



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL
(PPGSTEH)

LEONOR MARIA DA SILVA GOMES

*DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos
com Doenças Crônicas.*

Rio de Janeiro
2021

LEONOR MARIA DA SILVA GOMES

***DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos
com Doenças Crônicas***

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientadora Dra. Danielle Galdino de Paula

Coorientadora: Dra. Taís Veronica Cardoso Vernaglia

Rio de Janeiro
2021

*DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos
com Doenças Crônicas*

LEONOR MARIA DA SILVA GOMES

APRESENTADO EM 10 DE MARÇO DE 2021

BANCA EXAMINADORA:

Dra Danielle Galdino de Paula

Nome do orientador(a)

**Presidente /
Orientadora
UNIRIO**

Dra Patricia Silva Olario

Nome do primeiro examinador - externo à UNIRIO

1ª Examinador

Dra. Taís Veronica Cardoso Vernaglia

Nome do segundo examinador

2ª Examinador

Dr Serafim Fortes Paz

Nome do suplente do primeiro examinador- externo à
UNIRIO

Suplente

Dra Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

Nome do suplente do segundo examinador

Suplente

G 441 Gomes, Leonor Maria da Silva
DesHospitaliza ? Plano de Gestão para Alta
Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas
/ Leonor Maria da Silva Gomes. -- Rio de Janeiro,
2021.
135

Orientadora: Danielle Galdino de Paula.
Coorientadora: Taís Veronica Cardoso Vernaglia.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Ciências Biológicas, 2021.

1. Planejamento da alta. 2. Cuidados de
transição. 3. Atendimento integral à saúde do idoso.
4. Envelhecimento populacional. 5. Doenças crônicas.
I. de Paula, Danielle Galdino , orient. II. Cardoso
Vernaglia, Taís Veronica , coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, ele é o único que sabe da minha história, as estradas, espinhos e flores, meus começos e recomeços.

A minha linda família, meus filhos queridos e muito amados, Paulinha, Davi e Gabriel. Ao meu amor Paulo, companheiro e amigo. Obrigada pela compreensão e incentivo de vocês, gosto quando me definem com uma única palavra: estudo.

A uma pessoa mais que especial, Dona Neia, minha mãe, pois se cheguei até aqui, muito devo a ela, que dedicou toda a sua vida por nós filhos e aos 71 anos é inspiração, referência de garra, de força. Hoje digo com orgulho, quero ser como ela.

As minhas irmãs, Ana, Viviane e Vanessa pelo potencial de cada uma e por termos as mãos unidas fortalecendo umas as outras. Agradeço ao meu irmão Rafael, in memória, que se foi tão jovem, mas que habita meus pensamentos em todos os momentos, e principalmente, nos especiais como este de mais uma conquista em minha vida.

Aos amigos, especialmente os de longa data, que fazem parte do meu caminhar, da minha trajetória profissional e que se tornaram amigos-irmãos, Márcia Botão, Elisangela Calado, Erika Ligeiro, Rejane Laeta, Maria da Conceição Moraes, Deise Lucy Motta, Marcia Mynssen e muitos outros que ficaram pelo caminho, mas permanecem no coração.

Aos colegas de trabalho, de batalha por um serviço público de qualidade e pelo SUS que acreditamos. Agradeço aos companheiros da Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da Superintendência Estadual de Vigilância Sanitária, em especial a minha coordenadora Dra Maria de Lourdes Moura e a colega de trabalho Jackeline Souza Franco, pois são grandes incentivadoras do aperfeiçoamento profissional e busca pelo conhecimento científico e, é por conta desse incentivo que ingressei no mestrado.

Aos colegas da Área Técnica de Saúde do Idoso da Superintendência Estadual de Atenção Primária à Saúde, pelos anos de luta, aprendizado, altos e baixos que vivemos sempre tentando efetivar as políticas de atenção à saúde do idoso no estado.

Aos companheiros da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e da Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais por todo o conhecimento, discussões, debates, críticas e construções feitas coletivamente e que amadureceram e consolidaram as questões trazidas para esta pesquisa. Agradecimento especial

a Adelia Quadros, matriarca das Câmaras Técnicas Assistenciais, minha amiga, companheira de trabalho. Muito obrigada por todo ensinamento, pelas portas e janelas abertas, por segurar minha mão e seguir comigo acreditando que é possível.

Agradeço ao Dr. Luis Lomelino que ainda no processo seletivo do mestrado, acreditou no meu projeto e foi um incentivador nessa jornada. Não posso deixar de agradecer a uma pessoa que chegou a poucos meses no cenário de trabalho e “chegou chegando”, mostrando ser uma mulher forte, gestora apaixonada pelo SUS e seus usuários, e que mesmo me conhecendo pouco, acreditou no meu trabalho e valorizou o resultado dessa pesquisa. Muito obrigada Alessandra de Sá Earp Siqueira, mais que uma chefe, uma grande líder.

Aos mestres que me deram o prazer de beber do seu conhecimento ou me mostravam a fonte, que com choros e risos me ajudaram a ser a profissional e pessoa que sou hoje. Tive muitos mestres ao longo da minha estrada, e sou abençoada por isso, foram mestres da vida e da academia.

Aos mestres da vida agradeço à Maria das Graças Castelo Branco, Fátima Tavares, Sara Nigri, Maria da Penha Silva Franco, Sandra Rabello e outros que me ensinaram a importância da militância e me deram o prazer de lutarmos juntos pela garantia dos direitos da pessoa idosa.

Aos mestres da academia agradeço por ser o que sou, por despertarem em mim a paixão pelo conhecimento e da importância de compartilhá-lo, em especial ao professor Serafim Fortes Paz, meu eterno mestre, que me apresentou ao mundo apaixonante do envelhecimento, dos velhos, do envelhecer, se tornou um amigo de militância, um mestre da vida e me deu ensinamentos que ficaram pra minha vida. Obrigada por fazer parte da minha banca de qualificação e de defesa.

A minha orientadora Danielle Galdino de Paula, pela orientação, pelo apoio, por extrair de mim sempre mais, por ver todo o meu melhor quando até eu mesma não via, por me fazer chegar a essa conquista. Você foi uma grata e feliz surpresa, iniciei o mestrado com muito medo de ter uma orientadora “rígida” e terminei com toda a leveza que você trouxe aos momentos de tensão, a sua sensibilidade e apoio que foram alicerce para chegar até aqui.

Agradeço a minha co-orientadora Taís Veronica Cardoso Vernaglia, que faz tudo parecer fácil, que consegue tirar mais e mais do aluno sem que ele perceba. Obrigada por iluminar diversas etapas da pesquisa e por trazer questionamentos que fizeram a diferença para a qualidade do trabalho.

A banca de defesa, muito especial para mim, agradeço a professora Patricia da Silva Olário, uma referência na temática da desospitalização, que tive o prazer de conhecer e beber da fonte do conhecimento, obrigada por todas as possibilidades trazidas por você. Agradeço a professora Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa, referência na discussão da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde que foi uma das incentivadoras para que eu participasse da seleção do mestrado, e é culpada pela reviravolta metodológica do minha pesquisa, abrindo minha mente após a aula sobre Análise Temática de Conteúdo (imperdível). Muito obrigada pelas questões e reflexões trazidas que contribuíram com a pesquisa.

Meu maior agradecimento é para todos os idosos, velhos, cabeças brancas, que são a história, carregam vida, anos de vida, são conhecimento, vivências, são àqueles que respeito, amo e quero o melhor. Representando todos os cidadãos idosos, agradeço aos da Associação dos Antigos Funcionários do Banco do Brasil (AAFBB), meu primeiro local de trabalho como assistente social, pois foi com eles que aprendi a não ter medo de envelhecer, que a muita vida e produtividade após os 60, foi lá que cresci profissionalmente e fui muito feliz trabalhando diariamente com velhos, com gestores e clientes idosos e cujo nome dos projetos que elaboramos (ConVidaAtiva e Vidaça) definem como encaramos o envelhecimento.

GOMES, Leonor Maria da Silva. **Deshospitaliza: Plano de Gestão para a Alta Responsável de Pacientes Idosos Com Doenças Crônicas**. 2021. 135 f. Trabalho de conclusão de curso (mestrado profissional) do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2021.

RESUMO

Introdução: O Brasil está passando pelo envelhecimento demográfico mais rápido do mundo. No Brasil o segmento populacional que mais aumenta é o de idosos, com taxas de crescimento acima de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. As consequências desse crescimento são o aumento das demandas assistenciais, previdenciárias, econômica, familiares e de saúde para atender esse segmento. Além disso, os sistemas de atenção à saúde são fragmentados, atuam de forma isolada, sem uma comunicação entre os pontos de cuidado, ou seja, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio. Nesse contexto, e pensando na contribuição para a melhoria da assistência prestada ao paciente idoso portador de doença crônica, emerge a questão norteadora: na elaboração de um plano de gestão para alta responsável, que categorias deverão ser contempladas para atender o idoso de forma integral e integrada durante a internação e alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS)? **Objetivos:** O principal foi elaborar o plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas como estratégia para a transição segura do cuidado e sua continuidade na APS. Os objetivos específicos foram: Identificar as categorias fundamentais que devem compor o plano de gestão para alta responsável e validar as categorias e orientações a serem apresentados no Deshospitaliza- Plano de Gestão para Alta Responsável. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, com uso da técnica de grupo focal (segunda etapa do estudo) e método Delphi (etapa de validação do plano de alta). **Resultados:** A partir dos resultados obtidos com o grupo focal foram identificadas as seguintes categorias: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e educação em saúde e, posteriormente, obteve a validação da mesmas (IVC=0,97 e coeficiente de kappa=0,87), bem como das orientações presentes no plano de gestão para alta responsável de pacientes idoso com doenças crônicas. **Conclusão:** A produção técnica desta pesquisa caracteriza-se como uma tecnologia leve dura que se propõem a operar no processo de trabalho em saúde, pensando num cuidado integral, considerando o conjunto de necessidades e riscos do usuário, com articulação pactuada entre profissionais de diferentes setores do hospital ou pontos de atenção à saúde. Tem alto impacto social por ser um documento norteador para os hospitais federais no Rio de Janeiro, podendo ser referência para demais unidades hospitalares estaduais e nacionais. **Descritores:** Planejamento da alta; Cuidados de transição; Atendimento integral à saúde do idoso; Envelhecimento populacional; Doenças crônicas.

GOMES, Leonor Maria da Silva. **Dishospitalizes: Management plan for senior care of elderly patients with chronic diseases. 2021.** 135 f. Course conclusion work (professional master's degree) of the Postgraduate Program in Health and Technology in the Hospital Space (PPGSTEH) - Federal University of the State of Rio de Janeiro, to obtain the title of Master in Health and Technology in the Hospital Space, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is experiencing the fastest demographic aging in the world. In Brazil, the population segment that most increases is the elderly, with growth rates above 4% per year in the period from 2012 to 2022. The consequences of this growth are the increase in assistance, social security, economic, family and health demands to serve this segment. In addition, health care systems are fragmented, acting in isolation, without communication between the points of care, that is, primary health care does not communicate fluently with secondary health care and these two do not communicate either. communicate with tertiary care or support systems. In this context, and considering the contribution to the improvement of the care provided to elderly patients with chronic illness, the guiding question emerges: in the elaboration of a management plan for senior managers, which categories should be considered to fully assist the elderly and integrated during hospitalization and hospital discharge, with a view to the continuity of care through Primary Health Care (PHC)? **Objectives:** main The was and laboring the management plan for the igh responsible of elderly patients with chronic diseases like and estratégia for safe transition of care and continuity in the APS. The objectives specific were: Identify the key categories that should be included in the management plan for the igh responsible e v Alidar categories and guidelines to be presented at Deshospitaliza- Management Plan for the igh responsible. **Method:** This is a descriptive exploratory study with a qualitative and quantitative approach, using the focus group technique (second stage of the study) and the Delphi method (stage of validation of the discharge plan). **Results:** Based on the results obtained with the focus group, the following categories were identified: reception and entrance door; planning for senior management; person-centered attention and health education and subsequently obtained their validation (CVI = 0.97 and kappa coefficient = 0.87), as well as the guidelines in the management plan for responsible discharge of elderly patients with diseases chronic. **Conclusion:** This is a tough lightweight technology that purport to operate r n health work process, thinking n integral care, considering the set of user needs and risks, with the agreed coordination between professionals from different sectors hospital or health care points. It has a high social impact as it is a guiding document for federal hospitals in Rio de Janeiro, and can be a reference for other state and national hospital units. **Descriptors:** discharge planning; Transitional care; Comprehensive health care for the elderly; Population aging; Chronic diseases.

LISTA DE FIGURAS

Dissertação

Figura 01 – Descrição das etapas da pesquisa	p. 22
---	-------

Artigo 01

Figura 01 – Análise fatorial de correspondência (AFC)	p. 39
Figura 02 – Dez domínios que considerados ideais para transições do cuidado	p. 45

Produção Técnica

Figura 01 – Apresentação visual da estrutura do plano de gestão para alta responsável de pacientes com doenças crônicas	p. 60
--	-------

Produto E-book

Figura 01 – Capa do E-book	p. 101
Figura 02 – Conta capa do E-book	p. 102
Figura 03 – Capítulo 1	p. 103
Figura 04 – Capítulo 5	p. 104
Figura 05 – Capítulo 7	p. 105
Figura 06 – Capítulo 9	p. 106

LISTA DE QUADROS

Dissertação

Quadro 01 – Descrição dos estudos que abordaram o tema alta hospitalar, cuidados de transição, continuidade do cuidado e saúde integral da pessoa idosa	p. 19
--	-------

Artigo 01

Quadro 01 – Definição das categorias com porcentagem total dos corpus analisados	p. 33
---	-------

Produção técnica

Quadro 01. Painel de indicadores de processo	p.74
Quadro 02. Painel de indicadores de resultado	p.74

Artigo 02

Quadro 01 – Sugestão dos juízes	p. 92
--	-------

SIGLAS

ABVD	– Atividades Básicas da Vida Diária
AD	– Atenção Domiciliar
AIVD	– Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	– Atenção Primária à Saúde
AVD	– Atividades da Vida Diária
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CT	– Câmara Técnica
DCNT	– Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
FAPERJ	– Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
GF	– Grupo Focal
HCP	– Hospitais de Cuidados Prolongados
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	– Índice de Validação de Conteúdo
NEVES/UFF	– Núcleo de Estudos sobre Violência e Exclusão Social da Universidade Federal Fluminense
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PNCTIS	– Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNPIC	– Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares
PNH	– Política Nacional de Humanização
PNHOSP	– Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSPI	– Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
SAD	– Serviço de Atenção Domiciliar
SEMS-RJ	– Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro
SES-RJ	– Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SUAS	– Sistema Único de Assistência Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UNIRIO	– Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	– Unidade de Registro
US	– Unidade de Significação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 Problematização	10
1.2 Objetivos	12
Objetivo Geral	12
Objetivos Específicos	12
1.3 Justificativa e Relevância	12
2. ESTRATÉGIA METODOLOGIA	17
2.1 Etapas da Pesquisa	17
2.2 Aspectos Éticos	23
2.3 Produtos da Pesquisa	24
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	26
3.1 Produto 1. Artigo - Construção do DesHospitaliza - Plano de gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.	26
3.2 Produto 2. Produção técnica - Plano de gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas .	49
3.3 Produto 3. - Validação do Plano de gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas .	81
3.4 Produto 4. E-book - Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.	100
7. REFERÊNCIAS	107
8. APÊNDICES	
Apêndice 1: Roteiro semi estruturado para condução do grupos focal.	113
Apêndice 2: Análises ordenadas em unidades de registro (ur) e unidades de significação (us).	115
Apêndice 3 - Modelo de questionário de avaliação das categorias e orientações	116
Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal.	117
Apêndice 5 - Carta Convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes.	120
9. ANEXOS	
ANEXO 1 - Carta aceite para publicação na revista RSD	122
ANEXO 2 - Parecer de aprovação do CEP	123
ANEXO 3 - Registrado os direitos autorais sobre obra intelectual na Biblioteca Nacional	127
ANEXO 4 - Registro da obra no site AVCTORIS	128

1. INTRODUÇÃO

A motivação para a construção do objeto de estudo é fruto da minha trajetória profissional, da experiência e conhecimentos adquiridos, das trocas e saberes compartilhados e dialogados com a minha práxis. A atuação como assistente social na assistência direta aos pacientes e, posteriormente na gestão pública em saúde, me instigaram a pensar e contribuir com ações para melhoria do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda na graduação, a vivência como aluna-pesquisadora integrante de uma das pesquisas vinculada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), coordenada pelo NEVES/UFF - Núcleo de Estudos sobre Violência e Exclusão Social da Universidade Federal Fluminense, despertou em mim o interesse pela temática do envelhecimento e direitos da pessoa idosa, contribuindo para que percorresse um caminho profissional direcionado a este público.

Nessa trajetória, atuei como assistente social no setor privado, em uma das maiores entidades representativas de aposentados do país, a Associação dos Funcionários Aposentados do Banco do Brasil (AAFBB), no qual representei a instituição como conselheira não-governamental do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.

Posteriormente, ingressei no serviço público e passei a atuar na área da saúde, no campo assistencial de unidades hospitalares estaduais e federais e em órgãos da gestão pública, compondo as equipes técnicas da Área Técnica de Saúde do Idoso e da Divisão de Segurança do Paciente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e trabalhando na Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde, vinculada à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ).

Investi no aperfeiçoamento profissional por compreender ser fundamental a educação continuada e permanente, permitindo um diálogo entre teoria e prática para formação de um sujeito crítico e comprometido em buscar e prestar as melhores práticas assistenciais. Assim, ao longo da minha atuação como profissional da saúde, me deparei com questões que impactavam ou interferiam na efetivação do direito à saúde e na garantia de elementos fundamentais para sua concretização, em especial os voltados à pessoa idosa.

Tais questões estão relacionadas a atenção à saúde prestada aos idosos no seu percurso terapêutico assistencial, onde destaca-se o impacto do envelhecimento da população brasileira na área da saúde, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e os serviços de saúde que ainda se pautam no modelo hospitalocêntrico, com um cuidar fragmentado, atuando

de forma isolada, sem comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e com sistemas de apoio (MEHRY; FEUERWERKER, 2008; MENDES, 2010).

Esses são debates que devem ser considerados, tendo em vista que os idosos apresentam necessidade de uma rede de saúde integral e integrada, o que constitui um desafio para a saúde pública.

1.1 Problematização

O Brasil está passando pelo envelhecimento demográfico mais rápido do mundo. Pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), sinalizam que no Brasil o segmento populacional que mais aumenta é o de idosos, com taxas de crescimento acima de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. No ano de 2010 a população com 60 anos ou mais de idade era de 19,6 milhões, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060. O único grupo etário que deverá apresentar taxas de crescimento crescentes é o de 60 anos ou mais consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país e queda da mortalidade em todas as idades (IBGE, 2015, p. 146; CAMARANO, 2014).

As consequências desse crescimento são o aumento das demandas assistenciais, previdenciárias, econômica, familiares e de saúde para atender esse segmento (MIRANDA *et al.*, 2016; LIMA-COSTA, 2019).

Em relação aos serviços de saúde, esses sentirão os efeitos do envelhecimento da população brasileira, pois com a ampliação da expectativa de vida, o perfil epidemiológico sofre mudanças, as doenças crônico-degenerativas passam a ter importância considerando que, “o padrão das doenças dos idosos, são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (VERAS; OLIVEIRA, 2018), além disso, o idoso é o público que, comparado a outras faixas etárias, mais utiliza os serviços de saúde, com internações hospitalares e tempo de ocupação do leito maiores (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e em especial os que pertencem aos grupos vulneráveis como os idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade. São as principais causas de mortes no mundo (63%) e no Brasil, corresponde a 72% dos índices de mortalidade, com destaque para doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica, constituindo um problema de saúde pública. (MALTA *et al.*, 2019).

Sabemos que os cuidados prestados nos equipamentos de saúde hospitalares são complexos, com inúmeros desafios enfrentados na assistência aos pacientes, em especial os

idosos, que estão mais suscetíveis a riscos durante a internação (incidentes, eventos adversos, infecções, declínio funcional, entre outros) e após alta hospitalar.

O hospital configura-se como uma estação do cuidado na trilha que cada indivíduo percorre no sistema de saúde para obter o cuidado integral que necessita. Na prática intra-hospitalar a integralidade do cuidado apresenta uma dinâmica complexa, pois necessita da gestão assistencial para coordenação do trabalho multiprofissional em equipe e de pensar arranjos institucionais que envolvam os diversos atores que atuam nos serviços. É fundamental que a integralidade também seja eixo central na organização das práticas de saúde hospitalares, conforme colocado por Feuerwerker e Cecílio (2007) ao expressarem que;

O conceito ampliado de saúde, responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde não são atributos da atenção básica. Devem ser valores também presentes na organização do trabalho em saúde nos hospitais. (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007)

Mendes (2010), coloca que os sistemas de atenção à saúde são fragmentados, atuam de forma isolada, sem uma comunicação entre os pontos de cuidado, ou seja, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Nesse contexto, e pensando na contribuição para a melhoria da assistência prestada ao paciente idoso portador de doença crônica, emerge a questão norteadora: na elaboração de um plano de gestão para alta responsável, que categorias deverão ser contempladas para atender o idoso de forma integral e integrada durante a internação e alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS)?

Essa é uma das discussões semeada pela Câmara Técnica (CT) de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro, que compõe o conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), no qual a pesquisadora deste estudo é coordenadora.

As discussões se desdobraram em reflexões, encontros técnicos científicos e impulsionaram a implementação de novas práticas em diferentes espaços e a necessidade de refletir sobre ações e estratégias que possibilitassem a melhoria contínua da assistência prestada aos usuários do SUS. (GOMES *et al.*, 2020).

Foram também subsídio para discutir alternativas e propor estratégias para implementação de: medidas de desospitalização de forma integrada; plano de cuidados com todos os atores envolvidos nesse processo (paciente, profissionais de saúde, familiares e

cuidadores); uso de ferramentas que auxiliem a comunicação entre os profissionais de saúde do hospital e os inseridos em outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O desafio deste trabalho, e que o torna relevante, é propiciar discussões sobre o tema e apresentar uma tecnologia leve dura que possa contribuir com novos arranjos do cuidar. Mehry (1997, 2003), classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como leve, leve dura e dura. A leve dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde (MEHRY, 1997, 2003). É pensar um cuidado integral que possa ser viabilizado considerando o conjunto de necessidades e riscos do usuário com a articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores em um mesmo ponto (hospital, por exemplo) (GRABOIS, 2011).

1.2 Objetivos:

Objetivo Geral:

- Elaborar Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas como estratégia para a transição segura e sua continuidade do cuidado na APS.

Objetivos Específicos:

- Identificar as categorias fundamentais que devem compor o Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas como estratégia para a transição segura do cuidado e continuidade na APS.

- Validar as categorias e orientações a serem apresentadas no Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.

1.3 Justificativa e Relevância:

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera como pessoa idosa aquelas com 60 anos ou mais, se residirem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residirem em países desenvolvidos (CAMARANO; PASINATO, 2004). Essa classificação parte do “princípio de que o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.12), porém é importante situar que o envelhecimento deve ser observado sob um panorama histórico, social e cultural contextualizado e não somente como um fato biológico. O conceito de velhice e a reboque dele, o de velho, idoso, ancião, é uma construção social, como já pontuado por Simone de Beauvoir (1970). Partindo dessa premissa, entende-se que “velhice embora marcada por alterações

físicas, deve ser considerada através de fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos dentre outros” (DARDENGO; MAFRA, 2018, p.16).

No Brasil, a Constituição Federal (1988), em seu Art. 230, reconhece a velhice como protagonista na sociedade e não somente no âmbito da seguridade social enquanto previdência, saúde e assistência, ressaltando que a “velhice implica dignidade, a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, e a participação, com prioridade para o atendimento domiciliar” (BRASIL, 1988). Conforme Faleiros (2014), envelhecer implica diminuição da capacidade funcional, mas dentro de um contexto de trabalho/aposentadoria, político, cultural e familiar. É preciso compreender a velhice na sua complexidade e múltiplas determinações “nas relações com a demografia, com as perdas biológicas, de funcionalidade, sociais, no processo de trabalho, de trocas em diversos âmbitos (família, amigos, gerações, cultura), e de estilos de vida” (FALEIROS, 2014, p.6).

