cuidado	
Pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgia: _____ Manutenção de sonda, cateter e/ou cânulas Sondas: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia instalada em: ___/___/___ <input type="checkbox"/> SVD Nº ___ Instalada em ___/___/___		<input type="checkbox"/> Colchão caixa de ovo <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Cadeira de banho <input type="checkbox"/> Andador/Muletas <input type="checkbox"/> Aspirador <input type="checkbox"/> Outros	
		Resumo Equipe Multidisciplinar	
4) Gestante Alto Risco		7) Agendamento Puérpera	
Encaminhamento para ACEG <input type="checkbox"/> Sim agendado: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Retorno Obstetra <input type="checkbox"/> Retirada de pontos <input type="checkbox"/> Retorno Ambulatório Alto Risco	
		Campo automático	
5) Necessidades no pós-alta		8) Agendamento RN	
<input type="checkbox"/> Oxigenioterapia <input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração de Secreções <input type="checkbox"/> Manutenção de Ostomia e bolsa coletora <input type="checkbox"/> Controle de SSVV		<input type="checkbox"/> Teste do Pezinho <input type="checkbox"/> Retorno pediatra <input type="checkbox"/> Vacinação	
9) RN - Pré-termo		10) Pacientes Multi - R	
<input type="checkbox"/> Tratamento de Feridas <input type="checkbox"/> Retirada de pontos <input type="checkbox"/> Cuidado com drenos e cateteres <input type="checkbox"/> Outros cuidados: _____		<input type="checkbox"/> Agendamento SAIBE ___/___/___ <input type="checkbox"/> Calendário Especial de Vacina <input type="checkbox"/> Encaminhamento / outra referência <input type="checkbox"/> Outros _____	
		Observações Importantes	
UNIDADE DE SAÚDE RECEPTORA: _____			

ANEXO B – Formulário de visita do Escritório de Gestão de Altas/HU

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS			
Identificação					
Ficha nº	Previdência	Nome	Nome Social:	Data de nascimento	Idade:
					Sexo
Endereço					
Ponto de referência:		Mesa do cotidiano:	Gravidade dependência:	Comunicação:	Dificuldades:
Data de internação	Data Alta Administrativa:	Dias de internação	Ortise:	Necessidade de prescrição por profissional:	
Aspectos Sociofamiliares					
Situação socioeconômica Situação familiar Distúrbios mentais e sociais Distúrbios relativos à saúde	Aspectos Sociofamiliares Escolaridade: Situação de trabalho: Renda: Condições de trabalho: Necessidade de apoio(s) financeiro(s): Assistência Social: Previdência Social:		Motivo de internação: Estado mental na internação: Necessidade de atendimento multiprofissional pós-alta:		Cirurgias realizadas: Itens recomendados para o cotidiano:
	Moradia: Acessibilidade do domicílio: Condições estruturais do domicílio: Situação territorial:		Orientações de Enfermagem a serem reforçadas		
	Vínculo familiar: Conflitos: Contexto social: Pontos de apoio ou outside: Relação com os serviços de saúde: Relação com o atendimento farmacêutico:		Administração de medicamentos: Orientações sobre medicamentos em uso: Manutenção de dispositivos: Exercício de técnicas: Curativo:		
Situações específicas	Situação específica: _____		Orientações de Enfermagem a serem divergentes: Outros: Observações:		
	Necessidade de cuidados no pós-alta				
Equipamentos			Cuidados com a pele		
Dispositivos para a limpeza de feridas de			Retirada de pontos e suturas		
Dispositivo	Nº do orden	Data de instalação			
Iluminação			Medicamentos de acompanhamento especializado		
SVD	Nº SVD	Data de instalação			
Características visuais importantes:	Nº :	Frequência			
Orçamento					
Colostomia/Ileostomia					
Tratamento de lactação/mãe ordenada					
Tratamento de lactação/mãe fiscal					
Diagnóstico		Tipo de dreno			
Atenção					
ATENÇÃO: VERIFICAR SE HÁ EXAMES A SEREM AGENDADOS.					
Outras indicações:					