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842/ 1994, é um marco na garantia dos direitos da pessoa idosa e apesar de não conseguir ser aplicada em sua totalidade, foi considerada avançada para época, preconizando um atendimento de maneira diferenciada aos idosos em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Temos posteriormente, a promulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), definindo as diretrizes norteadoras das ações na área da saúde.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, consolida os direitos dos idosos, com destaque para o Art. 5 que trata do direito à saúde, assegurando a atenção integral à saúde do idoso, através de diversas ações de prevenção e a manutenção da saúde.

No campo da saúde as legislações e normativas se propõem a acompanhar as transformações sociais e a expansão demográfica dos idosos, porém é preciso que os dispositivos legais venham ao encontro das urgências reais dessa população.

O Brasil, tem enfrentado o desafio de melhorar a saúde dos idosos de forma integral, equitativa, com garantia de acesso e uso efetivo dos serviços e programas de saúde. Esse desafio é substanciado pelo envelhecimento demográfico de nosso país, um dos mais rápidos do mundo e cuja tendência é de aceleração durante o século XXI (MENDES, 2010) .

É preciso considerar também os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (OMS, 2011), compreendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na condição de saúde e fatores de risco à população (BUSS, 2007). A análise dos determinantes sociais de saúde nos permite intervenções no sentido de ampliar políticas públicas

que possam reduzir as iniquidades, desigualdades consideradas injustas, e avançar para políticas de saúde com mais equidade (OMS, 2011).

Machado et al. (2007), coloca que integralidade é perceber o paciente como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO *et al.*, 2007). Nesta perspectiva evidencia-se a importância de uma efetiva articulação e comunicação contínua entre os serviços de saúde das estações de cuidado (terciária, secundária e atenção primária), de forma a garantir a integralidade da assistência e a segurança do paciente, evitando a descontinuidade do cuidado e ocorrência de possíveis eventos adversos que incorram em danos ao paciente.

Os estudos e análise da pesquisa se delimitam dentro da unidade hospitalar, mas não se restringi apenas a este espaço. Parte dele para o debate de questões mais abrangentes, entendendo o hospital como uma estação do cuidado no percurso assistencial de saúde do paciente e de grande importância devido complexidade do cuidado que oferece.

Assim, vale considerar que os pacientes podem estar especialmente vulneráveis a sofrerem danos a sua saúde durante o período de internação ou após alta hospitalar em decorrência de falhas na assistência prestada ou na má condução no processo assistencial para garantir uma continuidade do cuidado mais efetiva.

São múltiplos fatores que podem contribuir para que isso ocorra, tais como: a falta de processos de comunicação integrados entre as diversas equipes de profissionais e os serviços de saúde; descontinuidade do cuidado na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial; falta ou inadequação de orientação para o cuidado e autocuidado; falta de acesso à profissionais de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado; transferência incorreta ou incompleta de informações, e ausência de sistema integrado de informação entre os serviços de saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013; DELATORRE *et al.*, 2013; MARQUES; LIEBER, 2014; COLEMAN *et al.*, 2006).

No que se refere à transição do cuidado, a segurança do paciente, conjugada a boas práticas assistenciais, assume particular importância nas ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar.

Barcellos (2019), coloca que especialistas em segurança do paciente consideram que a fragmentação do cuidado é um dos grandes desafios ou problemas da atualidade, ainda mais quando associada a falta de coordenação do cuidado. (BARCELLOS, 2019) O autor aponta ainda que as transições do cuidado carregam um potencial de dano, devendo ser consideradas para promover reduções de riscos. (BARCELLOS, 2019).

Estudo realizado por Kripalani et al. (2007) identificou que a comunicação direta entre médicos do hospital e o dos da atenção primária ocorreram com pouca frequência (3% -20%), faltavam informações importantes nos resumos de alta, tais como: resultados de testes de diagnóstico (ausentes em 33% - 63%), sobre o tratamento ou curso da doença (7% -22%), alta de medicamentos (2% -40%), resultado de exames (65%), orientação ao paciente ou família (90% -92%) (KRIPALANI *et al.*, 2007) A pesquisa evidência a importância da comunicação intra, inter e extra hospitalar e do planejamento para alta e que seja realizado por equipe multidisciplinar.

Discorrer sobre transição do cuidado é remeter a importância da comunicação e do trabalho multiprofissional. Malta e Merhy (2010), colocam que a atuação multiprofissional, intra e intersetorial são fundamentais no processo de cuidar:

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde. O cuidado à saúde dispensado pelas equipes pode ser decomposto em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes, conforme o modelo de atenção e de gestão de produção do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Os hospitais têm a responsabilidade de prestar cuidado que inclua o planejamento para alta responsável de modo a prevenir a ocorrência de resultados adversos após períodos de internação. Na assistência ao paciente, em especial o idoso, é preciso investir no cuidado centrado na pessoa, considerando sua trajetória de tratamento e histórico de saúde ao longo dos anos. É preciso entender que a responsabilidade do cuidar não se concentra unicamente nos hospitais, mas nos diversos pontos de atenção à saúde.

Veras e Oliveira (2018), corroboram com esta afirmativa ao colocarem que:

Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida. Os adequados modelos de atenção à saúde para idosos, portanto, são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (VERAS, OLIVEIRA, 2018).

Os autores Vincent e Amalberti (2016), abordam a importância da comunicação entre os serviços de saúde afirmando:

pacientes ficam internados por um espaço de tempo e vivem com a doença em suas casas durante anos, conseqüentemente, a responsabilidade é transferida dos hospitais para a atenção primária. Isto requer uma coordenação eficaz entre todas as organizações de saúde, especialmente nos pontos de transição, para mitigar os riscos e promover resultados positivos (VINCENTI, AMALBERTI, 2016).

Não há solução fácil para fornecer transições seguras de cuidado (WHO, 2016, tradução da pesquisadora). É necessário pensar estratégias que contribuam para melhores resultados nesse processo. Algumas intervenções podem contribuir para aumentar a segurança na transição do cuidado, como:

- Padronizar a documentação e informações que devem ser incluídas nos documentos de encaminhamento e de alta;
- Planejamento de alta com critérios e protocolos acordados;
- Melhoria da qualidade e pontualidade da documentação de alta;
- Implementar práticas eficazes de reconciliação de medicação;
- Conduzir acompanhamento oportuno e apropriado de pacientes, incluindo telefonemas e visitas domiciliares;
- Melhorar a eficácia e a oportunidade das transferências clínicas entre os médicos;
- Estabelecer linha direta da atenção primária com serviços de emergência;
- Atribuir coordenadores de cuidados ou gestores de casos a pacientes com necessidades complexas;
- Aumentar o envolvimento de médicos de cuidados primários;
- Educar e apoiar pacientes, familiares e cuidadores (WHO, 2016).

A correspondência das questões apontadas estarão presentes no *DesHospitaliza - Plano de gestão para alta responsável* produção técnica desta pesquisa, e elaborado com vistas a contribuir com a transição segura do cuidado de idosos portadores de doenças crônicas na alta da unidade de internação para outros pontos de atenção a saúde, e especial a APS.

Pretende-se que o plano de alta elaborado seja documento orientador para as unidades hospitalares e institutos federais no Rio de Janeiro.

O documento produzido é considerado e denominado como plano de gestão, pois o campo de atuação da pesquisadora desse estudo é o nível central de gestão do MS no Rio de Janeiro, compondo a equipe técnica da Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde, que tem dentre as atribuições “propor protocolos clínicos e assistenciais para padronização, controle e a racionalização de procedimentos na Rede Federal no Estado do Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2020), tratando-se portanto de documento orientador para todas a rede de hospitais federais no Rio de Janeiro.

Desta forma, o plano de gestão para alta responsável possui característica de uma diretriz assistencial, considerando que são “recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas” (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). A natureza do plano de gestão é de um protocolo assistencial e de organização de serviços, pois pode ser referência para a organização das ações das equipes nos equipamentos de saúde.

Os autores Werneck, Farias e Campos (2009) colocam que os protocolos de organização dos serviços são:

Instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais” (WERNECK; CAMPOS; FARIAS, 2009).

2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa.

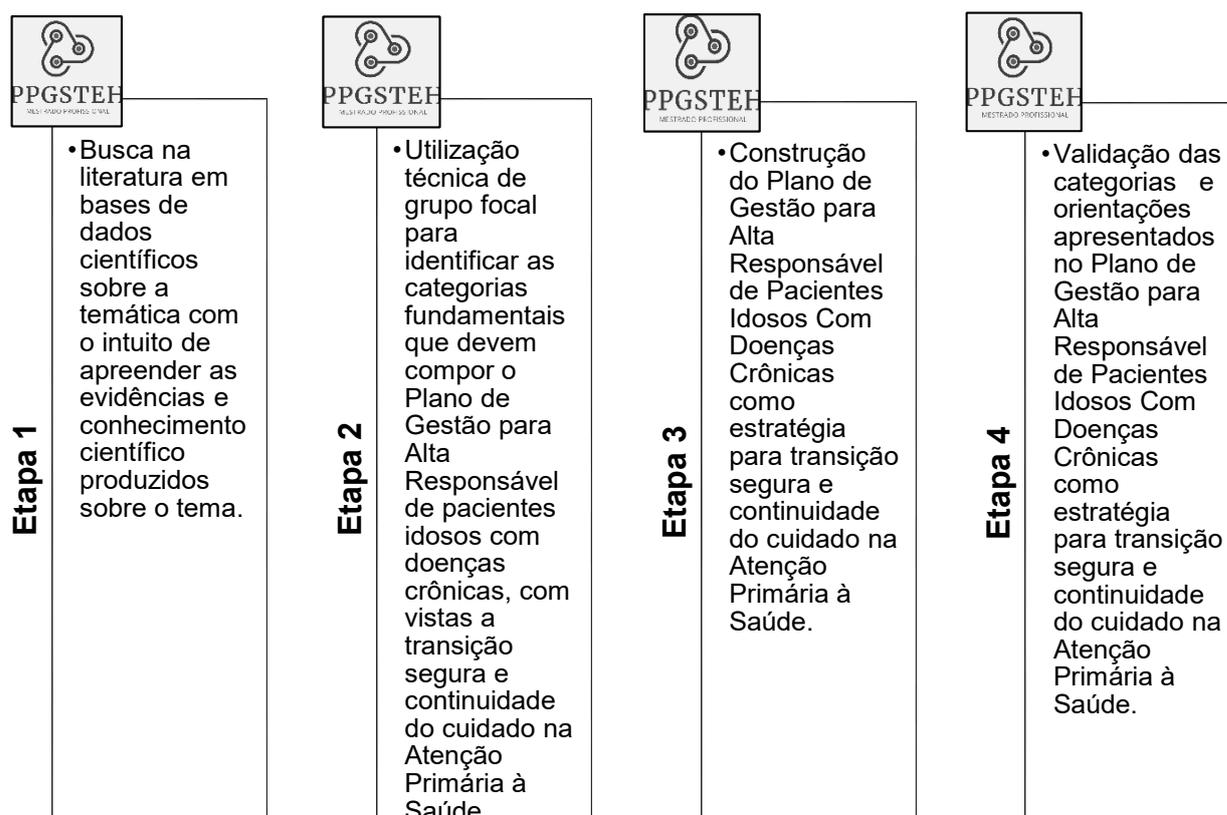
As abordagens qualitativas se adequam melhor as investigações de grupos, e segmentos delimitados e focalizados, de história social sob ótica dos indivíduos, de relações e para análise de discursos e documentos (MINAYO, 2014). Através desta abordagem de pesquisa, com uso da técnica de grupo focal (GF) na etapa metodológica, foi possível identificar e compreender como são desenvolvidos os processos de planejamento para alta e transição do cuidado de pacientes idosos das unidades hospitalares e institutos federais no Rio de Janeiro para outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para a construção do plano de gestão para alta responsável.

A abordagem quantitativa preocupa-se com a validade e a confiabilidade, tem como objetivo “trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas confiáveis, generalizáveis e sem vieses” (LANDIM *et al.*, 2006), vindo de encontro com o objetivo da última etapa dessa pesquisa, cujo propósito foi validar as categorias e orientações presentes no plano de gestão para alta responsável com uso do método Delphi e validação por grupos de experts, através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e coeficiente de Kappa.

2.1 Etapas da Pesquisa

O caminho metodológico para construção do Plano de gestão para alta responsável, produção técnica desta pesquisa, foi realizado em quatro etapas descritas na Figura 1.

Figura 1 – Descrição das etapas da pesquisa, Rio de Janeiro, 2020.



Fonte: Elaboração pela pesquisadora

O desenho metodológico iniciou-se pela pesquisa bibliográfica em bases de dados científicos com o intuito de conhecer as discussões e produção de pesquisa sobre o tema. O presente estudo, não intencionou a realização de revisão integrativa e sistemática referente a temática. As bases de dados eletrônicas consultadas foram: MEDLINE (*National Library of Medicine-USA*), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e Biblioteca Cochrane.

Os descritores utilizados, conforme consulta ao DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), foram: “Patient Discharge”, “Alta del Paciente”, “Alta do Paciente”; “Transitional Care”, “Cuidado de Transición”, “Cuidado Transicional”; “Integral health care for the elderly”,

‘Atención integral de salud a la tercera edad’, “Atendimento integral à saúde do idoso”. As palavras foram combinadas entre elas na busca com uso dos operadores booleanos AND e OR. Foram levantadas as publicações realizadas entre os anos de 2017 a 2020.

No quadro 1 apresenta-se os artigos considerados relevantes.

Quadro 1 - Descrição dos estudos que abordaram o tema alta hospitalar, cuidados de transição, continuidade do cuidado e saúde integral da pessoa idosa, Rio de Janeiro, 2020.

Autor/Ano	Objetivo	Principais Achados
MARQUES, G.Q. <i>et al</i> , 2017	Objetivou-se identificar atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio a partir de evidências na literatura. Trata-se de revisão integrativa, realizada em agosto de 2015, mediante busca nas bases de dados PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Web of Science, SCOPUS e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram selecionados 22 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.	Os resultados evidenciaram cinco categorias temáticas com as principais atividades dos enfermeiros na transição do cuidado: planejamento de cuidados para a alta; auxílio na reabilitação social; educação em saúde; articulação com os demais serviços; acompanhamento pós-alta. Conclui-se que há necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais e organização das atividades dos enfermeiros, promovendo coordenação do cuidado com foco na transição do hospital para o domicílio.
UTZUMI, FC <i>et al.</i> , 2018	Buscar um entendimento pela consubstanciação entre o conceito de continuidade do cuidado ao referencial teórico do interacionismo simbólico, no sentido de agregar uma possibilidade de fortalecê-lo como conceito indispensável ao cuidado prestado aos usuários do sistema de saúde e provocar uma necessária reflexão sobre este.	A continuidade do cuidado, trabalhada a partir das dimensões relacional, informacional e de gestão, coaduna com o proposto, por representar um produto social resultante das interações entre os envolvidos no cuidado, que se expressa segundo sua ação e reação, como uma constante para um conjunto de práticas de diferentes profissionais que buscam garantir o cuidado integral e coerente ao usuário.

<p>ACOSTA, A.M. <i>et al.</i>, 2018</p>	<p>Analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar.</p>	<p>Observou-se que a maioria das atividades foi quanto a esclarecimento de dúvidas durante as orientações de alta e orientações sobre continuidade dos cuidados com a equipe de saúde de referência. Viu-se que atividades menos realizadas foram: o acompanhamento do paciente após alta e a comunicação com equipe da unidade de saúde de referência. Viu-se que maiores dificuldades foram referentes: à realização de encaminhamentos ao hospital para a Atenção Primária à Saúde, comunicação entre os profissionais de saúde e pouca formação em serviço para qualificação dos profissionais.</p>
<p>MENEZES T.M.O, <i>et al</i>, 2018.</p>	<p>Identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado a pessoa idosa</p>	<p>Os cuidados de transição podem evitar re-hospitalizações, à medida que permitem a reabilitação, promoção e cura de enfermidades na pessoa idosa. Os cuidados transicionais implicam na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, sendo necessários profissionais de saúde habilitados e que envolvam a família através de comunicação acessível.</p>
<p>SIQUEIRA, T.H, VILA, V.S.C, WEISS, M.E, 2018</p>	<p>Realizar a adaptação transcultural do Readiness for Hospital Discharge Scale - (RHDS) Adult Form para uso no Brasil.</p>	<p>A análise evidenciou a conservação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual e manteve a validade de face e de conteúdo da versão original. Tanto o comitê de juizes quanto os participantes do pré-teste reportaram compreender os itens e a escala de respostas do RHDS. O instrumento está adaptado culturalmente para o Brasil e poderá ser utilizado como uma das etapas do planejamento da alta hospitalar.</p>
<p>BORDIN, D. <i>et al.</i>, 2018</p>	<p>Analisar os fatores associados à internação hospitalar em idosos brasileiros sob base metodológica multidimensional</p>	<p>Os resultados reforçam o fato de que múltiplos fatores se mostram associados à internação hospitalar de idosos. A análise dessas associações tem o potencial para sensibilizar os profissionais e gestores acerca da melhoria dos cuidados de saúde para com os idosos e auxiliar na organização e no planejamento das ações de toda a rede de serviço de saúde.</p>
	<p>O artigo aborda o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde</p>	<p>Um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem</p>

VERAS, RP; OLIVEIRA, M, 2018	do idoso, buscando colaborar com a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica. Considerando que o processo de envelhecimento no Brasil é relativamente recente, foram descritos movimentos sociais mais relevantes na construção das políticas de saúde voltadas ao idoso.	desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidado se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.
MODAS, D.A.S; NUNES, E.M.G.T; CHAREP.E, 2019	Mapear a evidência existente sobre as causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto.	Verificou-se que o atraso na alta hospitalar se deve a causas relacionadas com os recursos da comunidade, designadamente a falta de vagas em unidades de saúde e motivos sociais; a causas organizacionais relacionadas com os cuidados de saúde; a causas individuais, destacando-se as questões familiares e financeiras; culminando nas causas organizacionais relacionadas com a gestão hospitalar
FERREIRA E.M, et.al., 2019	Definir os critérios para a continuidade da assistência a pacientes idosos submetidos a artroplastia	Transição segura do hospital para a comunidade. Duas categorias de critérios para a continuidade da assistência surgiram: critérios associados ao risco de gestão ineficiente do regime terapêutico, e critérios associados ao conhecimento e nível de competência do cuidador informal.

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Esta etapa contribuiu para conhecimento e aprofundamento do tema da pesquisa e das legislações que seriam utilizadas como referências normativas do trabalho.

Na segunda etapa do percurso metodológico, o objetivo foi identificar as categorias fundamentais que devem compor o plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas, com vistas a transição segura do cuidado e continuidade na Atenção Primária à Saúde, para tanto, a escolha da técnica de Grupo focal foi feita por permitir o formato de agrupamento de pessoas reunidas para entrevista conjunta. A autora Trad (2009) coloca que o GF se baseia na comunicação e na interação e o principal objetivo é:

Reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

Para ajudar na moderação e discussões dos grupos foi utilizado instrumento de roteiro semiestruturado dividido em blocos de temas (APÊNDICE 1).

O método utilizado na abordagem qualitativa foi a Análise de Conteúdo Temática definida por Bardin (1977), com recorte do banco de dados formado pelo conjunto das transcrições obtidas dos grupo focais realizados. Após os encontros com os GF, os depoimentos gravados foram submetidos à técnica e as diferentes fases da análise de conteúdo de Bardin que se organizam em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

Na preparação para análise, as informações foram ordenadas em unidades de registro (UR) e unidades de significação (US) (BARDIN, 1977) facilitando a visualização, agrupamento e análise do material (APÊNDICE 2).

Para contribuir no processo de análise das categorias foi utilizado o software livre IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa (SOUZA *et al*, 2018).

A partir dos dados de análise e resultados ocorreu a identificação das categorias que devem compor o plano de gestão para alta responsável e que subsidiou a elaboração do produto dessa pesquisa. As categorias identificadas foram: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e; educação em saúde.

O processo metodológico, os resultados e discussão desta etapa da pesquisa serão apresentados no Capítulo Apresentação dos Resultados, no item produto 1, que apresenta o conteúdo submetido, aceito e publicado em revista classificada com Qualis A3 (ANEXO 1).

Após a identificação das categorias consideradas essenciais para compor o plano e a elaboração do mesmo, seguiu-se para a etapa metodológica posterior que foi a construção do DesHospitaliza – Plano de gestão para alta responsável de pacientes com doenças crônicas, elaborado a partir das evidências científicas levantadas pelo estudo da pesquisa.

O plano foi construído a partir das categorias identificadas, dividido nas etapas de pré-internação, internação e após-alta. Considerou ainda, que as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro são referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica, oncológica e ortopédica e que o atendimento interno inicial ao usuário pode se dar por três pontos de

assistência e tratamento conforme perfil da unidade: emergência, ambulatório e clínica de internação, por isso, o plano, como um documento orientador para as unidades hospitalares, contempla essas questões.

No Capítulo Apresentação dos Resultados é apresentado o plano de gestão para alta responsável.

A etapa metodológica de validação das categorias e orientações presentes no Deshopsitaliza - Plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas consistiu:

1- Avaliação e validação das categorias e orientações presentes no plano por grupo de juízes experts no assunto com uso do método Dephi, que tem como objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio da aplicação de questionários, intercalados por feedbacks controlados de opiniões.

Esse método é percebido como uma técnica sistemática para obter a opinião, com validade científica, de especialistas sobre determinado assunto (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

O questionário de avaliação aplicado continha questões para avaliação referentes a: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade do documento. A avaliação foi feita com escala tipo Likert de 5 pontos: concordo fortemente (CF), concordo (C), não concordo e nem discordo (NCND) discordo (D), discordo fortemente (DF) (APÊNDICE 3).

A escala de verificação de Likert consiste em desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição a partir de construto e, para as quais os participantes emitirão seu grau de concordância (ALEXANDRE; COLUCI, 2009).

2- Validação realizada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e coeficiente de Kappa, sendo considerado o IVC $\geq 0,78$ como medida do grau de concordância (ALEXANDRE; COLUCI, 2009).

Na área da saúde o IVC é um método bastante empregado, que permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2009). A análise é realizada por meio do escore do índice, sendo calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2009). Posteriormente, será realizado o coeficiente de kappa (k) para avaliar as medidas de concordância entre avaliadores. Os valores de kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total).

2.2 Aspectos Éticos

O presente estudo está em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob CAAE 25650719.9.0000.5285 (ANEXO 2).

Para os profissionais de saúde e os juízes para participarem da pesquisa foi realizado esclarecimento sobre a proposta e objetivo do estudo e solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4 e 5), do qual foi oferecida cópia do documento.

2.3 Produtos da Pesquisa

A apresentação dessa dissertação foi organizada em formato de produtos, conforme modelo do mestrado profissional da Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. São eles:

- **Produto 01:** Artigo intitulado - Construção do DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.
- **Produto 02:** DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.
- **Produto 03:** Artigo intitulado - Validação de Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.
- **Produto 04:** E-book intitulado - Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.

O produto 1 é o artigo “Construção do DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas” apresenta o processo metodológico para identificação das categorias que devem compor um plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. O artigo foi publicado na Revista Research, Society and Development, que possui classificação de Qualis A3, no dia 15 de fevereiro de 2021.

O produto 2 apresenta o DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, elaborado pela pesquisadora a partir dos dados obtidos na primeira e segunda etapas metodológicas da pesquisa e que servirá de documento norteador para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro, visando contribuir para a realização

de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para a Atenção Primária à Saúde.

Foi registrado os direitos autorais sobre obra intelectual na Biblioteca Nacional, conforme protocolo 2021.RJ.002803 (ANEXO 3) e, também foi realizado registro da obra no site Avctoris (ANEXO 4) que oferece aos usuários uma forma de comprovação de autoria com características jurídicas através de prova de anterioridade com certificado de registro.

O plano de gestão para alta responsável, produto técnico dessa pesquisa, é considerado de alto impacto por se configurar como proposta de diretriz assistencial e de organização de serviços, atendendo ao conjunto de unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro e podendo servir como referência para demais serviços de saúde hospitalares municipais, estaduais e mesmo nacionais.

O produto 3 é o artigo “Validação Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas” cujo o propósito é apresentar o processo de validação das categorias e orientações presentes no DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.

O referido artigo está na fase de submissão à Revista Latino-Americana de Enfermagem, que possui Qualis A1 (pelo Qualis referência a revista é A2) (ANEXO 5). Artigo conta com financiamento da FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro).

No produto 4 é apresentado a produção da obra em formato de E-book intitulado "Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional", cuja a pesquisadora participou como organizadora e autora de quatro capítulos da obra. Trata-se de uma produção conjunta com os profissionais de saúde das unidades hospitalares e convidados com expertise na temática de desospitalização.

O E-book tem como proposta publicizar ações exitosas desenvolvidas pelas equipes de desospitalização dos hospitais e institutos federais no RJ, disseminar o conceito de desospitalização com foco na alta responsável, transição e continuidade do cuidado dos pacientes no processo de internação e alta hospitalar e compartilhar saberes e práticas que possam auxiliar outras unidades de saúde na implementação de ações e projetos com foco na melhoria da qualidade prestada aos usuários do SUS.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Produto - Artigo 1

Apresentação do artigo Construção do DesHospitaliza - Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas na formatação do template da Revista Research, Society and Development.

Construção do DesHospitaliza - Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas

Construction of DesHospitaliza - Plan for responsible discharge of elderly patients with chronic diseases

Construcción de DesHospitaliza - Plan de alta responsable de pacientes ancianos con enfermedades crónicas

Recebido: 27/01/2021 | Revisado: 00/02/2021 | Aceito: 00/02/2021 | Publicado: 00/00/2021

Leonor Maria da Silva Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4785-7381>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: leonorms.gomes@gmail.com

Ana Maria da Silva Gomes

<https://orcid.org/0000-0003-3047-1180>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: anaestrelagomes@yahoo.com.br

Danielle Galdino de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0103-6828>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: danielle.paula@unirio.br

Taís Veronica Cardoso Vernaglia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3391-7301>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: tais.vernaglia@unirio.br

Resumo

Objetivo: identificar as categorias que deverão compor o plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas e que servirá de documento norteador para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro, visando contribuir para a realização de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para a Atenção Primária à Saúde. Metodologia: estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, com uso da técnica de grupo focal e Análise Temática de Conteúdo, com auxílio do software IRAMUTEQ. Resultados: a análise dos dados permitiu a identificação das categorias consideradas importantes para compor o plano para alta responsável, a saber: acolhimento e porta de entrada, planejamento para alta responsável, atenção centrada na pessoa e educação em saúde. Considerações: O conteúdo apreendido na pesquisa demonstra a necessidade dos serviços de saúde hospitalares desenvolverem ações, elaborarem protocolos e planos para alta responsável. Percebeu-se que é preciso investir na mudança de cultura institucional para avançar na direção de um cuidado centrado no paciente e pautado na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Planejamento da alta; Cuidados de transição; Atendimento integral à saúde do idoso; Envelhecimento populacional; Doenças crônicas.

Abstract

Objective: identify the categories that should be part of the safe discharge plan for elderly patients with chronic diseases, which will serve as a guiding document for the federal hospital units in Rio de Janeiro, aiming to contribute to the implementation of best practices in the processes of dehospitalization and transition from hospital care to primary health care. **Methodology:** this is an exploratory descriptive study with a qualitative approach, that uses the focus group technique and Thematic Content Analysis with IRAMUTEQ software. **Results:** the data analysis provided the identification of categories considered important when drawing up a safe discharge plan, which were: admission and gateway, planning for safe discharge, patient-centered care and health care education and training. **Remarks:** The content learned from the research indicates the need for hospital health services to develop actions, protocols and plans for safe discharge of patients. It is necessary to promote a change in organizational culture in order to advance in patient-centered care based on the integrality of care.

Keywords: Discharge planning; Transition care; Integral health care for the elderly; Population aging; Chronic diseases.

Resumen

Objetivo: identificar las categorías que deben componer el plan de alta responsable del paciente anciano con enfermedades crónicas y que sirva de documento rector para las unidades hospitalarias federales de Río de Janeiro, con miras a contribuir a la conducción de las mejores prácticas en el proceso de deshospitización y transición. Desde la atención al alta hospitalaria hasta la Atención Primaria de Salud **Metodología:** se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, utilizando la técnica de grupos focales y Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** el análisis de los datos permitió identificar las categorías consideradas importantes para componer el plan de altos responsables, fueron: recepción y entrada, planificación de altos responsables, atención centrada en la persona y educación en salud. **Consideraciones:** El contenido apprehendido en la investigación demuestra la necesidad de que los servicios de salud hospitalarios desarrollen acciones, desarrollen protocolos y planes para la alta dirección y que es necesario invertir en un cambio de cultura institucional para avanzar en la atención centrada en el paciente basada en la atención integral.

Palabras clave: Planificación del alta; Atención de transición; Atención integral de salud a la tercera edad; Envejecimiento de la población; Enfermedades crónicas.

1. Introdução

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), define a pessoa idosa como aquela com 60 anos ou mais de idade, seguindo a classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, critério usado neste estudo.

O Brasil está passando pelo envelhecimento demográfico mais rápido do mundo, uma tendência que se acelerará durante o século XXI (Lima-Costa, 2019). As estimativas são que o número de idosos aumentará continuamente durante a transição da estrutura etária, se aproximando de 50 milhões em 2050 ou 20% da população total, correspondendo a uma

proporção mais alta em relação a encontrada hoje em qualquer país da Europa (Organização Pan Americana de Saúde [OPAS], 2009).

Segundo Camarano (2014), o único grupo etário que deverá apresentar taxas de crescimento crescentes é o de 60 anos ou mais, resultado da queda da mortalidade e da ocorrência das altas taxas de fecundidade nas décadas de 1950 e 1960 e (Camarano, 2014).

As consequências desse crescimento são o aumento das demandas assistenciais, previdenciárias, econômica, familiares e de saúde para atender esse segmento (Miranda et al., 2016; Lima-Costa, et al., 2018). Em relação aos serviços de saúde, esses sentirão os efeitos do envelhecimento da população brasileira, pois com a ampliação da expectativa de vida, o perfil epidemiológico sofre mudanças, as doenças crônico-degenerativas passam a ter importância considerando que “o padrão das doenças dos idosos, são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (Veras & Oliveira, 2018), além disso o idoso é o público que, comparado a outras faixas etárias, mais utiliza os serviços de saúde, com internações hospitalares e tempo de ocupação do leito maiores.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e em especial os que pertencem aos grupos vulneráveis como os idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade. São as principais causas de mortes no mundo (63%) e no Brasil, corresponde a 72% dos índices de mortalidade, com destaque para doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica, constituindo um problema de saúde pública. (Brasil, 2011).

Em relação aos serviços de saúde, esses ainda estão pautados no modelo hospitalocêntrico, médico assistencial e curativista, com um cuidar fragmentado, atuando de forma isolada, sem comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e com sistemas de apoio (Feuerwerker & Mehry, 2008; Mendes, 2010), questão que deve ser considerada tendo em vista, que os idosos apresentam necessidade de uma rede de saúde integral e integrada, o que constitui um desafio para a saúde pública.

Sabemos que os cuidados prestados nos equipamentos de saúde hospitalares são complexos, com inúmeros desafios enfrentados na assistência aos pacientes, em especial os idosos, que estão mais suscetíveis a riscos durante a internação (incidentes, eventos adversos, infecções, declínio funcional, entre outros) e após alta hospitalar.

Nesse contexto, e pensando na contribuição para a melhoria da assistência prestada ao paciente idoso portador de doença crônica, emerge a questão norteadora: na elaboração de um plano de gestão para alta responsável, que categorias deverão ser contempladas para atender o

idoso de forma integral e integrada durante a internação e alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS)?

Essa é uma das discussões semeadas pela Câmara Técnica (CT) de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro, que compõe o conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), que se desdobraram em reflexões, encontros técnicos científicos e impulsionaram a implementação de novas práticas em diferentes espaços e a necessidade de refletir sobre ações e estratégias que possibilitassem a melhoria contínua da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (Gomes, et al., 2020).

Foram também subsídios para pensar a necessidade de identificar categorias e orientações que devem constar no planejamento para alta responsável, resultando na construção de um documento norteador para as unidades hospitalares federais, intitulado pela pesquisadora como *DesHospitaliza - Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas*, visando contribuir para a realização de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para a APS.

Neste artigo apresenta-se o percurso metodológico desenvolvido na etapa de identificação das categorias que comporam o plano para alta responsável e a discussão dos resultados alcançados.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza aplicada, com abordagem qualitativa. O escopo metodológico da pesquisa baseia-se em técnicas usadas que operacionalizam os métodos (Pereira et. Al. 2018). Nesta pesquisa, optou-se pelo uso da técnica de grupo focal (GF), por possibilitar o alcance de uma variedade de informações, experiências, significados e representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado (Kind, 2004), e por se adequarem melhor as investigações de grupos, e segmentos delimitados e focalizados, de história social sob ótica dos indivíduos, de relações e para análise de discursos e documentos (Minayo, 2014).

O estudo foi desenvolvido no nível central de gestão do Ministério da Saúde (MS) no Rio de Janeiro, na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, no qual a pesquisadora compõem a equipe técnica.

Foram selecionados para participarem do grupo focal, profissionais de saúde das unidades hospitalares do MS no Rio de Janeiro que atenderam aos seguintes critérios: ter experiência mínima de dois anos na área de gerontologia/geriatria e/ou clínica médica; no

mínimo três anos de atuação no serviço/comissão de desospitalização dos hospitais e institutos federais e; ter conhecimento sobre a temática central dessa pesquisa. O critério de exclusão foi o profissional estar em período de férias ou licença no período da coleta de dados.

Os profissionais de saúde participaram da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual foi oferecida cópia do documento. Foi apresentada a proposta da pesquisa e o objetivo dos GF no qual participaram. Os encontros dos GF foram gravados e as falas transcritas com prévia autorização. Para manter o anonimato dos participantes optou-se pela identificação dos participantes do grupo focal 01 em A1, A2 e assim por diante e dos participantes do grupo focal 02 em B1, B2 e assim por diante.

O convite para participação no grupo focal foi extensivo a todos os profissionais que compõem a CT de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no RJ. O GF 1, teve a participação de quatro enfermeiros, dois assistentes sociais e uma psicóloga e técnica de assuntos educacionais e no GF 2 participaram duas assistentes sociais, uma enfermeira e uma médica.

Todos os participantes compõem as equipes dos Serviços ou Comissões de Desospitalização das unidades hospitalares e são membros da CT Desospitalização, a única exceção foi a médica do GF 2, que era coordenadora da Área de Gestão da Qualidade e Segurança na Assistência à Saúde, e participou representando o nível central de gestão do MS no Rio de Janeiro.

Estavam representados nos grupos focais três unidades hospitalares e dois institutos federais do MS. Os hospitais são referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica e oncológica, atendem pacientes clínicos e cirúrgicos e dois deles possuem emergência de porta aberta. Dos institutos representados, um é responsável pelo atendimento oncológico de crianças em geral e de adultos e o outro é especializado em atendimento cirúrgico de alta e média complexidades na área de ortopedia e traumatologia.

Com a utilização da técnica de pesquisa de grupo focal foi possível identificar as categorias consideradas importantes para compor um plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas.

No processo para coleta de dados optou-se pelo uso de roteiro semiestruturado, dividido em três blocos de temas com assuntos considerados essenciais para entendimento do processo assistencial e cuidado com vista ao planejamento da alta hospitalar e desospitalização, foram eles: acolhimento de pacientes idosos com doenças crônicas quando a admissão no hospital; planejamento da alta hospitalar e; transferência das informações entre o hospital e os demais serviços extra-hospitalares.

Foram realizados dois encontros no período de 06 de fevereiro a 13 de março de 2020, com duração total de duas horas e trinta e cinco minutos. Era previsto a realização de no mínimo mais dois grupos focais, porém não foi possível em decorrência do advento da pandemia pelo Covid-19, que resultou na suspensão de realização de reuniões como uma das medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, conforme Instrução Normativa nº 21, de 16 de março de 2020 (Brasil, 2020).

Destacamos que apesar do empecilho não houve prejuízo nos resultados da pesquisa tendo em vista a representatividade das unidades hospitalares federais, das categorias profissionais participantes, bem como do conteúdo e resultados obtidos.

Na análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática Categorical definida por Bardin (1977). Na fase de pré-análise, as transcrições foram salvas em documento word, organizadas em um banco de dados e realizada exploração do material com leitura flutuante do mesmo, caracterizado como o momento de contato com os documentos da coleta de dados e conhecimento do texto (Mozzato & Grzybovski, 2011). Na etapa de análise, as informações foram ordenadas em unidades de registro (UR) e unidades de significação (US) (Bardin, 1977) facilitando a visualização, agrupamento e análise do material.

A análise incluiu 302 unidades de registro (UR), que foram constituídas por frases retiradas das transcrições consideradas relevantes para o objeto de estudo, codificadas e agrupadas por temas com valor de significado. Foram identificados dezessete temas de unidades de significação, as unidades de registro equivalentes ao agrupamento dos temas foram contabilizados e calculada a porcentagem de cada corpus (corpus 1 e 2) e da soma desses com uso das seguintes fórmulas: 1- Cálculo da porcentagem das unidades de registro dos corpus 1 e 2, identificadas: N° de US de cada corpus / N° total das UR de cada corpus = X % e; 2- Cálculo da porcentagem dos corpus analisados: N° de US dos corpus 1 + corpus 2 / N° total da soma das UR dos corpus 1+ corpus 2 = Y %.

Para contribuir no processo de análise das categorias foi utilizado o software livre IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2 (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa (Souza, et al., 2018).

Foram elaborados quadros para registro e explicação dos passos adotados para alcance dos resultados fornecido pela análise.

O presente estudo está em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/2012 (Brasil, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob CAAE 25650719.9.0000.5285.

3. Resultados e Discussão

A análise dos dados permitiu a identificação das categorias consideradas importantes para compor o plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. As categorias foram: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e; educação em saúde (Quadro 1).

No processo de categorização considerou-se, critérios teóricos, fontes de estudos e a práxis dos profissionais participantes da pesquisa.

Quadro 1– Definição das categorias com porcentagem total dos corpus analisados, Rio de Janeiro, Brasil, 2020.

TEMAS UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA	TOTAL DE CORPUS ANALISADOS (% UR)
Acolhimento na internação de pacientes crônicos.	Questões distintas no fluxo interno na admissão do paciente	Acolhimento e porta de entrada	23%
Como se dá o processo de internação do paciente.			
Unidade oferece ou já ofereceu acolhimento para grupos específicos.			
Considera importante ter acolhimento (como deve ser).	Acolhimento como elemento importante para plano de alta		
Realizam planejamento para cuidado integral durante período de internação com vistas a alta responsável.	Pensar a saída antes da entrada	Planejamento para alta responsável	57%
Questões que devem compor o planejamento para alta responsável.			
Atuação das equipes de desospitalização no processo de planejamento para alta responsável			

Ferramentas/instrumento utilizados para o processo de planejamento para desospitalização.			
Questões institucionais que interferem no planejamento para a alta responsável.	Situações que interferem no planejamento para alta responsável		
Falta de articulação e comunicação inter equipes e com a RAS.			
Possibilidades para um plano de cuidados que objetive a alta responsável.	Desospitalização com vistas a alta responsável.		
Estratégias para acompanhamento após alta hospitalar e continuidade do cuidado.			
Possibilidades para melhorar a comunicação com a RAS.			
Colocações dos participantes relacionadas ao paciente idoso e questões correlatas.	Necessidades de saúde do paciente idoso e outros		
Realidades distintas, perfil diferentes das unidades.	Cultura institucional pautada numa assistência fragmentada	Educação em saúde	10%
Visão institucional.			
Os profissionais de saúde da unidade tem atuação assistencial fragmentada (falta de cultura institucional para desospitalização).			

Fonte: Elaborado pelos autores.

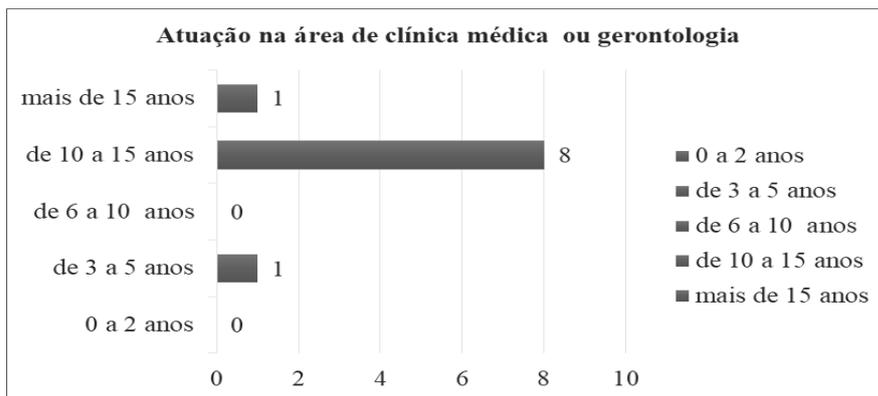
O quadro acima apresenta os temas de unidade de significação obtidos a partir dos grupos focais, as sub-categorias que subsidiaram a identificação das categorias e as porcentagens referentes ao total de corpus analisados, que serão descritas mais adiante no texto.

Caracterização dos participantes

O perfil dos participantes dos grupos focais é caracterizado por profissionais de saúde da rede federal no RJ, com atuação na área da saúde a mais de dez anos (90%) e os demais entre seis a dez anos (10%). A categoria profissional com maior representatividade nos grupos focais foi a enfermagem (37%) e serviço social (36%), tivemos a participação de psicólogo, médico e técnico de assuntos educacionais com percentual de 9% cada categoria.

Em relação ao grau de escolaridade a maioria tem pós-graduação strictu sensu. mestrado (80%), doutorado (10%) e pós-graduação lato sensu (10%). Os profissionais se enquadraram no principal critério de inclusão para participação no grupo focal, que era possuir experiência e atuação na área de desospitalização, 80% com mais de seis anos de atuação e 20% com três anos a cinco anos (Gráfico 1).

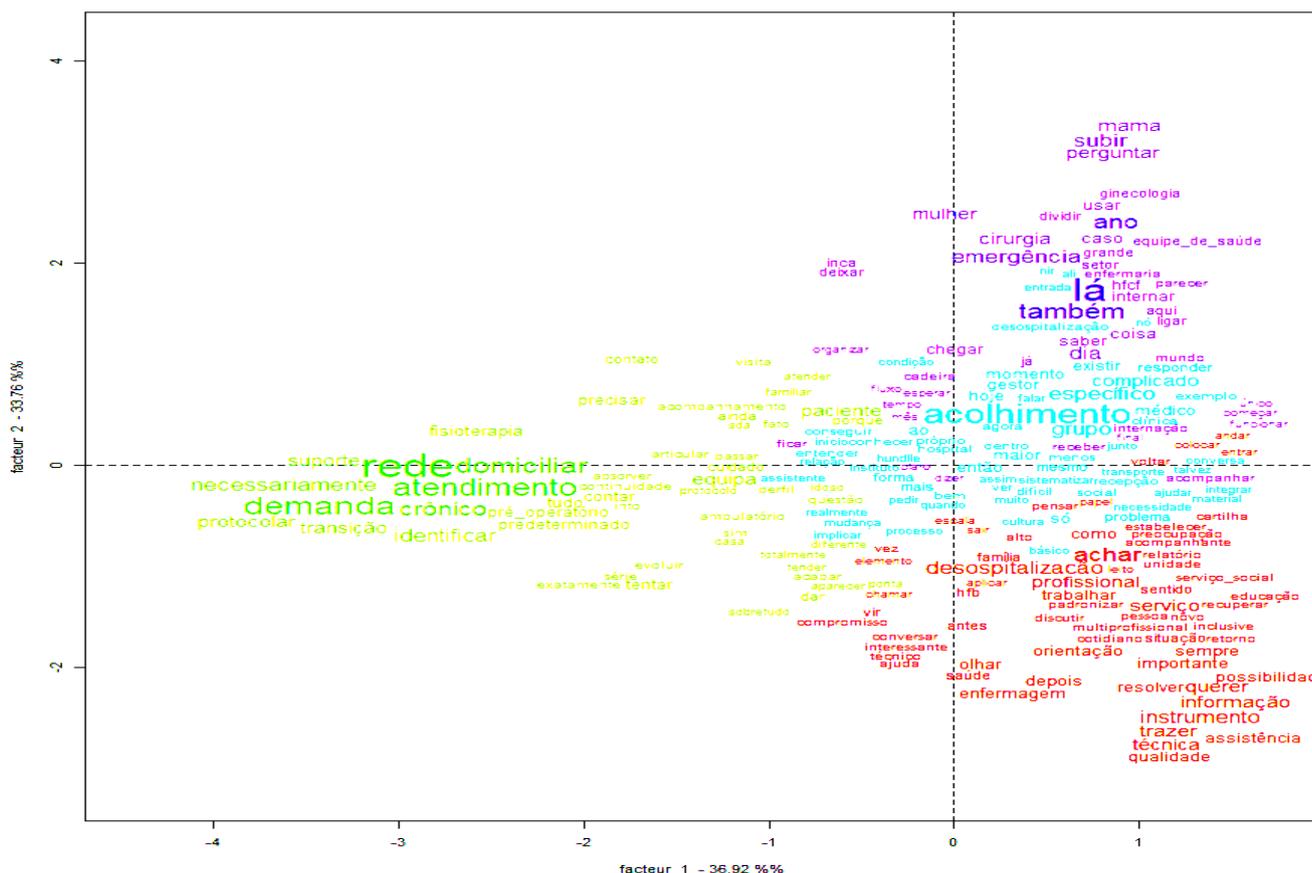
Gráfico 1 – Tempo de atuação profissional em serviços/comissões de desospitalização Rio de Janeiro, Brasil, 2020.



Fonte: Autores

De modo a permitir melhor visualização das associações contidas no corpus foi realizada, através do software livre IRAMUTEQ, a análise fatorial de correspondência (AFC) (Figura 1).

Figura 1 - Análise fatorial de correspondência (AFC), Rio de Janeiro, Brasil, 2020.



Fonte: software livre IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0.7 alpha 2.

A AFC colaborou com os dados obtidos na análise de conteúdo categorial. Pode-se perceber através da AFC que as palavras evocadas mais fortemente (por estarem próximas ao eixo cartesiano) foram acolhimento, desospitalização e rede, e cada uma dessas estavam associadas principalmente as palavras:

- Acolhimento - conhecer o hospital, grupo, início, sistematizar, entender.
- Desospitalização - padronizar, trabalho multiprofissional, família, aplicar, importante, informação, instrumento, educação qualidade.
- Rede - atendimento domiciliar, transição, identificar, paciente crônico, articular.

Categorias

Acolhimento e porta de entrada

A categoria acolhimento e porta de entrada obteve um percentual de 23% de destaque nas falas dos participantes dos grupos focais. O grupo focal 1 (corpus 1), discorreu mais sobre o tema acolhimento (26%) que o grupo focal 2 (18%), mas ambos os grupos consideraram este elemento como importante na assistência ao paciente idoso e na composição do plano para alta

responsável.

O grupo focal 1, formado unicamente por hospitais federais de média e alta complexidade, colocou que não existe acolhimento na porta de entrada, na admissão dos pacientes e em especial do paciente idoso nessas unidades.

“Não tem acolhimento, chega pela porta de entrada aberta.” (A7Ha).