ANEXO C - Formulário de Contrarreferência do Escritório de Gestão de Altas/HU

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS					
CONTRARREFERÊNCIA					
Ficha nº:	Prontuário:	Nome:		Nome Social:	
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Pessoa de referência:	Nome do cuidador:	
Endereço:					Telefone:
Grau de dependência:		Comunicação:		Deficiência:	
Data de internação:	Data Alta:	Dias de internação:	Destino:	Necessidade transporte da SMS para atendimento: SIM	
Necessidade de precaução por profissionais:		Microorganismo:			
Necessidade de medicamento e componente especializado:					
Motivo da internação:			Cirurgias realizadas:		
Aspectos sociofamiliares:					
Itens recomendados para o cuidado:					
Necessidade de atendimento multiprofissional pós-alta:					
Orientações de enfermagem a serem reforçadas:					
Outras informações:					

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70773623.3.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.233.500

Apresentação do Projeto:

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS

Introdução: A Implementação de um Serviço de Gestão de Altas têm como objetivos, estabelecer canal de ligação formal entre o contexto hospitalar e a Rede de Atenção à Saúde, principalmente para os pacientes com necessidade de cuidados continuados; atuar na resolutividade assistencial pós-alta hospitalar; fortalecer a integralidade do cuidado e a racionalização dos recursos públicos. Entretanto, alguns desafios ainda precisam ser superados com a implementação desse serviço, entre eles, a institucionalização do plano de alta com envolvimento da equipe multiprofissional. **Objetivo:** Descrever e analisar a implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade Estudo de Caso que utilizará a técnica da entrevista e grupo focal. Os sujeitos serão gestores, enfermeiros e pacientes e, para a coleta de dados serão utilizados questionário e roteiro semiestruturado com perguntas fechadas para obter informações relativas a caracterização (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, função exercida, formações complementares) e questões abertas sobre implementação do Serviço de Gestão de Altas. Os dados serão coletados e analisados de acordo com seguintes etapas: 1. Planejamento da ação; 2. Estudo do Referencial

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@cometo.ufsc.br

Continuação do Projeto: 6.233.500

Teórico; 3. Organização e elaboração dos protocolos assistenciais; 4. Coleta de dados; 5. Análise e discussão dos dados; 6. Resultados e compartilhamento dos dados. Resultados Esperados: a implementação do Serviço de Gestão de Altas contribua para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta e o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde e, melhore o sistema de saúde como um todo. Pretende-se com a pesquisa assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvam o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 Geral Descrever e analisar o processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU-UFSC/EBSERH, em Florianópolis.

3.2 Específicos

Descrever a Inserção do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado no Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH.

Analisar as ferramentas de gestão utilizadas no processo de implementação do Escritório de Gestão de Alta no HU-UFSC/EBSERH

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos previstos são sentir-se cansado, desconfortável ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir a entrevista. O Senhor(a) poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que achar necessário, podendo retornar a entrevista em um outro horário a ser definido. Se o Senhor(a) achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Caso haja algum prejuízo psicológico será ofertado apoio assistencial pelas pesquisadoras.

Benefícios: Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com novos conhecimentos sobre o Serviço de Gestão de Altas e melhoria do cuidado em saúde para que a equipe multiprofissional realize o planejamento da alta e o acompanhamento do paciente na Rede de Atenção à Saúde, melhorando o sistema de saúde como um todo. Pretende-se com a pesquisa assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado aos pacientes, desenvolvendo ações que envolvam o planejamento de cuidados na alta, educação em saúde, articulação entre serviços e acompanhamento pós-alta.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.233.500

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Incluir a paginação nos TCLEs (pacientes) e (funcionários) no formato (1 de x) (x de x)...

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH-UFSC dá ciência das alterações realizadas nos TCLEs destinado aos pacientes e funcionários não havendo óbices a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_2153339.pdf	07/08/2023 19:51:00		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaResposta.pdf	07/08/2023 19:50:07	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/08/2023 19:48:02	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPaciente.pdf	07/08/2023 19:47:48	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais.pdf	07/08/2023 19:47:33	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	APENDICE2.pdf	22/06/2023 17:47:12	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	APENDICE1.pdf	22/06/2023 17:46:56	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Outros	Questionario.pdf	22/06/2023 17:46:33	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 0.233.500

Orçamento	Orçamento.pdf	22/06/2023 17:45:33	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenda.pdf	22/06/2023 17:44:37	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/06/2023 17:44:02	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	22/06/2023 17:41:57	Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2023

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br