“Aqui também não têm acolhimento, mesmo não sendo um hospital de emergência, sendo referenciado não tem acolhimento.” (A1Hb)

“Não tem acolhimento em momento nenhum”. (A5Hc)

“A gente faz o acolhimento da família, mas não é na porta de entrada, ele já está internado.” (A5Hc)

O grupo focal 2, com representação dos institutos federais do MS, informou possuir acolhimento que denominam de “recepção integrada” e “consulta pré ambulatorial”.

“Eu acho que melhoraria tudo, questão de relação, comunicação.” (A3Ha)

“É o acolhimento que a gente tem inicial, o primeiro contato e no ambulatório, nessa consulta de pré internação.” (B1Id)

Em ambos os grupos foi consenso que realizar o acolhimento na pré internação e admissão hospitalar é uma ação importante.

“O acolhimento resolveria muitos problemas.” (A7Ha)

“Acho que nesse momento da porta de entrada alguém que esclareça quais são as normas do hospital, que o hospital não é eterno, que tem um período para ele ficar, se recuperar e depois voltar para casa.” (A3Ha)

“Essa equipe de recepção integrada que é formada por esses profissionais que trabalham no sentido da Desospitalização já na admissão.” (B2Ie)

“A consulta pré ambulatorial é importantíssimo, fundamental. Apesar de a gente ainda não valorizar tanto ele, como eu acho que a gente tinha que valorizar .” (B1Id)

Conceitualmente, o termo acolhimento encontra definições distintas, porém complementares. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (2013), considera acolhimento como “a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade” (Brasil, 2013).

Na Política Nacional de Humanização (PNH) (2010) o acolhimento é expresso “como ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” e, afirma ser “uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do

SUS” (Brasil, 2010).

Um ponto a ser destacado é que o acolhimento não deve ser igualado a triagem ou simples recepção do paciente, “é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (Brasil, 2018)

Os profissionais pontuaram essa questão no seus relatos colocando que nas suas unidades o acolhimento é entendido ou compreendido pela instituição como uma triagem ou recepção que desenvolve um papel meramente burocrático e questionam essa atuação corroborando com as considerações da PNH sobre a questão.

“Acolhimento só no sentido burocrático de emitir o boletim.” (A1Hb)

“vem com o papel do posto, data, especialidade, vai no Núcleo de Acolhimento, no guichê 1, ele apresenta o formulário dado no posto, é visto qual o ambulatório ele será direcionado e é indicado que vá para a porta do ambulatório”. (A1Hb)

O Ministério da saúde (2009) ao tratar o tema Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência aponta que “o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.” (Brasil, 2009).

“É o momento que a gente tem de fato para conseguir ter elementos que vão implicar e que vão nos ajudar a pensar no processo de desospitalização para o paciente.” (B1Id)

“O momento da desospitalização, da alta, a gente já pensa nesse primeiro momento, nesse primeiro contato, porque já temos uma preocupação de pensar que o paciente ao fazer a cirurgia, se terá acompanhante, quem vai ficar, o retorno dele ao domicílio, vai retornar como, se tem o TFD (tratamento fora do domicílio) (...).” (B2Ie)

“Quem é a prioridade? de que forma você atende todas essas necessidades que não são só físicas, são psicossociais, é muito mais complicado” (A3Ha)

Os grupos focais colocaram que é importante o investimento em projetos de acolhimento pelas instituições de saúde, considerando o presuposto pela PNH que entende acolhimento como dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. (Brasil, 2009). Esses devem ser compostos por equipe multidisciplinar com participação de profissionais que compõem os Serviços ou Comissões de Desospitalização com vistas a identificar possíveis riscos e situações de vulnerabilidade que impactuem na alta do paciente ou interfiram numa efetiva continuidade

do cuidado pelas RAS.

“tem que ser multiprofissional” (A3Ha)

“É multiprofissional, É multiprofissional, com certeza tem que ser multiprofissional” (A2Hc)

“Essa equipe de recepção integrada que é formada por esses profissionais trabalham no sentido da desospitalização já na admissão do paciente” (B2Ie)

Planejamento para alta responsável

Na análise dos dados, a categoria planejamento para alta responsável foi a que registrou o maior percentual de unidades de registro e agrupamentos por unidade de significação. Ambos os grupos focais computaram percentuais próximos (corpus 1 com 58% e corpus 2 com 54%) para essa categoria, identificada como a principal categoria a compor o plano para alta responsável (57%).

Diversos temas foram abordados na discussão com os grupos focais, dentre eles: questões que devem compor o planejamento para alta responsável; atuação das equipes de desospitalização no processo de desospitalização/ planejamento para alta responsável; ações que objetivem a alta responsável; estratégias para acompanhamento após alta hospitalar e continuidade do cuidado; e possibilidades para melhorar a comunicação com a RAS.

Os relatos remeteram a necessidade de estabelecer plano institucional de desospitalização para alta responsável de pacientes internados, aqui em especial os que são idosos frágeis.

A fala do participante A5Hc *“pensar a saída antes da entrada” (A5Hc)*, expressa a proposta central do produto desta pesquisa, da elaboração do plano para alta. Algumas unidades hospitalares da rede federal conseguiram desenvolver ações de desospitalização e atividades assistenciais que colaboram com planos para alta.

“Na nossa unidade a gente tem um fluxo, um planejamento. Temos o huddle isso facilita (...) O huddle facilita, porque tem os profissionais da emergência e os profissionais de todos os setores, médicos e não médicos, serviço social, desospitalização, comissão de cuidados paliativos, e no huddle a gente já começa a traçar um planejamento de cuidado.” (A3Ha)

“A gente identifica que é um pouco frágil e a gente já vai fortalecendo essa rede desde o início para que quando o paciente tenha alta,” (B1Id)

“A equipe da enfermagem já vai até o paciente sabendo de todo contexto de saúde, dinâmica sócio-familiar. Já vai pensando se está tudo ok ou se tem algum nozinho que precise trabalhar o processo de alta.” (B2Ie)

Outras unidades tiveram pouco êxito na implementação de ações de planejamento para

alta de forma efetiva. É fato comum a essas unidades não possuírem protocolos estabelecidos e fluxos definidos de planos de gestão para a alta responsável, caracterizando o trabalho dos Serviços e Comissões de Desospitalização como ações isoladas ou realizadas sem integração entre os serviços e ou com pouca comunicação inter, intra e extra equipes.

“Não tem huddle, não tem round, não tem planejamento para a alta. Só tem discussão de alta quando a família não quer levar, aí vem a desospitalização.” (A5Hc)

“Nós chamam quando o paciente está de alta, não há o planejamento da alta”. (A5Hc)

“Como não temos uma equipe de desospitalização, isso acaba no colo do Serviço Social.” (A1Hb)

“Me chega um parecer para a equipe de desospitalização na quarta pra ter alta na sexta (...) Eu falo “não vai ter tá.” (A5Hc)

“Nós da desospitalização ainda não temos isso conjugado de uma forma sistematizada que consiga ser passada.” (B1Id)

“A gente tem trabalhado para esse grupo do pré-operatório, conseguir articular com o grupo que está no andar, junto com a gente que está na ponta da desospitalização.” (B1Id)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013) coloca que a alta hospitalar responsável é entendida como transferência do cuidado podendo ser realizada por meio da implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, a exemplo dos cuidados domiciliares; por orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado e; a partir da articulação com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a APS para continuidade do cuidado (Brasil, 2013).

Os autores Lima et al (2018), colocam que:

A coordenação da transição do cuidado é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde e comorbidades múltiplas, que frequentemente dependem de tecnologias e dispositivos para a continuidade do cuidado em suas casas ou outros contextos de cuidado, precisando de profissionais treinados e recursos de apoio no momento da alta (Lima, et al., 2018, p. 2)

Ressaltam ainda que “essa abordagem continua sendo pouco usada, particularmente no que diz respeito ao planejamento de alta do hospital para casa, gerando fragmentação no cuidado pós-alta” (Lima, et al., 2018, p.2).

O planejamento para a alta responsável envolve a realização de um plano de cuidado multidisciplinar, pois quanto melhor a organização e preparação desta com intervenções anteriores e após a alta, maiores as possibilidades de transições do cuidado mais efetivas.

Os participantes dos grupos focais colocaram suas opiniões em relação as possibilidades e estratégias para planos de cuidado e acompanhamento após alta. Em relação as essas ações pontuaram:

“Eu acho que a partir do momento que a gente entende que desospitalizar não é desocupar leito, mas criar estratégias para que essa assistência seja qualificada, que você intitulou como alta responsável, eu acho que isso que é o essencial, é o diferencial desse processo.” (B2Ie)

“É o hospital inteiro fazendo desospitalização.” (A7Ha)

“Pra mim isso é desospitalização.” (A2Hc)

“Tem três coisas importantes; o acolhimento, o huddle e a atenção domiciliar, porque atenção domiciliar é uma extensão da desospitalização, é desospitalização para fora.” (A3Ha)

“Acho que somos consultores, assessoria.” (A3Ha)

“Pensar a desospitalização não como desocupar leito.” (B2Ie)

“Eu acho que não pensa só na desospitalização do processo da alta, mas da desospitalização como processo da qualidade do serviço prestado.” (B2Ie)

“Tem esse olhar da gestão do cuidado.” (B4S1)

“Você pensa desospitalização naquele primeiro dia lá da triagem, assim dá certo.” (B1Id)

É importante enfatizar que os profissionais de saúde das equipes de desospitalização das unidades hospitalares representadas nesta pesquisa entendem que desospitalizar é parte do processo de gestão do cuidado, caracterizado por Olario (2019) como:

Emaranhado de ações e decisões complexas que devem ter início no período de internação e perdurar até a continuidade de atendimento no domicílio, com a participação da equipe hospitalar, domiciliar, familiar e outros que se façam necessários na transição do cuidado (p. 161).

Neste sentido, entende-se a desospitalização como mecanismo para processos de alta responsável, transição segura e continuidade do cuidado.

Burke et al (2013), a partir de pesquisas apresentaram dez domínios que consideram como ideais para transições do cuidado e que estão focados na atenção integral do paciente, dentre eles, o planejamento para alta é um dos principais. Os domínios são apresentados por Burke e colaboradores na forma simbólica de uma ponte (Figura 2) e a falta de um domínio faz a ponte mais fraca e propensa a lacunas nos cuidados propiciando maus resultados e, também quanto mais falta componentes, menos segura é a "ponte" ou a transição do cuidado (p. 2) (tradução da pesquisadora)

Os demais domínios apresentados por Burke et al.(2013) são; comunicação de informações, organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil de informações, segurança das medicações, segurança das medicações, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, suporte social, planejamento antecipado dos cuidados, coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde, monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta, acompanhamento ambulatorial.

Figura 2 - Dez domínios que consideram ideais para transições do cuidado.



Fonte: Adaptado de Burke, et al., 2013.

Alguns desses domínios também foram pontuados pelos profissionais participantes dos grupos focais como categorias importantes para alta responsável e continuidade do cuidado.

A comunicação de informações, coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde, educação em saúde, suporte social e acompanhamento após alta com articulação com as RAS foram considerados categorias fundamentais para promover a continuidade segura e eficaz dos cuidados corroborando com os domínios apontados por Burke et al, conforme trechos da falas a seguir:

“Eu eu tenho uma equipe de atenção domiciliar, eu ligo para a equipe, que no nosso caso funciona junto e a equipe vai avaliar se é necessário ter a visita ou não, se tiver a visita essa equipe vai lá e esse doente evita de ser internado.” (A3Ha)

“Na desospitalização do hospital antes de encaminhar fazemos contato com a rede de atenção à saúde.” (A5Hc)

“Às vezes você tem que conversar com a equipe da rede de atenção à saúde, porque

você acha que eles vão conseguir atender e tem especificidades que eles não vão dar conta.”
(A3Ha)

“Depois da alta, saiu nessa semana e na segunda-feira, terça-feira da semana seguinte a gente liga para o paciente pra ter uma noção de como ele está.” (A5Hc)

“É feito acompanhamento pós alta até 180 dias que é o estabelecido no projeto do SADE (Serviço de Atenção a Desospitalização)” (A3Ha)

“Usamos muito a Escala de Katz, para saber se o paciente está ganhando alguma autonomia na atividade de vida diária”. (A5Hc)

Apesar da percepção dos profissionais de saúde e da atuação desses no desenvolvimento de ações assistenciais para alta responsável, muitos são os entraves e dificuldades para a implementação efetiva das ações, existindo ainda lacunas a serem preenchidas para a elaboração de planos para alta responsável que sirvam de documentos institucionais orientadores para as unidades federais.

Dentre as lacunas apontada pelos participantes está a dificuldade de articulação com as RAS e o reconhecimento da falta de instrumento que facilite a comunicação e troca de informações que contemplam dados do percurso assistencial do paciente e plano de cuidado para o após alta.

Atenção centrada na pessoa

A atenção centrada na pessoa foi outra categoria considerado importante na elaboração do plano.

Apesar de na análise de categorização esta categoria computar um menor percentual dentre as demais (10%) , entendeu-se que esse é um elemento basilar para compor um plano para alta, pois prestar uma assistência pautada na atenção centrada na pessoa é: “prover a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeitar os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garantir o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família” (Mendes, 2011; Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde [IBES], 2018), ou seja, é ultrapassar a atenção prescritiva e focada na doença e proporcionar que os pacientes sejam agentes de sua saúde.

Os principais pontos destacados nas falas dos participantes que expressaram a importância dessa categoria foram:

“com o aumento de doenças crônicas, em casos de idosos que aparecem com muitas questões, de forma que precisamos atender às necessidades, que não são só físicas, são psicossociais.” (A3Ha)

“Quando tem acolhimento, o paciente já está internado.” (A5Hc)

“Você tem que localizar onde o paciente vai ser atendido, dar o mapa da mina para o paciente e ele não conseguiu.” (A7Ha)

“Porque tem paciente que não precisa estar mais dentro do hospital, mas ainda precisa de uma equipe apoiando a família.” (A5Hc)

“E como idoso acho que tem uma questão que é muito mais latente porque ele vai demandar, é quando a gente tem às vezes um idoso com rede reduzida ou familiar ou idoso mesmo que não tem referência às vezes acontece de encontrar dificuldade para o encaminhamento no abrigo.” (B2Ie)

Educação em saúde

A educação em saúde foi a quarta categoria apontada como essencial na composição de um plano para alta responsável. A categoria educação em saúde também recebeu o percentual de 10%, mas assim como a atenção centrada na pessoa considerou-se essa categoria também como basilar para compor qualquer plano de alta.

A educação em saúde contribui no aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades do paciente (Brasil:2012).

A educação é uma das funções essenciais das diretrizes clínicas, pois são usadas como:

Instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Assim, esses instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde, depois de elaborados, devem ser transformados em produtos educacionais que devem ser apropriados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2011, p.375).

Nas falas dos profissionais de saúde é colocado:

“Educação em saúde é um elemento.” (A5Hc)

“Por isso que nosso serviço é desospitalização e educação em saúde.” (A2Hc)

“Pra mim a educação em saúde não está desvinculada do processo, está em todo processo. Esse elemento, a necessidade de orientação, acho que a Desospitalização tem muito mais a colaborar.” (A3Ha)

Importante registrar que as questões que envolvem a assistência centrada na pessoa e a educação em saúde também são temas presentes na rede hospitalar privada. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país, em publicação que compartilha as melhores práticas relacionadas a plano de cuidado e assistência ao paciente idoso coloca que é preciso considerar:

As necessidades de cada paciente, dado que a falta ou insuficiência do planejamento

podem trazer repercussões inadequadas, que incluem angústia, ansiedade, efeitos adversos, erros de medicação, pouca aderência ao tratamento e piora da qualidade de vida dos idosos e seus familiares, com aumento de chances de reintegração, pela possibilidade de se deparar com incertezas acerca do tratamento e da recuperação (Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP], 2018, p.86).

O documento coloca ainda que para se efetivar uma atuação interdisciplinar centrada no paciente é necessário desenvolver um plano multiprofissional de educação e preparo para alta, que deve se iniciar na admissão, levando em consideração barreiras de compreensão, situações especiais e críticas incluindo a dependência física, cognitiva e cuidados continuados no após alta. (ANAHP, 2018).

4. Considerações Finais

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de identificar as categorias consideradas importantes e que devem estar presentes na elaboração de um plano para alta responsável. Acredita-se que o produto final do estudo, o DesHospitaliza – Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, será um documento orientador para as unidades de saúde hospitalares no Rio de Janeiro que contribuirá na implementação de ações para melhoria da assistência prestada aos pacientes idosos e poderá servir de referência para demais unidades hospitalares.

O trabalho não esgota a discussão, ela a amplia. Esta é uma etapa de um processo de construção de pensar e sistematizar práticas que corroborem com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O conteúdo apreendido na pesquisa demonstra a necessidade das organizações de saúde hospitalares desenvolverem ações, elaborarem protocolos e planos para alta responsável, que é preciso investir na mudança de cultura institucional para avançar num cuidado centrado no paciente, pautado na integralidade do cuidado.

Percebe-se que uma questão crucial é pensar que desospitalizar é um mecanismo para processos de alta responsável e continuidade do cuidado, respeitando a participação e decisão do usuário e possibilitar transições seguras do cuidado, coordenadas, eficazes e efetivas.

As próximas etapas desse estudo será a elaboração do DesHospitaliza – Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas e validação das categorias identificadas na etapa metodológica apresentada neste artigo.

Referências

Associação Nacional de Hospitais Privados. (2018). *Manual de gerenciamento e assistência ao idoso*. São Paulo. <https://ondemand.anahp.com.br/curso/manual-de-gerenciamento-e-assistencia-ao-idoso>

Bardin L.(1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Burke, R. E., Kripalani, S., Vasilevskis, E. E., & Schnipper, J. L. (2013). Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of hospital medicine*, 8 (2), 102–109. <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>

Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Delatorre P.G., Sá, S.P.C., Valente G.S.C., & Silvino, Z. R. (2013). Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7 (12), 7152-7159. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i12a12387p7151-7159-2013>

Feuerwerker, L. C. M. & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 965-971. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt>

Feuerwerker, L. C. M.; Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (24), 180-188. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>

Gomes, L.M.S., Gomes. A.Q.F, Malnati, M.S., Olario, P.S., Chagas, M.C. & Araujo, C.M. Panorama da desospitalização nos hospitais federais e institutos do rio de janeiro. In: Gomes, L.M.S. (Org.). *Desospitalização : reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*. Brasil: Editora do Ministério da Saúde. p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multi_profissional.pdf

Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (2018). 8 princípios do Cuidado Centrado no Paciente, segundo o Institute of Medicine. de 13 de maio de 2018. Recuperado de: <http://www.ibes.med.br/8-principios-do-cuidado-centrado-no-paciente-segundo-o-institute-of-medicine/>

Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10 (15), 124-136. Recuperado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202>

[Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm

Lima-Costa, MF (2019). Envelhecimento e saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 52 (Supl 2), 2s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>

Lima, M.A.D da S., Magalhães, A.M.M de, Oelke, N.D, Marques, G.Q, Lorenzini, E., Weber, L.A.F, & Fan, I. (2018). Estratégias de transição de cuidados em países da América Latina: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39 (0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 15 (5), 2297-2305. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>

Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Minayo, M.C.S. (2014). *O Desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Brasil. Hucitec.

Ministério da Saúde. (2008). *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde – 2. ed.* 44 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf

Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, 56 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

Ministério da Saúde. (2011).. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília. Autor. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Ministério da Saúde. (2013).. *Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013*. Brasília. Autor. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

Ministério da Saúde (2014). *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília. Autor. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

Ministério da Saúde. (2018). *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília. Autor. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

Ministério da Economia. (2020). *Instrução normativa nº 21, de 16 de março de 2020. Altera a instrução normativa nº 19, de 12 de março de 2020*. Autor. Recuperado de . <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-21-de-16-de-marco-de-2020-248328867>

Mozzato, A.R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, 15 (4), 731-747. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>

Olario, P.S. (2019). *Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional*. Orientadora: Profa. Dra Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, p. 161. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Organização Pan-Americana da Saúde (2009). Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde : contribuição para análise de situação e tendências. <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>

Pereira A.. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf

Souza, M.A. R., Wall, M.L., Thuler, A. C. M. C, Lowen, I. M. V, & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52 (0), 1-7 Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>

Miranda, GMD, Mendes, A. da CG, & Silva, ALA da. (2016). Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 507–519. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

Veras, R., & Oliveira, M. (2018) Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1929–1936. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

3.2 Produto - Produção Técnica

Apresentação da produção técnica da pesquisa intitulado DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas.

Mestranda: Leonor Maria da Silva Gomes

Orientador: Danielle Galdino de Paula

Co-orientadora: Taís Veronica Cardoso Vernaglia

Produto Acadêmico - Produção Tecnológica

Resumo do Produção Técnica Objetivo: contribuir para a melhoria da assistência prestada aos idosos portadores de doenças crônicas no período de internação e alta para a transição segura entre pontos de atenção à saúde, neste caso, do hospital para a Atenção Primária à Saúde (APS). **Tipologia/Estratificação da produção técnica:** a presente produção técnica é classificada como do tipo T1, enquadrando-se como elaboração de manual ou protocolo por envolver a produção de modelo e tecnologias de gestão para melhoria da assistência à saúde. **Método:** Primeira etapa metodológica foi utilização técnica de grupo focal para identificar os componentes fundamentais para compor o Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, intitulado DesHospitaliza, e na segunda etapa uso do método Delphi para validação das categorias e orientações presentes no DesHospitaliza **Resultados:** apresentação do Plano de Gestão para Alta Responsável. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** A produção técnica terá aplicabilidade nos hospitais federais no Rio de Janeiro e constituirá documento orientador para os gestores e equipes de saúde. Tem grande impacto social por ser um documento configurado como diretriz assistencial e de organização de serviços **Palavras-Chave:** Alta responsável, Transição do cuidado, Atenção centrada na pessoa, Desospitalização.

Apresentação

A produção técnica desenvolvido foi o DesHospitaliza -Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, elaborado com o objetivo de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos idosos portadores de doenças crônicas no período de internação e alta com vistas a transição segura entre pontos de atenção à saúde, neste caso, do hospital para a Atenção Primária à Saúde (APS) e continuidade do cuidado após alta hospitalar.

O caráter inovador deste trabalho está no compromisso de apresentar uma tecnologia leve dura, um documento orientador, com característica de diretriz assistencial e de organização de serviços, que contribua com novos arranjos do cuidar, operando no processo de trabalho em saúde com foco no cuidado centrado na pessoa e que possa ser viabilizado considerando o

conjunto de necessidades e riscos do paciente com a articulação pactuada entre profissionais de diferentes setores do hospital e de diversos pontos de atenção.

De acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), esta produção técnica é classificada como estrato do tipo T1, enquadrando-se como elaboração de manual ou protocolo por envolver a produção de modelo e tecnologias de gestão para melhoria da assistência à saúde.

Nas páginas a seguir apresenta-se o produto desta pesquisa de dissertação.

O link para leitura em PDF é: [DesHospitaliza: Plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas](#)

DESHOSPITALIZA- PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS



Elaboração:

Leonor Maria da Silva Gomes

Produção técnica do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Orientadoras:

Danielle Galdino de Paula
Taís Veronica Cardoso Vernaglia

2020

Siglas

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
AD - Atenção Domiciliar
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVD - Atividades da Vida Diária
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HCP - Hospitais de Cuidados Prolongados
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PADI - Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares
PNH - Política Nacional de Humanização
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGSTEh - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TIC - Tecnologias de Informação e Telecomunicações
UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. Apresentação	01
2. Introdução	02
3. Diretrizes	03
4. Referência normativa	04
5. Abrangência	05
6. Definições	06
7. Linha de cuidado para o paciente idoso.....	07
8. DesHospitaliza	10
8.1.Orientações para alta responsável	10
9. Pré-internação.....	10
8.1. Acolhimento e porta de entrada	11
8.2. Identificação de Risco de Vulnerabilidade	11
8.3. Onde realizar o acolhimento ao paciente idoso	12
10. Internação	12
10.1. Planejamento para alta responsável	12
10.2. Ações interventivas para promoção de uma alta responsável	12
10.3. Atuação das equipes de desospitalização no processo para alta responsável	13
10.4. Estratégia para transição segura e continuidade do cuidado após alta	13
11. Após alta hospitalar.....	15
11.1. Continuidade do cuidado após a alta.....	15
12. Atenção centrada na pessoa	18
13. Educação em saúde	19
14. Monitoramento	21
15. Referências	22
16. Anexos	25

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é produto da pesquisa para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

As questões problematizadoras que conduziram a pesquisa foram: o acelerado envelhecimento da população brasileira; o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e; os processos de trabalho e sistemas de saúde fragmentados que dificultam a comunicação e articulação com outros pontos de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Esse conjunto de questões impactam na qualidade da assistência prestada aos pacientes idosos, principalmente os frágeis ou em situação de vulnerabilidade, o que instiga pensar estratégias que possam colaborar para a melhoria da atenção prestada a esses pacientes no seu percurso terapêutico assistencial, em especial no ambiente hospitalar, cenário deste trabalho.

A proposta do trabalho e seu caráter inovador, está no compromisso de apresentar uma tecnologia leve dura que, conforme Merhy (1997), contribua com novos arranjos do cuidar, operando no processo de trabalho em saúde (MEHRY, 1997). Assim, apresenta-se o DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, elaborado com o objetivo de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos idosos com doenças crônicas, no período de internação e alta com vistas a transição segura para outro ponto de atenção à saúde, neste caso, do hospital para a Atenção Primária à Saúde (APS) possibilitando continuidade do cuidado após alta hospitalar.

O presente trabalho apresenta a proposta de um plano de cuidado integral a ser viabilizado considerando o conjunto de necessidades e riscos do paciente, com a articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores em um mesmo ponto (hospital, por exemplo). (GRABOIS, 2011).

O DesHospitaliza servirá de documento orientador para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico de nosso país é um dos mais rápidos do mundo. Estudos apontam que o crescimento populacional acontece entre adultos e, principalmente, entre os idosos com 65 e mais anos e aumentará continuamente durante a transição da estrutura etária, se aproximando de 50 milhões em 2050 ou 20% da população total, correspondendo a uma proporção mais alta em relação a qualquer país europeu atualmente. (OPAS, 2009).

O aumento da população idosa gera uma série de transformações importantes na sociedade brasileira, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e das relações familiares (MIRANDA, 2016). O Brasil enfrenta o desafio de atender a uma sociedade que está envelhecendo, adicionado ao fato que o idoso é o público que, comparado a outras faixas etárias, mais utiliza os serviços de saúde, com internações hospitalares e tempo de ocupação do leito maiores, fato em “decorrência do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (VERAS & OLIVEIRA, 2018).

Em relação aos serviços de saúde que prestam assistência hospitalar, um dos grandes desafios é promover processos de cuidado centrados no paciente e pautados na integralidade. Os serviços de saúde hospitalares ainda apresentam um modelo hospitalocêntrico, médico assistencial e curativista. É preciso realizar o “deslocamento desse processo atual, ajustado em procedimentos fragmentados, por outros que invistam na responsabilização, vinculação e cuidado” (MALTA & MERHY, 2010).

O hospital configura-se como uma estação do cuidado na trilha que cada indivíduo percorre no sistema de saúde para obter o cuidado integral que necessita. Na prática intra hospitalar a integralidade do cuidado apresenta uma dinâmica complexa, pois necessita de uma gestão assistencial para coordenação do trabalho multiprofissional em equipe, com ações articuladas e arranjos institucionais que envolvam os diversos atores que atuam nos serviços.

É preciso pensar alternativas e propor estratégias, tais como: medidas de desospitalização de forma integrada; plano de cuidados que envolvam todos os atores envolvidos no processo (paciente, profissionais de saúde, familiares e cuidadores); uso de ferramentas que auxiliem a comunicação dentre os profissionais de saúde do hospital e outros pontos das RAS e, orientação aos pacientes para o autocuidado.

Pacientes idosos identificados com risco de vulnerabilidade ou frágeis devem ser direcionados ao acompanhamento multidisciplinar, com plano de cuidado individual estabelecido, serem acompanhados por equipe de desospitalização e ter protocolos de alta facilitada para continuidade do cuidado após alta hospitalar.

O DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, é um documento que objetiva orientar gestores, lideranças e profissionais de saúde no planejamento de ações e estratégias assistenciais para os processo de desospitalização, ou seja, da internação, alta e após alta hospitalar. O Plano aborda as seguintes questões: 1-avaliação de risco no idoso hospitalizado; 2- abordagem multiprofissional e interdisciplinar; 3- etapas do plano integrado e coordenado de cuidados durante internação com vistas aos processos de desospitalização e; orientação dos familiares e cuidadores.

DIRETRIZES

Este Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas tem como diretrizes a:

- Integralidade do cuidado;
- Atenção centrada na pessoa;
- Interdisciplinaridade e;
- Segurança do paciente.

REFERÊNCIA NORMATIVA

O plano de alta responsável está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 2.528/2006) e com os seguintes marcos:

- Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria nº 4.279/2010)
- Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (MS/2006).
- Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral (BRASIL /2014).
- Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL /2013)
- Resolução RDC nº 36/ 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.
- Política Nacional de Humanização (BRASIL/2009).

ABRANGÊNCIA

Este documento orientador tem como público alvo os hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro, podendo ser referência de consulta para outras unidades hospitalares.

DEFINIÇÕES

Acolhimento

É uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2018).

Alta responsável

Entendida como transferência do cuidado podendo ser realizada por meio da implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, a exemplo dos cuidados domiciliares; por orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado e; a partir da articulação com os demais pontos de atenção das RAS, em particular a APS para continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Atenção centrada na pessoa

É ultrapassar a atenção prescritiva e focada na doença e proporcionar que os pacientes sejam agentes de sua saúde. É prover a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeitar os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garantir o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família (MENDES, 2011; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Desospitalização

Ações e decisões complexas que devem ter início no período de internação e perdurar até a continuidade de atendimento no domicílio, com a participação da equipe hospitalar, domiciliar, familiar e outros que se façam necessários na transição do cuidado (OLARIO, 2019).

O conceito e a prática da desospitalização devem estar presentes no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolvendo o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente.

Definições

Educação em saúde

Contribui no aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades do paciente (BRASIL, 2012).

Fragilidade

Síndrome multidimensional que envolve interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, onde há diminuição da reserva energética e resistência reduzida aos estressores e resulta em maior vulnerabilidade e risco para desfechos clínicos adversos, tais como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, 2018).

Plano de cuidados

Plano de Cuidados contém todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso (NUNES,2012).

Transição do cuidado

Grupo de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando pacientes passam por uma mudança em sua situação de saúde ou precisam ser transferidos de uma localização a outra no mesmo serviço, ou mesmo entre diferentes pontos de cuidado à saúde (Lima et al., 2018).

Definições

Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade é bastante amplo e pode ser aplicado em vários contextos. No campo da Saúde, estar vulnerável significa estar em risco de exposição ao adoecimento. A vulnerabilidade está diretamente relacionada ao contexto pessoal do indivíduo e ao seu contexto coletivo, produtores de maior ou menor susceptibilidade ao adoecimento. A análise das condições de vulnerabilidade é essencial para o planejamento e o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2018).

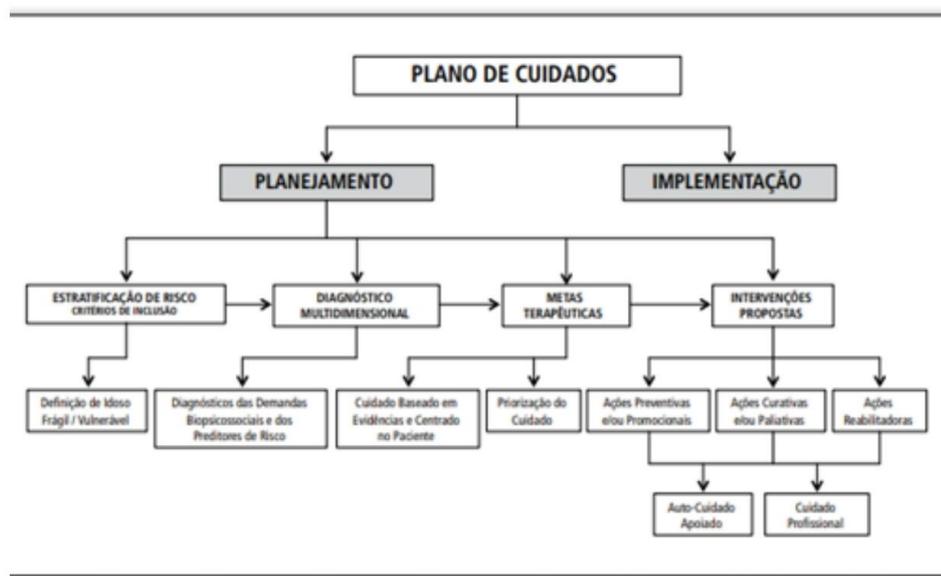
Linha de cuidado para o paciente idoso

O cuidado de pacientes com doenças crônicas deve se dar de forma integral. É primordial pensar um cuidado que possa ser viabilizado considerando o conjunto de necessidades e riscos do usuário.

O modelo de linha de cuidado para a pessoa idosa precisa ser centrado na pessoa, devendo ser gerenciado desde a entrada no sistema de saúde, com acompanhamento constante. Desta forma, uma pessoa idosa que seja atendida na APS, que dê entrada num serviço de pronto atendimento, ou que seja internada para procedimento médico cirúrgico deve ser avaliada com relação aos seus contextos de moradia, de apoio familiar, social e econômico, bem como suas condições físicas, mentais e funcionais de forma a permitir a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades e para o desenvolvimento de intervenções mais apropriadas, a serem construídas em conjunto com o paciente, seus familiares, cuidadores e equipe de saúde.

Moraes (2012), coloca que o plano de cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUE?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUE?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções (MORAES, 2012). O Plano de cuidados contém todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso (Figura 1).

Figura 1- Modelo de Plano de Cuidados apresentado por Moraes (2012)

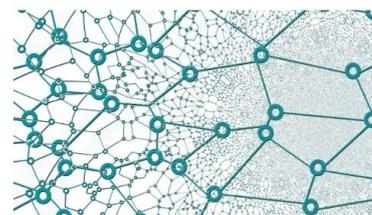


Fonte: Moraes (2012)

Pontua ainda que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis deve ser associada a quatro condições essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças, são elas:

- Avaliação multidimensional ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado.
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada.
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados (linha do cuidado ou macrogestão da clínica), com ênfase no cuidado transicional.
- Promoção do engajamento ativo do paciente e sua família no cuidado com sua saúde. (MORAES, 2012).

Assim, o presente Plano se ancora nessas orientações, entendendo que um correto acolhimento com avaliação, realizada oportunamente, colabora com um plano de gestão do cuidado para alta responsável, centrado no paciente, com acompanhamento desde a admissão, durante a internação até a alta hospitalar, otimizando seu tempo de permanência no hospital, orientando familiares e paciente, permitindo que esse seja protagonista no seu processo de saúde, propiciando uma transição do cuidado que se faça de modo integrado com os diferentes pontos de atenção, com a articulação entre a equipe da APS, os serviços de saúde e equipamentos sociais caso necessário.



DesHospitaliza

Orientações para alta responsável

O DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas é fruto do trabalho de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Este é um documento norteador para os gestores, lideranças e profissionais de saúde desenvolverem nas unidades hospitalares protocolos internos de gestão para alta responsável. As orientações e diretrizes desse plano foram construídas a partir da discussão coletiva e baseada em evidências da prática assistencial desenvolvida pelas equipes de desospitalização dos hospitais federais,

Considerando o levantamento e análise dos dados levantados no percurso metodológico da pesquisa para construção do Plano de Gestão da Alta Responsável foram identificados quatro categorias importantes para constar no plano, são elas: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e; educação em saúde.

As unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro são referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica, oncológica e ortopédica. O atendimento inicial ao usuário pode se dar por três pontos de assistência e tratamento conforme perfil da unidade: EMERGÊNCIA, AMBULATÓRIO e CLÍNICA DE INTERNAÇÃO. Com isso, o Plano apresentado considerou esses pontos de assistência inclusos nas etapas de pré-internação, internação e o pós-alta.

Pré-internação

Acolhimento e porta de entrada

Todo paciente idoso (com 60 ou mais anos) que for internado na unidade hospitalar para realização de procedimento clínico cirúrgico deverá ser acolhido, preferencialmente, por equipe multiprofissional que deverá:

- Oferecer uma escuta interessada e humanizada.
- Informar sobre a rotina hospitalar, direitos e deveres do paciente e familiares;
- Verificar e registrar o histórico de tratamento saúde-doença do paciente (acompanhamentos médicos e terapêuticos, medicamentos, exames) realizados em outros pontos da RAS.
- Perguntar ao paciente o contato da Unidade Básica de Saúde (UBS), equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), clínica ou consultório médico e demais profissionais de saúde que o acompanham para registro na ficha de acompanhamento e no prontuário, para contato caso necessário.
- Realizar identificação de risco de fragilidade e vulnerabilidade no paciente idoso que podem dificultar o processo de internação, alta e continuidade do cuidado após alta.

1. Identificação de Risco de Vulnerabilidade:

Para identificação de risco de fragilidade e vulnerabilidade, bem como percurso e histórico de tratamento saúde-doença do paciente, o profissional de saúde deverá:

- Solicitar a caderneta de saúde da pessoa idoso e verificar todas as informações contidas na caderneta e principalmente as referentes ao Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) e a pontuação total que sinaliza alerta quando a pontuação for =>3 pontos (páginas 18 a 22 da caderneta de saúde da pessoa idoso)
- No caso de paciente que não tiver a sua caderneta de saúde da pessoa idosa, deverá ser aplicado o protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) (ANEXO 1) e verificado o escore que classifica o grau de vulnerabilidade do idoso (ANEXO 2).

Caderneta de saúde da pessoa idoso

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. A Caderneta permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado (BRASIL, 2017).

Instrumento disponível em:
(<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>)

Encaminhamentos:

- Quando o escore do VES-13 for igual ou maior que 3 pontos significa que o idoso está em vulnerabilidade, o que deverá ser informado as equipes de saúde dos serviços que acompanharão o paciente. Nesses casos é importante que o Serviço ou Comissão de Desospitalização das unidades hospitalares acompanhem o caso para planejamento da alta desses pacientes
- Caso a unidade hospitalar possua Serviço de Geriatria este deverá ser comunicado quando da identificação de pacientes com escore de vulnerabilidade (VES 13 => 3 pontos).
- As informações obtidas no atendimento de acolhimento deverão ser registradas no prontuário do paciente e garantir a comunicação das informações entre as equipes.

Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

O VES-13 é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. É um questionário de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores, dispensando a observação direta do usuário (BRASIL,2018).

Instrumento disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf

Onde realizar o acolhimento ao paciente idoso:

O acolhimento ao paciente deverá ser realizado pelos profissionais de saúde:

- No ambulatório em consulta de pré-internação, ou;
- No Núcleo de Admissão e Alta da unidade hospitalar.

Internação

Planejamento para alta responsável

O planejamento para a alta responsável envolve a realização da gestão do cuidado com enfoque multidisciplinar, pois a organização e preparação do plano com intervenções anteriores e durante internação e após a alta, colaboram para maiores possibilidades de transições do cuidado mais efetivas.

Como estratégia para um plano de cuidado multiprofissional é preciso considerar:

- 1- Ações interventivas para promoção de uma alta responsável efetiva.
- 2- Atuação das equipes de desospitalização no processo para alta responsável.
- 3- Estratégias para transição segura e continuidade do cuidado após alta.
- 4- Possibilidades para melhorar a comunicação com a RAS.

Encaminhamentos:

- Todo paciente idoso portador de doença crônica, identificado com risco de vulnerabilidade deverá ter um plano de cuidados multiprofissional elaborado com vistas a alta responsável e continuidade do cuidado após alta.
- É indicado como referência o modelo de Plano de Cuidados para a saúde do idoso proposto pela Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada (BRASIL, 2019) (ANEXO 3) e disponibilizado em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>

Ações interventivas para promoção de uma alta responsável:

- Realizar compartilhamento de informações com visão global e atuação interdisciplinar centrada no paciente.
- Implementar formulário interdisciplinar para facilitar o compartilhamento de informações e estimular a interação colaborativa entre os profissionais.
- Acionar a equipe de Desospitalização do hospital para participarem do plano de cuidado para alta e assessorarem as demais equipes de saúde das clínicas
- Realizar ronda multidisciplinar ou huddle (reuniões rápidas) no qual os profissionais de áreas diferentes se reúnem diariamente para discussão dos casos dos paciente com os objetivos de pontuar vulnerabilidades e riscos identificados, Identificar as necessidades colocadas pelo paciente e seus familiares, desenvolver de forma consensual as prioridades a serem trabalhadas pela equipe, coordenar o plano de cuidados nos pontos de interface entre as equipes e planejar a alta identificando barreiras e propondo estratégias de transição.

Huddle

Um huddle é uma reunião curta e em pé - 10 minutos ou menos - que normalmente é usada uma vez no início de cada dia de trabalho em um ambiente clínico.

O agrupamento oferece às equipes uma maneira de gerenciar ativamente a qualidade e a segurança. O Huddles permite que as equipes olhem para trás para avaliar o desempenho e olhem adiante para sinalizar preocupações de forma proativa. (IHI,2020)

- Desenvolver um Plano de Educação e Preparo para Alta com a equipe envolvida no cuidado. É importante que o plano de educação seja executado o mais breve possível.
- Articular com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) para que o processo administrativos que envolvem a alta do paciente sejam organizados e eficientes.

IMPORTANTE:

Em caso de paciente com internação de longa permanência (=>90 dias) por motivo de vulnerabilidade social, a equipe deverá contactar a rede de atenção sócio assistencial e de proteção, tais como: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselho de Defesa do Direito da Pessoa Idosa.

Consultar relação de CRAS e CREAS no site:

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/91261/4211527/Enderecos_CREAS2.pdf

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/91261/4205201/CRAS.pdf>

Atuação das equipes de desospitalização no processo para alta responsável:

As unidades hospitalares devem compor equipes de desospitalização com composição multidisciplinar, definida de acordo com o perfil de cada unidade de saúde e atentando para o tipo de porte hospitalar (pequeno, médio ou grande porte), essas equipes deverão estar vinculadas a Comissão ou Serviço de Desospitalização do hospital.

Composição multidisciplinar das equipes de desospitalização: Assistente Social; Enfermeiro; Médico; Psicólogo; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Odontólogo; Nutricionista; Técnico de Enfermagem; Terapeuta Ocupacional, Técnico de Assuntos Educacionais e Auxiliar administrativo.

Baseada na Nota Técnica de Apoio à Desospitalização elaborada pela Câmara Técnica de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro (2019) recomenda-se as seguintes atribuições:

- Planejar, organizar, implementar e avaliar os processos de desospitalização no hospital;
- Fomentar um cuidado multiprofissional, visando reduzir o período de internação, os eventos de reinternação e os riscos relacionados à assistência à saúde;

- Garantir a participação do usuário como protagonista no processo de desospitalização Promover discussões técnico-científicas no âmbito da Desospitalização, visando o aprimoramento profissional para as ações deste processo;
- Suporte a equipe médica, pacientes e equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização.
- Acompanhar os pacientes em internação prolongada.
- Colaborar com o desenvolvimento de normativas internas, programas, manuais, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP) fomentando diretrizes e orientações para um cuidado multiprofissional;
- Identificar e articular a Rede de Atenção à Saúde, visando o desenvolvimento do trabalho conjunto e corresponsável destes participantes; (SEMS; 2019).

Estratégias para transição segura na alta hospitalar

As principais estratégias identificadas para efetivação de uma transição segura do hospital para outros pontos de cuidado foram:

- Educação de pacientes, familiares e cuidadores,
- Estabelecimento de planos terapêuticos construídos por equipe multidisciplinar que visem atender aos problemas biopsicossociais de pacientes,
- Ambulatório especializado de egressos que permita um acompanhamento e transição até a (re)inserção do paciente na APS.
- Atenção domiciliar.
- Articulação prévia com as equipes de atenção básica da APS.
- Sistema de informação articulado em rede que facilite a comunicação entre equipes e serviços de saúde.

Após alta hospitalar

Continuidade do cuidado após alta

Atenção domiciliar

O cuidado domiciliar tem se mostrado um mecanismo de desospitalização importante quando o paciente já não é mais de alta complexidade e sim de alta dependência, exemplo de pacientes em cuidados paliativos. A Política Nacional de Saúde do Idoso, de Humanização e de Atenção Domiciliar orientam quanto a instituição ou uso de serviços de atendimento domiciliar como Melhor em Casa, Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (PADI) ou Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ofertados pela própria unidade hospitalar.

Recomendação:

- As unidades hospitalares que oferecem serviço de atenção domiciliar, deverão constituir equipe multiprofissional para atendimento domiciliar e elaborarem protocolos de cuidados domiciliares.
- Os Serviços de Desospitalização poderão desenvolver o atendimento domiciliar, porém deverá definir o escopo de atuação assistencial e dimensionamento da equipe de forma atender a demanda.

Ambulatório Especializado de Egressos

O ambulatório especializado de egressos é a modalidade de atendimento inter/multidisciplinar prestado aos pacientes idosos após alta hospitalar com objetivo de acolher em caráter de transição ofertando atendimento médico, de enfermagem, fisioterápico e outras especialidades, até que o usuário seja absorvido pela APS ou outro serviço da RAS (RIO DE JANEIRO, 2006).

Os pacientes idosos identificados com vulnerabilidade deverão ser encaminhados para acompanhamento após alta nos ambulatórios especializados de egressos. Importante ressaltar que deverá ser instituído, através do plano de cuidados o período de acompanhamento realizado pelo ambulatório, período esse necessário para que o paciente passe a ser acompanhado pela APS ou outro dispositivo da RAS.

Recomendação:

- Os pacientes idosos identificados com vulnerabilidade deverão ser encaminhados para acompanhamento após alta nos ambulatórios especializados de egressos.
- Deverá ser instituído, através do plano de cuidados, o período de acompanhamento realizado pelo ambulatório, período esse necessário para que o paciente passe a ser acompanhado pela APS ou outro dispositivo da RAS.

Comunicação com as RAS para transição do cuidado

A APS tem importante papel nas RAS, é a coordenadora do cuidado, possui atributos que a qualificam para prestação de cuidados desde a entrada no sistema de saúde, garantindo a continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado.

A articulação com a unidade hospitalar nos processos de desospitalização e transição do cuidado propiciam a efetivação e maior segurança na continuidade do cuidado do paciente, em especial o idoso que necessita de uma linha de cuidado integral e integrada.

É preciso estabelecer comunicação entre as equipes de saúde do hospital e as equipes de saúde da APS, que podem ocorrer:

- Antes da internação quando forem identificadas situações de risco e ou vulnerabilidade na consulta de pré-internação ou no acolhimento do paciente e;
- No momento do planejamento para alta hospitalar de modo a facilitar a transição e continuidade do cuidado.

Recomendação:

- O ideal é que seja instituído um sistema de informação integrado. Não sendo possível, recomenda-se a elaboração de instrumento de comunicação com dados do paciente, diagnósticos prévios, história pregressa, avaliação psicossocial, modo de administração de medicamentos, sinalização de riscos potenciais para a segurança do paciente e condutas necessárias a serem realizadas após a alta .

IMPORTANTE:

- As informações de saúde do paciente em relação ao seu período de internação deverão ser registradas na sua Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.



O Instituto Brasileiro para a Excelência em Saúde (2020), aponta que Institute of Medicine definiu oito princípios relacionados a prática focada na pessoa:

1. Respeito pelos valores, preferências e necessidades dos pacientes: reconhecer cada paciente como único e seguir um plano que atenda às suas especificidades.
2. Coordenação e integração do cuidado: a fim de reduzir o sentimento de vulnerabilidade dos enfermos.
3. Informação e educação: aprimorar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições e tratamentos possíveis.
4. Conforto físico: para melhorar a experiência do paciente.
5. Auxílio emocional e alívio do medo e ansiedade: para empoderar o paciente.
6. Envolvimento de familiares e amigos: pois eles têm papel fundamental na experiência do paciente.
7. Continuidade e transição: oferecer aos pacientes condições para que façam parte do cuidado.
8. Acesso ao cuidado: fazer com que os pacientes possam acessá-lo quando necessário (IBES, 2020).

Na proposta de uma atenção centrada na pessoa evidencia-se a importância do compartilhamento de informações entre os diversos profissionais que prestam assistência ao idoso internado. É necessário também, que as lideranças e gestores invistam na mudança de cultura organizacional valorizando o engajamento do paciente, processo colaborativos de gestão do cuidado e programas de educação continuada.

Educação em saúde

Assim como a atenção centrada na pessoa, a educação em saúde é outra categoria basilar para compor um planejamento de alta responsável.

Todo modelo de plano de cuidados com vista a alta responsável e continuidade do cuidado precisa desenvolver ações de educação e promoção da saúde, com participação ativa dos pacientes, familiares e cuidadores, iniciando as ações de educação e orientação o mais breve possível.

Os pacientes idosos e seus familiares não devem ser tratados ou considerados como receptores passivos dos serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção do cuidado à própria saúde, participando do tratamento e sendo apoiados e valorizados nesse processo (BRASIL, 2006).

A educação em saúde está em todo o processo da desospitalização, contribui no aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades do paciente (BRASIL, 2012).

Recomendação para ações de educação em saúde voltadas para pacientes, familiares e cuidadores:

- A equipe multiprofissional deverá discutir as orientações a serem repassadas aos pacientes, familiares e cuidadores visando alta hospitalar;
- A orientação para o preparo de alta desde ser iniciado na internação, visando habilitar pacientes e familiares ao longo da internação;
- Deverá ser verificado se pacientes, familiares e cuidadores estão capacitados quanto a orientações prestadas pela equipe multiprofissional.
- A equipe deverá elaborar matérias, folderes e cartilhas de orientação ou material áudio visual e de acesso virtual para o cuidado de pacientes idosos com doenças crônicas.

IMPORTANTE:

- O Ministério da Saúde disponibilizou o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008) que se destina a orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Recomendação para ações de educação em saúde voltadas para os profissionais de saúde:

- Os Serviço de Educação Continuada, Permanente e/ou de Ensino e Pesquisa das unidades hospitalares deverão planejar, elaborar e realizar atividades de educação permanente, continuada e de capacitação dos profissionais de saúde de todos os pontos de cuidado sobre a temática da desospitalização, alta responsável, acolhimento, atenção centrada na pessoa.
- Realizar treinamento das equipes para conhecimento dos instrumentos de avaliação e acompanhamento do idoso (caderneta do idoso, VES13, dentre outros).
- Promover anualmente encontros, seminários ou palestras sobre a temática com vista a contribuir com a mudança de cultura institucional.
- Incentivar o fomento de estudos a partir dos dados dos indicadores de modo a subsidiar e qualificar o trabalho dos profissionais e garantir o atendimento qualificado e humanizado aos pacientes idosos.
- Incluir o tema desospitalização, planejamento para alta responsável, integralidade do cuidado violência, saúde da pessoa idosa na grade do programa da residência médica e multiprofissional da unidade
- Divulgar e publicizar amplamente este Documento orientador de Plano de Gestão para Alta responsável entre os serviços e profissionais de saúde da unidade hospitalar.

Monitoramento e avaliação

Painel de indicadores:

O acompanhamento dos indicadores de processo e resultados são importantes para a avaliação da efetividade do plano de alta responsável.

Os quadros 1 e 2 reúnem um conjunto de indicadores de processos e resultados que orienta-se que sejam monitorados pelos gestores das unidades hospitalares.

Quadro 01. Painel de indicadores de processo

Indicadores de processo	Definição
Proporção de Idosos que passaram pelo acolhimento por equipe multiprofissional na internação e realizado identificação de risco de fragilidade e vulnerabilidade.	Proporção de idosos internados que passaram pelo acolhimento por equipe multiprofissional na internação e realizado identificação de risco de vulnerabilidade.
Proporção de idosos identificados com risco de fragilidade e vulnerabilidade	Proporção de idosos com avaliação pelo VES-13 e definição do grau de vulnerabilidade. Esta sinalização de risco é fundamental para elaboração de plano de alta responsável e orientações para o paciente, família e cuidadores
Proporção compartilhamento do cuidado de idosos com sinalização de risco de vulnerabilidade com a equipe de saúde da APS	Mede a percentagem de pacientes idosos com cuidado compartilhado pela equipe hospitalar com a equipe da APS.

Quadro 02. Painel de indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Definição
Tempo médio de permanência em leito de internação pelo paciente idoso.	Mede o total de pacientes-dia internados em leitos clínicos e o total de pacientes idosos.
Taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias após a alta	Mede a frequência de reinternação hospitalar no período de 30 dias após a alta. O indicador é importante para avaliar a qualidade da preparação para a alta hospitalar e atendimento pós-hospitalar, podendo ser considerado parâmetro de avaliação da continuidade do cuidado na RAS
Grau de satisfação do idoso e família	Mede a satisfação idoso e de sua família em relação ao atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde e no centro de especialidades

Referências:

ACOSTA, A.M et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, 2 dez. 2018. v. 12, n. 12, pág. 3190. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018> Acesso em 03 de nov. 2020.

ANAPH. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Manual de gerenciamento e assistência ao idoso**. Ano 2018. Disponível em: <https://ondemand.anahp.com.br/curso/manual-de-gerenciamento-e-assistencia-ao-idoso>. Acesso em 03 de nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília. 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. 56 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2013. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf Acesso em 03 de nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. São Paulo. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf> Acesso em 03 de nov. 2020.

BORDIN, D. et al. Fatores associados à hospitalização de idosos: um estudo nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, ago. 2018. v. 21, n. 4, pág. 439-446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180059> Acesso em 03 de nov. 2020.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00088920/>. Acesso em: 03 de nov. 2020.

Referências:

- FERREIRA, E.M et al. Vida Ativa: um projeto para uma transição hospitalar-comunidade segura após a artroplastia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, fev. 2019. v. 72, n. 1, pág. 147-153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615> Acesso em 03 de nov. 2020.
- FEUERWERKER, I. C. M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, 2007, p.965-971. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt> Acesso em 03 de nov. 2020.
- GRABOIS, V. **Gestão do Cuidado**. In. **Qualificação de gestores do SUS**. (org). OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. - Rio de Janeiro. EAD/Ensp, 2009. p. 159 - 197. Acesso em 03 de nov. 2020.
- IBES. Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde. **8 Princípios do Cuidado Centrado no Paciente, segundo o Institute of Medicine**. Post de 13 de julho de 2018. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/8-principios-do-cuidado-centrado-no-paciente-segundo-o-institute-of-medicine/> Acesso em 03 de nov. 2020.
- IHI. Institute for Healthcare Improvement. Huddles. Boston, Massachusetts, EUA. 2020. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx> Acesso em 03 de nov. 2020.
- LIMA-COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Revista Saúde Pública**. 2018;52 Supl 2:2s. Acesso em 03 de nov. 2020.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>> Acesso em 03 de nov. 2020.
- MENEZES, T.M De O. et al. Cuidados de transição hospitalar para idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019. v. 72, n. suplemento 2, 2011. pág. 294-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286> Acesso em 03 de nov. 2020.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, nº 5, pág. 2297-2305. 2010. DOI 10.1590 / s1413-81232010000500005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em 03 de nov. 2020.
- MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
- MIRANDA, G.M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 19, nº 3, pág. 507-519, junho. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140> Acesso em 03 de nov. 2020.
- OLIVIERA, D. G. et al. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. **Cad. Saúde Pública**, vol.31 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2015. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102379 Acesso em 03 de nov. 2020.
- OLARIO, P.S. Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2019. P. 161. Tese (Doutorado em Enfermagem).
- RIO DE JANEIRO, Secretaria Estadual de Saúde. RESOLUÇÃO SES Nº 2930/ 2006. Institui os núcleos hospitalares de geriatria e gerontologia e define suas atribuições. Publicado em Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro Nº 11 DE 17.01.2006

Referências:

SEMS-RJ. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Nota Técnica de Apoio a Desospitalização**. Elaborado pela Câmara Técnica de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro, 2019 (em processo de aprovação)

SIQUEIRA, T.H; VILA, V.S.C; WEISS, M.E. Adaptação transcultural do instrumento Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, maio. 2018. v. 71, n. 3, pág. 983-991. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241> Acesso em 03 de nov. 2020.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple What everyone should know about person-centred care**. 90 Long Acre, London. 2016. Traduzido por Proqualis /Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf> Acesso em 03 de nov. 2020.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n° 6, pág. 1929-1936, junho. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em 03 de nov. 2020.

Anexos

ANEXO 1- Protocolo de identificação do idoso vulnerável (ves-13)

PROTÓCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)						
1) Idade:		20	20	20	20	20
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	3 pontos					
2) Auto-percepção de saúde:		20	20	20	20	20
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente 0 pts					
	Muito bom 0 pts					
	Bom 0 pts					
	Regular 1 pt					
	Ruim 1 pt					
3) Limitação física:						
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
PONTUAÇÃO:						
As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos , ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.						
	A) B) C) D) E)	20	20	20	20	20
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5kg?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
CHAVE DE RESPOSTAS:						
A) Nenhuma dificuldade						
B) Pouca dificuldade						
C) Média (alguma) dificuldade						
D) Muita dificuldade						
E) Incapaz de fazer (Não consegue fazer)						

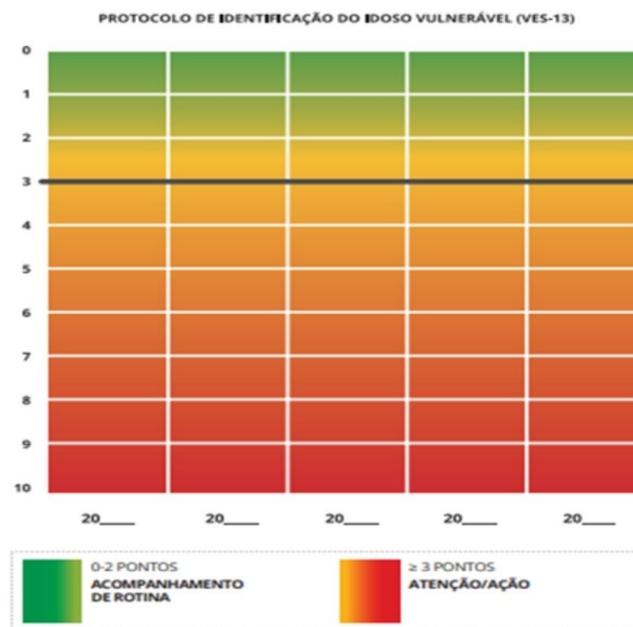
PROTÓCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

4) Incapacidades:

PONTUAÇÃO:
As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a **pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos**, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.

	20	20	20	20	20
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE FAZER COMPRAS? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE CONTROLAR SEU DINHEIRO, GASTOS OU PAGAR CONTAS? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE CAMINHAR DENTRO DE CASA? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES, COMO LAVAR LOUÇA OU FAZER LIMPEZA LEVE? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE TOMAR BANHO SOZINHO? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não toma banho sozinho por outros motivos que não a saúde.					
	20	20	20	20	20
PONTUAÇÃO TOTAL					

ANEXO 2 - Escore



Como interpretar o VES-13:

- Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos.
- Se a pontuação total encontra-se entre 0 e 2 pontos, a pessoa idosa não é considerada vulnerável, e deve continuar sendo acompanhada pela atenção básica de saúde;
 - Se a pontuação for maior ou igual a 3 pontos, significa um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação ≤ 2 pontos, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes. Nestes casos, a equipe deverá dispensar maior cuidado à pessoa idosa e as condições relacionadas às respostas pontuadas na escala deverão ser consideradas.

Fonte: Manual de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2018)

3.3 Produto - Artigo 2

Apresentação do artigo Validação do Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos Com Doenças Crônicas na formatação para submissão a Revista Latino Americana de Enfermagem.

VALIDAÇÃO DO PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Leonor Maria da Silva Gomes
Danielle Galdino de Paula
Taís Veronica Cardoso Vernaglia

Resumo

Objetivo: Apresentar o processo de validação das categorias e orientações presentes no DesHospitaliza - Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos Portadores de Doenças Crônicas. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo que usou o método Delphi, com validação por grupos de experts, constituído por nove juízes, por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Coeficiente de Kappa. **Resultados:** todos os itens do plano foram aprovados na primeira rodada com IVC de 0,97 e Índice de Kappa de 0,87. **Conclusão:** O estudo aponta a importância de elaborar planos de alta responsável, com acompanhamento ao paciente desde a admissão até a alta e após a alta hospitalar com; cuidado centrado no paciente, otimização do tempo de permanência no hospital, orientação aos familiares e pacientes e propiciando transição segura do cuidado.

Descritores: Planejamento da alta; Cuidados de transição; Atendimento integral à saúde do idoso; Envelhecimento populacional; Doenças crônicas; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Introdução

O DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas foi desenvolvido a partir dos resultados obtidos na pesquisa do mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia o Espaço Hospitalar (PPGSTEh) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) realizado para identificar as categorias consideradas importantes para compor um plano para alta responsável. As categorias detectadas, e que subsidiaram a elaboração do plano, foram: acolhimento e porta

de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e educação em saúde.

O plano servirá como documento orientador de referência para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro e contribuirá para a implementação de ações visando a melhoria da assistência prestada aos pacientes idosos, e poderá servir de referência para outros serviços de saúde hospitalares.

Considerou-se necessária a elaboração de um plano de gestão para alta responsável em função das especificidades relacionadas à atenção prestada aos idosos no seu percurso terapêutico assistencial, que tem sido alvo de pesquisas científicas com o intuito de contribuir para a sua melhoria.

As características de acelerado envelhecimento da população brasileira, resultado das altas taxas de fecundidade ocorridas nas décadas de 1950 e 1960 e da queda da mortalidade⁽¹⁾, e do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que hoje corresponde a 72% das causas mortes no Brasil⁽²⁾, expressam um desafio para as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial na assistencial ao idoso, cujo “padrão das doenças, que são crônicas e múltiplas, exige acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos”⁽³⁾.

O sistema de saúde, que ainda apresenta um modelo hospitalocêntrico, médico assistencial e curativista, com um cuidar fragmentado, atuando de forma isolada, sem comunicação com as RAS e com sistemas de apoio^(4,5,6), é outro complicador se pensarmos que o idoso, comparado a outras faixas etárias, é o que mais utiliza esses serviços, com internações hospitalares e tempo de ocupação do leito maiores, estando suscetíveis a complicações e danos a saúde devido a internações prolongadas ou sucessivas.

Os idosos apresentam necessidade de uma rede de saúde integral e integrada, o que constitui um desafio para a saúde pública. Nessa perspectiva, evidencia-se a importância de uma

efetiva articulação e comunicação permanente entre os serviços de saúde dos três níveis de atenção (terciária, secundária e atenção primária), de forma a garantir a integralidade da assistência, a segurança do paciente, evitando a descontinuidade do cuidado e ocorrência de possíveis danos a saúde do paciente.

Faz-se necessária a implementação de ações que produzam melhores resultados no cuidado ao paciente, que assegurem uma boa comunicação inter, intra e extra equipes, uma articulação efetiva com as RAS e a promoção da gestão do cuidado que coloque o paciente como foco central da atenção.

A alta hospitalar responsável, prevista na Política Nacional de Atenção Hospitalar⁽⁷⁾, é entendida como transferência do cuidado podendo ser realizada por meio da implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares e a partir da articulação com os demais pontos de atenção das RAS, em particular a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁷⁾. A Joint Commission International (2017) considera planejamento para alta e acompanhamento pelos serviços de saúde como padrão de qualidade para acreditação e, coloca que *os hospitais precisam considerar os cuidados prestados como parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de cuidado, que compõem uma continuidade de cuidados*⁽⁸⁾.

Mas, apesar dessas recomendações, em muitas unidades hospitalares a alta é realizada sem um planejamento prévio que permita processos de desospitalização mais efetivos e transições seguras do cuidado.

Dessa forma, o planejamento para alta responsável, pode ser uma ponte que liga a assistência humanizada à gestão hospitalar, contribuindo com a integralidade do cuidado e melhoria da assistência prestada aos pacientes idosos no seu percurso terapêutico assistencial. Outra contribuição é o aumento da rotatividade de leitos e a diminuição dos riscos de infecções

hospitalares, da ocorrência de eventos adversos e de custos hospitalares provenientes das longas internações.

Este artigo objetiva apresentar o processo de validação das categorias e orientações presentes no Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos Portadores de Doenças Crônicas, intitulado DesHospitaliza.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa, com finalidade de validar o conteúdo de um plano de gestão para alta responsável de idosos portadores de doenças crônicas.

A validação de conteúdo se refere à análise das categorias e orientações que compõem o DesHospitaliza por grupo de juízes experts no assunto.

Local

A pesquisa foi realizada na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), com representatividade dos hospitais e institutos federais vinculados ao órgão.

Período

A primeira etapa da pesquisa envolveu a identificação das categorias para compor o plano de alta responsável. Com base nessa etapa, foi desenvolvido o conteúdo do plano de gestão para alta responsável de idosos com doenças crônicas com orientações, diretrizes e referências normativas.

Na etapa seguinte, no qual este estudo se debruça, ocorreu a identificação e seleção da população alvo a ser recrutada para participar como juízes, no período de novembro a dezembro de 2020.

População e critérios de seleção

A seleção do grupo de experts foi determinada pelos critérios de inclusão, a saber: análise da trajetória profissional por meio do currículo lattes, ter experiência mínima de cinco anos na área de clínica médica, geriatria/gerontologia ou de desospitalização e no mínimo três anos de atuação no Serviço/Comissão de Desospitalização dos hospitais e institutos federais e ter conhecimento sobre a temática central desta pesquisa.

Amostra

Foram identificados 10 profissionais de saúde elegíveis, para os quais foram enviadas cartas convite, por via eletrônica, explicando os objetivos e justificativa do estudo. Dos juízes convidados, 9 aceitaram participar, sendo encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após aceite, o participante era encaminhado para os *links* de acesso ao plano de alta responsável e questionário de avaliação através da plataforma *Google forms*. A coleta de dados foi realizada no período de 30 dias, entre os meses de novembro a dezembro de 2020.

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

O questionário utilizado como instrumento de coleta de informações era constituído por 16 perguntas, dividido em duas partes: 1) caracterização profissional dos participantes; 2) avaliação do plano quanto as categorias e orientações com questões sobre objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade do protocolo. A avaliação foi feita por escala de verificação tipo Likert de 5 pontos: *concordo fortemente* (CF), *concordo* (C), *não concordo*, *nem discordo* (NCND), *discordo* (D), *discordo fortemente* (DF), como é preconizado pela técnica Delphi. Foi disponibilizado também um campo de sugestões para preenchimento pelos juízes, a fim de possibilitar melhorias para o plano.

Coleta de dados

O plano de gestão para alta responsável e o questionário para avaliação ficaram disponibilizados por um período de 20 dias, após esse prazo a pesquisadora bloqueou o acesso

à plataforma. As repostas foram exportadas, salvas e ordenadas em planilha Excel. Os dados foram codificados e tabulados.

Tratamento e Análise dos dados

A validação foi realizada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerado o $IVC \geq 0,78$ como medida de grau de concordância ⁽⁹⁾.

O IVC foi calculado por item das questões avaliadas e geral do plano, usando as seguintes fórmulas: 1- N° de juízes que avaliaram o item como *concordo fortemente e concordo* / total de juízes = % de juízes que julgaram o item valido e, 2- para calcular o IVC geral do plano: soma do N° todos os IVC calculados separadamente/ N° de itens = % IVC.

Também foi utilizado o Índice Kappa, um indicador de concordância ajustado que varia de “menos 1” a “mais 1”. Os cálculos, quanto mais próximo de 1 melhor o nível de concordância entre os juízes. Conforme sugerido por Landis e Koch (1977), os respectivos níveis de interpretação são: $< 0,00$ = ausência de concordância; $0,00$ a $0,19$ = concordância pobre; $0,20$ a $0,39$ = concordância leve; $0,40$ a $0,59$ = concordância moderada; $0,60$ a $0,79$ = concordância substantiva; $0,80$ a 1 = concordância quase perfeita⁽¹⁰⁾.

Para alcançar o coeficiente Kappa foi calculado: valor do IVC de cada item - valor da medida de grau de concordância considerado valido / valor concordância quase perfeita - valor da medida de grau de concordância considerado = % Kappa e; para a média final efetuou-se o cálculo: soma do N° de todos os Kappa/ N° de itens = % Kappa. O plano foi melhorado de acordo com as sugestões dos juízes.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob CAAE 25650719.9.0000.528, e está em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/2012⁽¹¹⁾

Resultados

Participaram do estudo nove juizes, destes, 44,4% eram enfermeiros (n= 4), 33,3% assistente sociais (n=3), médico 11,1% (n=1), e psicólogo mesmo percentual (11,1%) (n=1). Em relação ao tempo de formação, 88,9% tinham mais de 10 anos de formados e os demais 5 anos (11,1%). A experiência de atuação profissional dos juizes nas área de clínica médica, de geriatria/gerontologia ou de desospitalização foi de 5 anos (11,1%) para um juiz e os demais tinham mais de 10 anos de experiência nessas áreas (88,9%) e todos possuíam mais de 3 anos de atuação em Serviço/Comissão de Desospitalização dos hospitais e institutos federais.

Todos os juizes tinham pós-graduação, com percentual de 55,6% com mestrado, 33,3% com especialização e 11,1% com doutorado.

Validação do plano

A primeira rodada de validação contou com a participação de nove juizes. O instrumento encaminhado apresentava ações relacionadas a acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e educação em saúde.

Quanto ao instrumento de avaliação, este apresentava questões sobre o objetivo das categorias abordadas; conteúdo proposto no plano de gestão de alta responsável linguagem (a partir de um esquema ilustrativo), relevância, funcionalidade (estratégias de comunicação inter equipes hospitalares) e usabilidade do instrumento, ou seja, avaliar se o plano contribui para implementação de estratégias de articulação com equipes da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde.

Todos os itens do plano foram aprovados na primeira rodada com IVC de 0,97 e Índice de Kappa de 0,87. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Validação dos juizes (n=9) sobre o plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos. Rio de Janeiro, 2021

Questões/ afirmações	Validação			
	Concordância total	Concordância Parcial	IVC	Kappa

	n°	%	n°	%		
Objetivo						
I.1 - Categorias: acolhimento e porta de entrada, planejamento para alta responsável, atenção centrada no pessoa e educação em saúde foram contemplados no plano apresentado.	7	78%	2	22%	1	1
I.2- Os objetivos do plano estão claros e atendem a proposta do plano de gestão para alta responsável.	6	67%	3	33%	1	1
Conteúdo						
I.3- O conteúdo corresponde aos objetivos proposto no plano.	6	67%	3	33%	1	1
I.4- O conteúdo possui uma sequência lógica e de fácil entendimento.	7	78%	2	22%	1	1
I.5- O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para a implementação do plano de alta responsável.	6	67%	3	33%	1	1
I.6- As informações apresentadas são importantes para nortear as equipes de saúde nos processos de alta hospitalar.	7	78%	2	22%	1	1
Linguagem						
I.7- O esquema ilustrativo mostra de forma clara o conteúdo apresentado.	5	55%	4	45%	1	1
I.8- O esquema ilustrativo demonstra nitidez adequada para visualização.	4	45%	3	33%	0,77	-0,01
I.9- O plano apresenta linguagem clara e objetiva.	7	78%	2	22%	1	1
Relevância						
I.10- O plano é relevante para que as equipes saúde possam realizar planos de cuidado para alta responsável e continuidade do cuidado.	7	78%	2	22%	1	1

Funcionalidade

I.11- O plano contribui para implementação de estratégias de comunicação inter equipes.	6	67%	2	22%	0,88	0,49
---	---	-----	---	-----	------	------

Usabilidade do documento

I.12 - O Plano contribui para implementação de estratégias de articulação com equipes das RAS.	4	45%	5	55%	1	1
--	---	-----	---	-----	---	---

Fonte: elaborado pelos autores, 2021

Os quesitos objetivo, conteúdo, relevância e usabilidade do plano apresentaram validação e grau de concordância quase perfeito (IVC=1; Kappa= 1). No quesito linguagem, os itens linguagem clara e objetiva e esquema ilustrativo do conteúdo do plano é claro, também obtiveram IVC = 1 e Kappa = 1, ou seja, foram validados com índice de concordância quase perfeito. Apenas o item referente a nitidez adequada para visualização do esquema ilustrativo (I.8) mostrou ausência de concordância entre os juízes (IVC = 0,77; Kappa = -0,01).

Em relação a funcionalidade, o IVC foi de 0,88, acima do índice de validação considerado de $\geq 0,78$, e Kappa igual a 0,49, apresentando validação com concordância moderada.

O plano de gestão para a alta responsável alcançou um índice geral de validação considerado alto tanto para o IVC, com média final de 0,97, quanto para coeficiente Kappa com porcentagem geral de 0,87 (tabela 2).

Tabela 2 – Validação geral do plano, Rio de Janeiro, 2020

Questões	Itens avaliados	IVC	KAPPA
Objetivo	I1	1	1
	I2	1	1
	I3	1	1
Conteúdo	I4	1	1
	I5	1	1
	I6	1	1
	I7	1	1

Linguagem	I8	0,78	-0,01
	I9	1	1
Relevância	I10	1	1
Funcionalidade	I11	0,89	0,49
Usabilidade	I12	1	1
Média		0,97	0,87

Fonte: elaborado pelos autores, 2021

Mesmo com o plano validado na primeira rodada, foram consideradas as sugestões dos juízes (Quadro 3) e realizada as melhorias sugeridas.

Quadro 3 – Sugestão dos juízes (n=9), Rio de Janeiro, 2020.

Questões	Itens avaliados	Sugestões e observações dos juízes
Objetivo	I1	▪ Nenhuma sugestão.
	I2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gostei muito da proposta, considerando-se adaptável às diversas realidades hospitalares o que pode ser ainda mais enfatizado no corpo do texto, talvez ao final da página 11. As unidade e institutos são mistos e contemplam geralmente as três modalidades de processos de atendimento (J 9). ▪ Ponto que poderia ser melhor explicitado é o que significa o paciente deixar de ser de alta complexidade para ser de alta dependência na página 17 (J 9).
Conteúdo	I3	▪ Nenhuma sugestão.
	I4	▪ Os profissionais incluídos na relação das possíveis categorias integrantes de um Serviço de Desospitalização poderiam ser apresentados em ordem alfabética.
	I5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caberia uma complementação na seção que trata da educação em saúde para que não se tenha a ideia de que educação em saúde se restringe ao ensinamento que o profissional passará para o cuidador para ele saber agir sobre o corpo do paciente como o profissional faria. ▪ Depois do Acolhimento, na "Internação", colocar "Avaliação". ▪ Padronizar a citação das RAS - alternou singular e plural.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vejo uma possibilidade de inclusão de um indicador de processo que estabeleça uma relação entre os idosos internados e aqueles que tiveram seu acolhimento feito por equipe multiprofissional no momento da internação.
	I6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhuma sugestão.
	I7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhuma sugestão.
Linguagem	I8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhuma sugestão.
	I9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhuma sugestão.
Relevância	I10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhuma sugestão.
Funcionalidade	I11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este instrumento é de fácil aplicabilidade.
Usabilidade	I12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A estrutura do processo de alta está excelente, senti falta de como é estabelecido o contato com a APS. Acho que estruturar melhor esse processo de comunicação vai ajudar a tornar o processo mais seguro.

Fonte: elaborado pelos autores, 2021

Discussão

Os juízes participantes atenderam aos critérios desejados. A representatividade multiprofissional, a experiência assistencial e expertise na temática do estudo foram significativos para a validação do plano, principalmente por se tratar de profissionais que atuam nas unidades hospitalares e institutos federais no Rio de Janeiro, campo de abrangência da pesquisa.

Neste estudo, as categorias e orientações analisadas foram validadas com alto grau de consenso. Os juízes colocaram, em relação ao item **usabilidade**, que “a estrutura do processo de alta está excelente”, e no item **funcionalidade**, que “este instrumento é de fácil aplicabilidade”. No item **objetivo do plano** os juízes manifestaram a importância do plano: “gostei muito da proposta, considerando-se adaptável às diversas realidades hospitalares”.

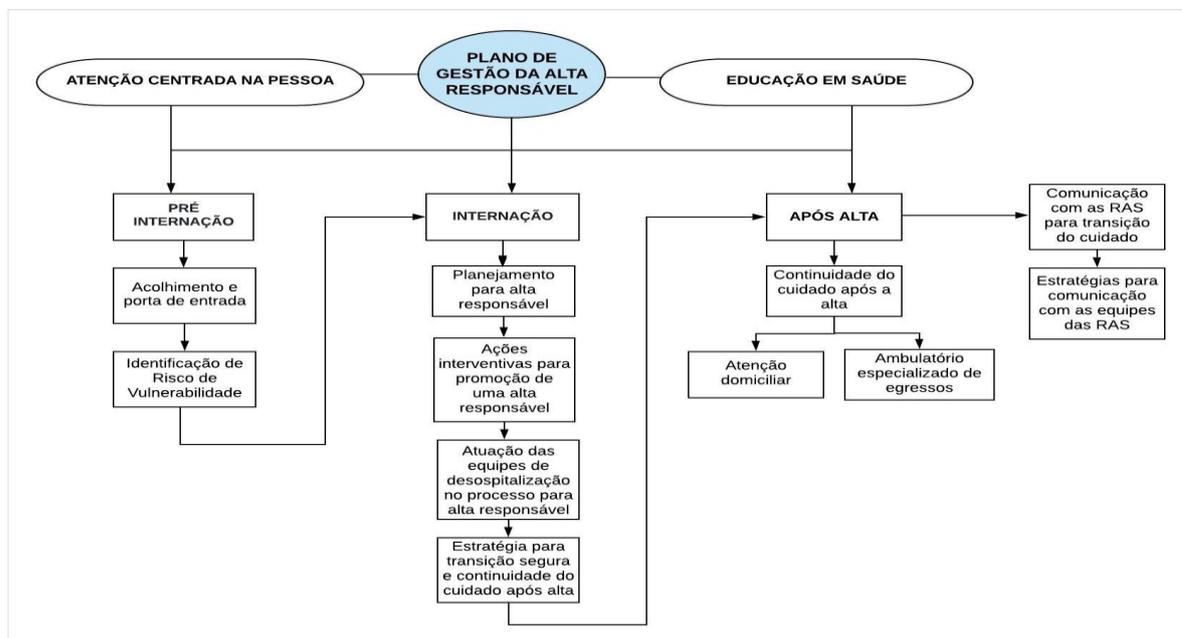
Em relação ao item **conteúdo**, este apresentou valor máximo do Índice de Validação de Conteúdo, ou seja, $IVC = 1$, bem como concordância quase perfeita com coeficiente de Kappa = 1. Nesse item, foram incorporadas as sugestões dos juízes em relação à seção referente a categoria educação em saúde, com inclusão de observação no corpo do documento que deixasse claro que a educação em saúde não se restringe ao ensino, orientações de cuidados que o profissional passará para o cuidador em substituição ao seu trabalho.

Ainda nesse item, foram efetuados pequenos ajustes com inclusão da palavra “avaliação” após internação, e introdução de mais um indicador de processo que estabelece a relação entre os idosos internados e aqueles que tiveram seu acolhimento feito por equipe multiprofissional no momento da internação.

Em virtude de a validação geral do plano ter apresentado média de $IVC = 0,97$ e Kappa = $0,87$, entendeu-se não haver necessidade de efetuar segunda rodada de validação pelos juízes, pois além da concordância quase perfeita, apenas um item apresentou ausência de concordância, se tratando de item referente a nitidez para visualização de esquema ilustrativo do plano, cuja correção era de fácil ajuste, necessitando apenas alterar o aumento da fonte do texto no Word.

O plano de gestão para alta responsável foi elaborado a partir das categorias identificadas, dividido nas etapas de pré-internação, internação e o pós-alta (figura 1). Se pautou no cuidado integral, considerando o conjunto de necessidades e riscos do paciente e na importância da articulação pactuada entre diferentes setores do hospital e com os profissionais de diferentes pontos de atenção das RAS. As orientações e diretrizes desse plano foram construídas a partir da discussão coletiva e baseada em evidências da prática assistencial desenvolvida pelas equipes de desospitalização dos hospitais e institutos federais.

Figura 1 - Apresentação visual da estrutura do plano de gestão para alta responsável de pacientes com doenças crônicas, Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: elaborado pelos autores.

O plano tem como diretrizes a integralidade do cuidado, a atenção centrada na pessoa, a interdisciplinaridade e a segurança do paciente, e aborda os seguintes temas: avaliação de risco no idoso hospitalizado; abordagem multiprofissional e interdisciplinar; etapas do plano integrado e coordenado de cuidados durante internação com vistas aos processos de desospitalização e; orientação dos familiares e cuidadores.

Na organização das práticas de saúde hospitalares, é importante que a integralidade seja eixo medular. Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o conceito ampliado de saúde, responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde não são atributos da atenção básica. Devem ser valores também presentes na organização do trabalho em saúde nos hospitais⁽¹²⁾.

O plano também está em consonância com as Políticas Nacional de Saúde do Idoso⁽¹³⁾ e Nacional de Atenção Hospitalar⁽⁷⁾, com o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁽¹⁴⁾, a Diretriz para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral⁽¹⁵⁾ e Diretriz para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas

redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias⁽¹⁶⁾, a Resolução RDC nº 36⁽¹⁷⁾ e também com a Política Nacional de Humanização⁽¹⁸⁾.

O DesHospitaliza se propõe, como documento norteador, contribuir com gestores e profissionais de saúde no desenvolvimento de protocolos internos de alta responsável nas unidades hospitalares.

Os hospitais federais no Rio de Janeiro são referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica, oncológica e ortopédica. O atendimento inicial ao usuário pode se dar por três pontos de assistência e tratamento, conforme perfil da unidade: emergência, ambulatório e clínica de internação, por isso o plano contemplou esses pontos de assistência.

Podemos considerar como limitações do estudo: a não aplicação do DesHospitaliza na prática assistencial, o que ocorrerá em etapa posterior; o baixo número de participantes na pesquisa, apesar dos que participaram possuírem experiência e serem especialistas na temática; não terem participado do estudo todas as unidades hospitalares federais que desenvolvem ações de desospitalização; a seleção dos entrevistadores não foi aleatória e sim baseada no currículo dos participantes. Os resultados se referem à realidade de uma rede de hospitais vinculados a esfera federal no município do Rio de Janeiro, com questões particulares sobre a gestão dos serviços de saúde dessas unidades.

Conclusão

O DesHospitaliza mostrou-se válido quanto às categorias e orientações. Do total dos 12 itens avaliados, apenas 1 necessitou de alteração no que diz respeito à nitidez para visualização de esquema ilustrativo do plano. As sugestões dos juízes foram acatadas, buscando atender às orientações para pequenos ajustes no texto relacionado ao conteúdo.

Na avaliação global, o instrumento obteve IVC de 0,97 e Kappa de 0,8, que são valores acima do aceitável.

O estudo aponta a importância de elaborar planos de alta responsável, com acompanhamento ao paciente desde a admissão até a alta hospitalar, com cuidado centrado no paciente, otimização do tempo de permanência no hospital, orientação aos familiares e pacientes e investimento em transições seguras do cuidado.

Referências

1. Camarano. A A. Pasinato, M. T. Introdução. In. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Org. por Camarano. A A. IPEA. - Rio de Janeiro: 2004. p.26. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
3. Veras, R.; Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018 jun; 23 (6) 1929–1936. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
4. Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional De Divulgação Dos Resultados Da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 1., 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos [...]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QekaWUZMILYJ:ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php%3FfileId%3D907+&cd=2&hl=pt-R&ct=clnk&gl=br
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 ago; 15 (5): 2297–305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
6. Sampaio, J.; Ferreira, T. P.S; Oliveira, I. L.; Soares, R S; Gomes, L.B.; Coelho, T.M. e Almeida, R.. Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta .In. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:

surpreendendo o instituído nas redes (Org.), Merhy, E.E, et al., (1), Rio de Janeiro. Hexis, 2016. 228-234 Disponível em:

<file:///C:/Users/Leonor/Downloads/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol1.pdf>

7. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 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), 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

8. Joint Commission International . Padrões de acreditação da joint commission international para hospitais. (6). EUA. 2017. 340.

9. Alexandre, N. M. C.; Coluci, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva, (7). 2011. 3061-3068, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>

10. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74

11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

12. FEUERWERKER, I. C. M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):965-971, 2007 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt>

13. Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=A%2

[0Pol%C3%ADtica%20Nacional%20do%20Idoso,94%20e%20Decreto%20n%C2%BA%201.948%2F](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)

14. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf

17. Brasil. ANVISA. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. 56 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

3.4 Produto - E-book

Apresentação do produto no qual a pesquisadora participou como coordenadora, organizadora e autora de quatro capítulos da obra intitulada Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional, produzida no formato de livro eletrônico.

O e-book foi elaborado pelos profissionais de saúde das unidades hospitalares federais e convidados de universidades públicas parceiras com expertise na temática.

Este trabalho é mais um fruto das discussões e conhecimentos adquiridos pela pesquisadora durante o mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) e dos encontros da Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro, no qual a pesquisadora coordena.

O objetivo do projeto foi publicizar ações exitosas desenvolvidas pelas equipes de desospitalização dos hospitais federais no RJ, disseminar o conceito de desospitalização com foco na alta responsável, transição e continuidade do cuidado dos pacientes no processo de internação e alta hospitalar e compartilhar saberes e práticas que possam auxiliar outras unidades de saúde na implementação de ações e projetos com foco na melhoria da qualidade prestada aos usuários do Sistema de Único de Saúde.

O e-book está registrado no International Standard Book Number (ISBN) com o número 978-85-334-2883-6 e o link de acesso a obra é http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf.

O lançamento oficial da obra ocorreu no dia 03 de março de 2021, em evento virtual, promovido pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

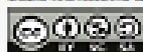
Apresentamos, a seguir, print da capa do E-book (figura 1), contra capa do E-book (figura 2) e dos capítulos 1, 5, 7 e 9 (figuras 3,4,5 e 6) que tem a participação da pesquisadora.

Figura 1 - Capa do E-book



Figura 2 – Contra capa do E-book

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editorasaude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação-Geral de Assistência

Área de Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde

Rua México, 1.28, 9º andar, sala 903

CEP: 20081-142 – Rio de Janeiro/RJ

Coordenação:

Leonor Maria da Silva Gomes

Organização:

Patrícia da Silva Otário

Adella Quadros Farias Gomes

Mariana de Souza Malnati

Leonor Maria da Silva Gomes

Marliá Crescêncio Chagas

Colaboração:

Alexandre Ernesto da Silva

Gabriel Alves Silva

Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro participantes do projeto:

Hospital Federal Cardoso Fontes

Hospital Federal da Lagoa

Hospital Federal de Bonsucesso

Hospital Federal de Ipanema

Hospital Federal dos Servidores do Estado

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad

Elaboração:

Adella Quadros Farias Gomes

Adriana da Costa Coelho

Alexandre Ernesto da Silva

Aline Saraiva da Silva Corra

Almir Domiciano da Cruz Filho

Ana Cecília Coelho Melo

Ana Paula Fernandes da Silva

Antônio da Silva Ribeiro

Aroli Antônia Xirus Vilela Bastos

Aydée Valério de Souza Alblino

Bianca Ribeiro Sales

Christine Pereira Gonçalves

Cimília de Mello Vitorino

Claudia Mendes de Araújo

Daniela Santos da Conceição

Elaine Cristine da Conceição Wama

Emani da Costa Mendes

Fabiana Andrade Pessoa

Flavia Firmino

Flavio Navei de Souza

Gabriel Alves Silva

George da Silva Oliveira

Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcelos

Inyson Cardoso Braga

José Luiz de Carvalho

Karina Ferreira dos Santos

Katy Conceição Cataldo Muniz Domingues

Leonor Maria da Silva Gomes

Livia Almeida de Menezes

Luciana de Almeida Marques Oliveira

Luciana Monte da Silva

Luciano Teixeira Rocha

Maria Alice Costa e Silva

Maria Antônia de Almeida Santana

Maria Beatriz Ribeiro

Maria da Conceição Coelho de Moraes

Mariana de Souza Malnati

Mariana Setúbal Nasser de Carvalho

Marliá Crescêncio Chagas

Mary Polônio Maçanti

Miriam Grayza Motta Guimarães

Monique dos Santos Leandro

Patrícia da Silva Otário

Patrícia de Souza

Paulo Cesar Cardelita Campos

Regina Lúcia de Jesus Esteves

Rejafá Brum Wana

Renata de Figueiredo de Lameira

Rogério Romão José

Síofel Vieira Beja Junior

Vanessa Gomes da Silva

Verônica Pinheiro Simões

Editor responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71.200-040 – Brasília/DF

Tele: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Sítio: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva e Dolano de Aquino Silva

Revisão: Khamilla Silva e Tatiiane Souza

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Malquedades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 170 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf

ISBN 978-85-100-1000-X

1. Atuação domiciliar. 2. Planejamento da alta. 3. Cuidados de transição. 4. Administração em saúde. I. Título.

CDU 616-082.8

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0229

Título para indexação:

Dehospitalization: reflections for health care and multiprofessional practice

1 | PANORAMA DA DESOSPITALIZAÇÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS E INSTITUTOS DO RIO DE JANEIRO

*Leonor Maria da Silva Gomes
Adelina Quadros Farias Gomes
Mariana de Souza Malnati
Patrícia da Silva Ollario
Marliá Crescêncio Chagas
Cláudia Mendes de Araújo*

O panorama da desospitalização, no contexto das unidades hospitalares e institutos federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, emerge dos desafios da atenção hospitalar diante da necessidade de pensar e organizar uma assistência à saúde que possa contemplar, para além do cuidado durante a internação, a integralidade e o compromisso com a atenção centrada no paciente. Englobam as ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar.

O capítulo está dividido em três partes, sendo a primeira uma abordagem histórica sobre o contexto e o desenvolvimento do conceito de desospitalização e da sua prática nos hospitais e institutos do MS no Rio de Janeiro, considerando o respectivo arcabouço normativo. A segunda trata das ações induzidas pelas atividades da Câmara Técnica de Desospitalização e seus desdobramentos. Na terceira parte, são descritas as experiências de algumas das unidades, a fim de compartilhar as etapas vivenciadas no processo de consolidação da desospitalização, as estratégias para o seu desenvolvimento e os desafios.

1.1 O desenvolvimento da desospitalização no estado do Rio de Janeiro: um recorte temporal e a inserção das unidades hospitalares e institutos federais do Ministério da Saúde (MS) na construção desse caminho

Os serviços de saúde hospitalares inseridos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) têm, entre suas premissas, buscar estratégias para a efetivação da atenção integral, de qualidade, com segurança e humanizada, bem como a efetiva articulação

Figura 4 - Capítulo 5

5 | EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO: UM OLHAR PARA A INTEGRALIDADE E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

*Adriana da Costa Coelho
Cíntia de Mello Vítório
Maria da Conceição Coelho de Moraes
Leonor Maria da Silva Gomes
Luciano Teixeira Rocha
Mirian Grayce Motta Guimarães*

5.1 As práticas de educação em saúde no processo de desospitalização e a sua evolução

Historicamente, as práticas de educação em saúde no Brasil tiveram suas origens na metade do século XIX e início do século XX, eram baseadas no modelo biomédico e possuíam viés higienista. É nesse período que o Estado começa a efetivar e estruturar as primeiras intervenções de educação em saúde aplicadas às classes populares (VASCONCELOS, 1999). Ao longo do tempo, houve mudanças, porém, nos dias atuais ainda se encontra práticas de saúde amparadas neste modelo, em que predomina o diagnóstico de doenças.

Com a evolução da saúde pública e das suas práticas, foi possível perceber olhar diferenciado para a condução do processo saúde x doença, ocorrido principalmente a partir da Reforma Sanitária, caracterizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), constituído no processo de amplas mobilizações da sociedade pela redemocratização no País e que expressou a indignação da população frente às desigualdades sociais, à mercantilização da saúde e configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade Indústrias, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (PAIM, 2007). Outra contribuição foi a ampliação do conceito de saúde colocado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "modelo holístico e onde a saúde passa a não ser de responsabilidade exclusiva do

Figura 5 - Capítulo 7

7 | DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES

Patrícia da Silva Oltari
Mariêta Crescêncio Chagas
Leonor Maria da Silva Gomes
Alexandre Ernesto da Silva
Aline Saraiva da Silva Correa
Elaine Cristine da Conceição Vianna

O presente capítulo apresenta a desospitalização como ferramenta na articulação da gestão do cuidado no planejamento para alta responsável e na contribuição para gestão de leitos nos serviços de saúde, a partir de experiências na implantação de modelos de cuidado em uma unidade hospitalar de alta complexidade na cidade do Rio de Janeiro.

7.1 O processo de trabalho como base para as diretrizes da implementação do processo de desospitalização a partir das unidades hospitalares

Para entender a desospitalização como ferramenta tratada neste livro, é preciso contextualizar a prática amparada nos apontamentos teóricos, ainda incipientes na construção desse caminho, fazendo com que os desafios sejam inúmeros, entre eles o reconhecimento da necessidade e implementação de diretrizes, normas legais e políticas direcionadas ao tema.

As diretrizes para a construção ou implementação de uma prática ou proposta em saúde advêm das observações, reflexões e inovações desenvolvidas com base nas experiências e vivências adquiridas. Com relação ao processo de desospitalização, essas advêm da construção coletiva, a partir das discussões realizadas na Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro¹ e das expertises desenvolvidas pelas unidades hospitalares na construção do conhecimento, oriundos dos diferentes saberes e abordagens multiprofissionais que norteam esse universo.

¹ A Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais, como já mencionado no Capítulo 1 deste livro, compõem as Câmaras Técnicas Assistenciais e desenvolve suas atividades por meio de metodologia participativa, promovendo a integração, o compartilhamento de melhores práticas e o aprimoramento dos profissionais das unidades federais no Rio de Janeiro.

Figura 6 - Capítulo 9

9 | AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E DESOSPITALIZAÇÃO EM TEMPOS DE COVID-19

*Paulo Cesar Cerdeira Campos
Leonar Maria da Silva Gomes
Adelina Quadros Farias Gomes
Mariana de Souza Malnati
Patrícia da Silva Oltano*

O ano de 2020 é um marco na saúde pública mundial. A crise decorrente da pandemia de Covid-19, uma doença respiratória aguda causada pelo novo coronavírus (Sars-COV-2), teve grande impacto em toda a Rede de Atenção à Saúde, em especial nos serviços de saúde hospitalares. No estado do Rio de Janeiro (RJ), os hospitais públicos, privados e filantrópicos depararam com questões e demandas gerenciais, logísticas e assistenciais impostas pelo novo cenário, que repercutiram diretamente nos atendimentos aos pacientes e familiares já acompanhados pelas unidades e aos novos pacientes encaminhados com suspeita ou confirmação de Covid-19.

O marco inicial da doença ocorreu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a epidemia como emergência internacional e, em 11 de março, declarou o surto de coronavírus como pandemia (LANA, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 3 de fevereiro de 2020, a Portaria GM/MS n. 188, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (EspIn) em decorrência da Infecção humana pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020b) e, na sequência, apresentou o Plano de Contingência Nacional para Infecção humana pelo novo coronavírus Covid-19, que definiu o nível de resposta e estrutura de comando correspondente a cada fase do surto (BRASIL, 2020c). Em 26 de fevereiro, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo confirmou o primeiro caso de contágio no

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3190, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018> Acesso em: 04 jan. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, 2011. p. 3061-3068, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> Acesso em: 10 mar. 2020.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. p.95
- BARCELLOS, G. B. **Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente**. In. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. (org.) SOUSA, P. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2019. p. 149-167.
- BORDIN, D. *et al.* Factors associated with the hospitalization of the elderly: a national study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 439–446, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180059> Acesso em: 04 jan. 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 out. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf Acesso em: 10 out. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em: 10 out. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 10 mar. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**, Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em: 10 out. 2020.
- _____. Ministério da Economia. Instrução normativa nº 21, de 16 de março de 2020. Altera a instrução normativa nº 19, de 12 de março de 2020. **Orientações aos órgãos e entidades do sistema de pessoal civil da administração pública federal - sipec, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância**

internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. Ed. 52. Seção 1. Publicado em: 17/03/2020.. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-21-de-16-de-marco-de-2020-248328867> Acesso em: 15 nov. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf Acesso em: 05 set. 2020.

BURKE, R. E. *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

BUSS, P. M. ; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso em: 05 set. 2020.

CAMARANO. A A. PASINATO, M. T. **Introdução.** In. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Org. por Camarano. A A. IPEA. - Rio de Janeiro:, 2004. p. 12-33. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf Acesso em: 05 set. 2020.

CAMARANO. A.A. **Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações.** In **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento ?** (org). CAMARANO. A A. Rio de Janeiro: IPEA. 2014. p. 177-213. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf Acesso em: 05 set. 2020.

COLEMAN, E.A. *et al.* The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Arch Intern Med.** v. 166, p. 1822-1828, 2006.

DARDENGO, C. F. R., MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. **Revista de Ciências Humanas**, v. 18, n.2. p. 16, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923> Acesso em: 10 jan. 2021.

DELATORRE. P.G, *et al.* Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: **revisão integrativa**. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.7, dez., 2013. Disponível em <file:///C:/Users/Leonor/Downloads/12387-30168-1-PB.pdf> Acesso em: 05 set. 2020.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n.1, 2014, p.6-21. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7952/5738> Acesso em: 10 jan. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p.965-971, 2007 Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt> Acesso em 11 ago. 2020.

FERREIRA, E. M. *et al.* Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 147–153, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615> Acesso em: 10 jan. 2021.

GOMES, L.M.S., GOMES. A.Q.F, MALNATI, M.S., OLARIO, P.S., CHAGAS, M.C., ARAUJO, C.M.. Panorama da desospitalização nos hospitais federais e institutos do rio de janeiro. In: Gomes, L.M.S. (Org.). **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasil: Ministério da Saúde. 2020. p. 15-40. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multi_profissional.pdf Acesso em; 10 out. 2020

GRABOIS, V. **Gestão do Cuidado**. In. **Qualificação de gestores do SUS**. (org). OLIVEIRA, R. G., GRABOIS, V, MENDES JÚNIOR, W. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 159 – 197. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf> Acesso em: 11 ago. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE – Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, **National Academy Press**, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144032/> Acesso em: 11 ago. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington, **The National Academies Press**, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144032/> Acesso em: 11 ago. 2020.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> Acesso em: 10 jan. 2021.

KRIPALANI S., *et al.* Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. **JAMA. The Journal of the American Medical Association** v. 297, n. 8, fev 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6478121_Deficits_in_Communication_and_Informa

[tion_Transfer_Between_Hospital-Based_and_Primary_Care_Physicians](#) Acesso em: 04 jan. 2021.

LANDIM F.L.P *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira de Promoção e Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 1, 2006. p. 53-58. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819110> Acesso em: 04 jan. 2021.

LIMA-COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 52, n. Suppl 2, jan., 2019. p. 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap> Acesso em: 04 jan. 2021.

MACHADO, M.F.A. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n.2, Mar./Apr. 2007 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf> Acesso em: 04 jan. 2021.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissível. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, jul./set. 2010. p.593-605. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>> Acesso em: 11 ago. 2020.

MALTA, D.C *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190030> Acesso em: 11 ago. 2020.

MARQUES, L. F. G; LIEBER, N. S. R. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2014. v.24, n. 2 , p. 401-420. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00401.pdf> Acesso em: 11 ago. 2020.

MENEZES, T. M. de O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 2, p. 294–301, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286> Acesso em: 10 jan. 2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,. v. 15, n. 5, ago. 2010. p. 2297–2305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Acesso em: 11 ago. 2020.

_____, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965 Acesso em: 11 ago. 2020.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E, **Revista Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo. Hucitec; 1997. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf> Acesso em: 11 ago. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes**, 1., 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos [...]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QekaWUzMILYJ:ecos-rednutri.bvs.br/tiki-download_file.php%3FfileId%3D907+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Brasil. Hucitec, 2014.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A. C.G; SILVA, A.L.A. Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,. v. 19, n. 3 jun. 2016, p. 507–519. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140> Acesso em: 04 jan. 2021.

MODAS, D. A. S.; NUNES, E. M. G. T.; CHAREPE, Z. B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130> Acesso em: 04 jan. 2021.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos**. In. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária., 2013 Disponível em: https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Livro1-Assistencia_Segura.pdf Acesso em: 04 jan. 2021.

MUNARETTO, L.F; CORRÊA, H.L; CARNEIRO, J.A.C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**,. v. 6, n. 1, jan. 2013, p. 9–24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/198346596243> Acesso em: 05 set. 2020.

OLARIO, P.S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional**. Orientadora Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2019. p. 161.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf Acesso em: 11 ago. 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde** : contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Constantino/Downloads/276-livro_demografia_e_saude_WEB.pdf Acesso em: 11 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO, Gabinete da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ). **Regimento Interno**. Rio de Janeiro: SEMS-RJ. Ed. 2020, 2020. (em processo de publicação)

SIQUEIRA, T. H.; VILA, V. da S. C.; WEISS, M. E. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 983–991, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241> Acesso em: 11 jan. 2021.

SOUZA, M.A.R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353> Acesso em: 11 ago. 2020.

TRAD, L.; BOMFIM, A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseados em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, nº 3, p. 777–796, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 11 ago. 2020.

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016> Acesso em: 11 jan. 2021.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, nº. 6, p. 1929–1936, junho. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 10 out. 2020.

VINCENT, C. V.; ALMABERTI, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro**: estratégias para o cotidiano do cuidado., Rio de Janeiro, Proqualis, 2016. Disponível em <http://proqualis.net/livro/cuidado-de-saude-mais-seguro-estrategias-para-o-cotidiano-do-cuidado> Acesso em: 10 out. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf> Acesso em: 11 jan. 2021.

WHO. World Health Organization. **Transitions of Care**: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, 2016. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/ Acesso em: 11 ago. 2020.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO PARA CONDUÇÃO DO GRUPOS FOCAL

Projeto Plano de Gestão para Alta Responsável

Parte Qualitativa - Roteiro dos Encontros:

metodologia – grupo focal

- Deve ser constituído grupo de participantes de 10 a 15 pessoas. Propor 03 encontros para o grupo. No encontro será explorado 03 temas.
- As perguntas do roteiro servem para guiar o moderador na condução do grupo focal, não constituindo um questionário que deva ser aplicado necessariamente sob a forma de perguntas e na ordem apresentada.
- Cada bloco aborda um tema:
 - O primeiro bloco tem o foco o **acolhimento de pacientes idosos com doenças crônicas quando a admissão no hospital** (identificação de situações/riscos que possam impactar a alta hospitalar ou verificar a necessidade de cuidados continuados após a alta hospitalar).

O segundo bloco tem o foco o **planejamento da alta hospitalar** pela equipe multiprofissional (avaliação da equipe multiprofissional que pode ser as que compõem as equipes de desospitalização ou outras equipes, previsão da data da alta e a atendimento aos principais elementos necessário para o planejamento de alta: preparo do cuidador; Reabilitação motora e funcional; reconciliação medicamentosa; Tratamento de lesões por pressão; treino do autocuidado; cuidados a seguir; situação social) .

- O terceiro bloco tem o foco a **comunicação inter equipes e transferência das informações entre o hospital e os demais serviços extra-hospitalares** (relatório ou preenchimento de instrumento com principais informações para a garantia da continuidade do cuidado na RAS).
- As intervenções do moderador, orientadas pelas perguntas do roteiro, devem levar os participantes dos grupos a discorrerem sobre os temas em questão, refletindo sobre como deve ser estabelecido os Fluxos, procedimentos, protocolos assistenciais para a gestão do cuidado com vistas a desospitalização, alta responsável.

PERGUNTAS NORTEADORAS

Primeiro Bloco Temático (acolhimento de pacientes idosos com doenças crônicas quando a admissão no hospital).

1. Vocês podem contar como é realizado o acolhimento dos pacientes idosos com doenças crônicas admitidos no hospital?
2. Quem faz esse acolhimento?
3. Que serviço ou setor é responsável por esse acolhimento?
4. Quais profissionais fazem parte desse processo?
5. Que informações são obtidas?
6. Possuem critérios para identificar de situações/riscos que possam impactar a alta hospitalar ou verificar a necessidade de cuidados continuados após a alta hospitalar?

7. Usam algum instrumento para coleta e registro das informações?
8. Fazem registro no prontuário?
9. Vocês identificam alguma dificuldade para a realização do acolhimento?

Segundo Bloco Temático (planejamento da alta hospitalar)

- 1- Como é feito o planejamento para alta de pacientes idosos com doenças crônicas?
- 2- Que profissionais estão envolvidos no planejamento?
- 3- Quais são os principais elementos trabalhados para a alta do paciente?
- 4- Realizam orientação para o paciente e familiares?
- 5- Que profissionais participam desse processo?
- 6- Quais serviços ou setores participam desse processo?
- 7- Possuem algum sistema que ajude a equipe na gestão da alta responsável?

Terceiro Bloco Temático (Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços extra-hospitalares)

- 1- Como são feitos os encaminhamentos do paciente de alta para continuidade do cuidado na Rede de atenção à Saúde (exemplo: PSF, AD)?
- 2- Como são feitas as transferências de informação do paciente para outro ponto da rede de cuidados (plano de alta entregue pelo paciente, sistema informatizado...)?
- 3- É feito contato com as equipes de saúde de outros serviços de saúde no qual o paciente deverá ter continuidade do seu cuidado?
- 4- Se é feito o contato como ele se dá (email, telefone, visita institucional, sistema de informação, ...)?
- 5- Depois que o paciente recebe alta, recebem feedback das equipes de saúde que deram continuidade aos cuidados do paciente?
- 6- Fazem consulta de retorno para saber como está sendo encaminhado o plano de alta do paciente (continuidade do cuidado, dúvidas do paciente)?

APÊNDICE 2 - ANÁLISES ORDENADAS EM UNIDADES DE REGISTRO (UR) E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (US)

Quadro 1 – Agrupamento por temas

CÓDIGO DO TEMA	TEMAS UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO (UR)					
		CORPUS 01	%	CORPUS 02	%	NÚMERO TOTAL DE CORPUS ANALISADOS	%
Azul	Acolhimento na internação de pacientes crônicos	9	5%	9	8%	18	6%
Azul celeste	Como se dá o processo de internação do paciente	12	6%	4	3%	16	5%
Azul com negrito	Unidade oferece ou já ofereceu acolhimento para grupos específicos	11	6%	0	0%	11	4%
Azul sublinhado	Considera importante ter acolhimento (como deve ser)	16	9%	8	7%	24	8%
Verde com negrito	Realizam planejamento para cuidado integral durante período de internação com vistas a alta responsável	15	8%	8	7%	23	8%
Verde com negrito e sublinhado	Questões que devem compor o planejamento para alta responsável	19	10%	11	9%	30	10%
Verde escuro com sublinhado	Atuação das equipes de desospitalização no processo de desospitalização, planejamento para alta responsável	13	7%	18	16%	31	10%
Verde escuro com itálico	Ferramentas/instrumento utilizados para o processo de planejamento para desospitalização	7	4%	0	0%	7	2%
Verde musgo com sublinhado	Questões institucionais que interferem no planejamento para a alta responsável	7	4%	3	3%	10	3%
Vermelho com sublinhado	Falta de articulação e comunicação inter equipes e com a ras	10	5%	18	16%	28	9%
Marrom com itálico	Possibilidades para um plano de cuidados que objetive a alta responsável	5	3%	4	3%	9	3%
Marrom escuro	Estratégias para acompanhamento após alta hospitalar e continuidade do cuidado	12	6%	0	0%	12	4%
Marrom com negrito	Possibilidades para melhorar a comunicação com a ras	21	11%	0	0%	21	7%
Roxo	Colocações dos participantes relacionadas ao paciente idoso e questões correlatas	21	11%	10	9%	31	10%
Vermelho	Realidades distintas, perfil diferentes das unidades	1	1%	4	3%	5	2%
Vermelho com negrito	Visão institucional	2	1%	15	13%	17	6%
Vermelho com itálico e negrito	Os profissionais de saúde da unidade tem atuação assistencial fragmentada (falta de cultura institucional para desospitalização)	5	3%	4	3%	9	3%
Total		186		116		302	

Fonte: elaborado pela pesquisadora

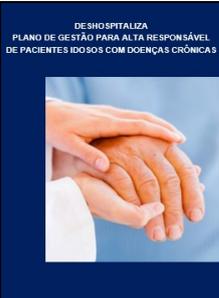
APÊNDICE 3 - MODELO DE QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CATEGORIAS E ORIENTAÇÕES APRESENTADOS NO PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS.

I- Identificação dos juízes:

- 1- Nome:
- 2- Categoria profissional:
- 3- Tempo de formado: _____ anos
- 4- Tempo de experiência assistencial nas áreas de clínica médica, geriatria/gerontologia ou desospitalização: _____ anos
- 5- Realizou curso de pós-graduação: Mestrado () Doutorado () Especialização ()

II - Avaliação dos algoritmos:

Expresse a sua opinião com relação ao Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas utilizado de acordo com a legenda abaixo, respondendo as afirmativas a seguir (assinale com X):

		DESHOSPITALIZA PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS				
Nº	Afirmações / itens	Concordo fortemente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo fortemente
1	As categorias: acolhimento e porta de entrada, planejamento para alta responsável, atenção centrada no pessoa e educação em saúde, identificados como importantes para compor o Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos Portadores De Doenças Crônicas estão contemplados no Plano apresentado.					
2	Os objetivos estão claros e atendem a proposta do Plano de Gestão para alta.					
3	O conteúdo corresponde aos objetivos proposto no plano.					

4	O conteúdo obedece ao uma sequência lógica e de fácil entendimento.					
5	O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para a implementação de um plano de alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas.					
6	As informações que o Plano apresenta são importantes para nortear as equipes de saúde na implementação de planos de alta responsável					
7	O esquema ilustrativo mostra de forma clara o conteúdo apresentado					
8	O esquema ilustrativo demonstra nitidez adequada para visualização					
9	O Plano apresenta linguagem clara e objetiva					
10	O Plano é relevante para que as equipes saúde das unidades hospitalares possam realizar planos de cuidado para alta responsável e continuidade do cuidado.					
11	O Plano contribui para implementação de estratégias de comunicação inter equipes hospitalares					
12	O Plano contribui para implementação de estratégias de articulação com equipes da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde.					

Sugestões	

APÊNDICE 4 –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(GRUPO FOCAL)**

TÍTULO PROVISÓRIO: DesHospitaliza – Da internação a Alta Hospitalar de Pacientes Idosos com Doença Crônica - Estratégia para Transição do Cuidado mais Segura.

OBJETIVO DO ESTUDO: Elaborar um Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Estamos coletando informações para o desenvolvimento de um Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas. No percurso metodológico da pesquisa, será criado Grupo Focal (GF) formado por especialistas para levantar informações referentes aos componentes que os profissionais consideram fundamentais para a efetivação da qualidade da transição e continuidade do cuidado do paciente que subsidiará a elaboração do Plano de Gestão para Alta Responsável com vistas a transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Você tem o direito de não participar deste estudo ou pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, sua participação consistirá em compor o Grupo Focal, participando das reuniões para discussão e levantamento de informações referentes aos componentes considerados fundamentais para a efetivação da qualidade da transição e continuidade do cuidado do paciente idoso com doenças crônicas.

RISCOS: Os riscos podem estar associados a interferência na sua rotina e desconforto quanto a expor suas opiniões e ideias. Para fins de participação, você deverá consentir por meio de assinatura do TCLE. Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, ficará a cargo do pesquisador principal.

BENEFÍCIOS: Os benefícios relacionados a sua participação são: auxiliar na avaliação de tecnologias que visem a melhoria de processos; aumentar o conhecimento científico para a área da saúde e Linhas de Pesquisas ao qual o pesquisador principal está vinculado; elaboração de um Plano de Gestão para Alta Responsável que permite contribua com a comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde e Integralidade do Cuidado.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido e nenhuma publicação.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada PPGSTEH que possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através da Pró Reitoria de Pós Graduação, pesquisa e inovação sendo Leonor Maria da Silva Gomes a pesquisadora principal e a profa. Dra. Danielle Galdino de Paula a orientadora da pesquisa. A investigadora estará disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a profa. Dra. Danielle Galdino de Paula no telefone (21) 25427796 (email: danigalpa@hotmail.com), ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____ Telefone de contato:

Nome do Pesquisador: Leonor Maria da Silva Gomes

Data: _____

**APÊNDICE 5- CARTA CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
E ESCLARECIDO – JUÍZES**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CARTA CONVITE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(JUÍZES)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa DesHospitaliza – Da internação a Alta Hospitalar de Pacientes Idosos com Doença Crônica - Estratégia para Transição do Cuidado mais Segura, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Nosso objetivo é Elaborar um Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Sua participação nesta pesquisa será na qualidade de juiz e consistirá em validar os domínios e orientações a serem apresentados no Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde por item e de forma global, considerando os requisitos: (definidos pela grupo focal). Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Aceitando a participação nesta pesquisa, solicitamos que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encaminhado em anexo e, concordando com os termos presentes, a segunda etapa consistirá no envio do o instrumento juntamente com formulário digital via Google Drive ® para resposta as perguntas inerentes ao estudo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(JUÍZES)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(JUÍZES)**

TÍTULO PROVISÓRIO: DesHospitaliza – Da internação a Alta Hospitalar de Pacientes Idosos com Doença Crônica - Estratégia para Transição do Cuidado mais Segura
OBJETIVO DO ESTUDO: Elaborar um Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Sua participação nesta pesquisa será na qualidade de juiz e consistirá em validar as categorias e orientações apresentadas no Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde por item e de forma global, considerando os requisitos: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade do documento. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Você tem o direito de não participar deste estudo ou pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir integrar este estudo você deverá responder às perguntas do questionário através do formulário digital via Google forms. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para validação do Plano de Gestão. **RISCOS:** Os riscos podem estar associados a interferência na sua rotina e desconforto quanto a expor suas opiniões e ideias. Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, ficará a cargo do pesquisador principal. **BENEFÍCIOS:** Os benefícios relacionados a sua participação são: auxiliar na avaliação de tecnologias que visem a melhoria de processos; aumentar o conhecimento científico para a área da saúde e Linhas de Pesquisas ao qual o pesquisador principal está vinculado; elaboração de um Plano de Gestão para Alta Responsável que permite contribua com a comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde e Integralidade do Cuidado. **CONFIDENCIALIDADE:** Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada PPGSTEH que possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através da Pró Reitoria de Pós-Graduação, pesquisa e inovação sendo Leonor Maria da Silva Gomes a pesquisadora principal e a profa. Dra. Danielle Galdino de Paula a orientadora da pesquisa. A investigadora estará disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a profa. Dra. Danielle Galdino de Paula no telefone (21) 25427796 (email: danigalpa@hotmail.com), ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: _____
Endereço _____ Tel. de contato _____

ANEXOS

ANEXO 1 – CARTA ACEITE PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA RSD

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Carta de Aceite

O trabalho intitulado "Construção do DesHospitaliza - Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas", submetido em "27/01/2021" foi aceito para publicação e será publicado em até 30 dias na Revista Research, Society and Development - ISSN 2525-3409.

O trabalho é de autoria de:

Leonor Maria da Silva Gomes, Ana Maria da Silva Gomes, Danielle Galdino de Paula e Taís Veronica Cardoso Vernaglia.

São Paulo, 09 de fevereiro de 2021.



Dr. Ricardo Shitsuka
Editor

rsdjournal.org | E-mail: rsd.articles@gmail.com | Whatsapp (11)98679-6000
Avenida Sulim Abramovite, 100 - Centro, Vargem Grande Paulista - SP, 06730-000

ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Título provisório: DesHospitaliza : Da Internação a Alta Hospitalar de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas - Estratégia para Transição do Cuidado mais Segura

Pesquisador: Leonor Maria Da Silva Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25650719.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.037

Apresentação do Projeto:

O estudo tem por temática a articulação e comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a continuidade e manutenção do cuidado do paciente na alta hospitalar. **Objetivos:** Elaborar um Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivos específicos:** Identificar os componentes fundamentais para qualidade da transição do cuidado a compor o Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas, com vistas a transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Validar os domínios e orientações a serem apresentados no Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), exploratória descritiva, de abordagem qualitativa e quantitativa. A população do estudo será composta por profissionais e juizes que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão. Para complementar o estudo, serão utilizados dados secundários referentes a relatórios contidos no

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7708

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 3.704.037

cenário de estudo (período janeiro a outubro de 2019). Resultados esperados: gerar produto acadêmico que possa contribuir para aumentar a segurança na transição do cuidado na esfera federal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Elaborar um Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo Secundário:

- Identificar os componentes fundamentais para qualidade da transição do cuidado a compor o Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas, com vistas a transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde e; - Validar os domínios e orientações a serem apresentados no Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos apresentados pelo estudo podem estar associados a interferência na rotina dos participantes (grupo focal e juizes), constrangimento apresentado pelos mesmos ao responder sobre seus conhecimentos (etapa grupo focal) e na etapa de validação dos domínios e orientações presentes no Plano de Gestão para Alta Responsável com vistas a transição segura e continuidade do cuidado na APS. Os custos referentes a material de consumo e demais recursos decorrentes do desenvolvimento desta pesquisa, ficarão a cargo do pesquisador principal.

Benefícios:

Os benefícios relacionados à pesquisa serão aumentar o conhecimento científico para a área da saúde e linhas de pesquisas ao qual o pesquisador principal está vinculado. Os produtos produzidos a partir dos dados proporcionarão a construção de um Plano de Gestão para Alta Responsável de pacientes idosos com doenças crônicas para transição segura e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.754.037

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu as exigências das pendências em Parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios estão em consonância com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezadx Pesquisadaxr,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de notificação (Ícone à direita da tela, na linha do título do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1423915.pdf	03/12/2019 13:21:37		Acelto
Cronograma	Cronogramadeexecucao.pdf	03/12/2019 13:20:02	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE @CLARECIDOgrupofocal.pdf	03/12/2019 13:18:49	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE @CLARECIDOjuizes.pdf	03/12/2019 13:18:20	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoiteiroteor.pdf	04/11/2019 11:41:06	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	04/11/2019 11:39:35	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	04/11/2019 11:39:05	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
Outros	QUESTIONARIO.pdf	04/11/2019 11:36:28	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto
Outros	ROTEIROGRUPOFOCAL.pdf	04/11/2019 11:35:29	Leonor Maria Da Silva Gomes	Acelto

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-340

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.764.037

Orçamento	orcamentofinanceiro.pdf	04/11/2019 11:33:40	Leonor Maria Da Silva Gomes	Aceito
-----------	-------------------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:

Renata Flávia Abreu da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep@unirio.br

Página 04 de 04

ANEXO 3- REGISTRADO OS DIREITOS AUTORAIS SOBRE OBRA INTELECTUAL NA BIBLIOTENCA NACIONAL

MINISTÉRIO DA CULTURA
Fundação BIBLIOTECA NACIONAL
ESCRITÓRIO DE DIREITOS AUTORAIS

ESCRITÓRIO DE DIREITOS AUTORAIS / FEN / MC
2021.RJ.002903 19 / Fev

Autenticação mecânica

Comprovante de Entrega de Documentos

Tipo de solicitação:
 Registro ou Averbação Serviço

Nome: Honor Maria da Silva Gomes e outros

Título da Obra: Deshospitaliza - plano de N.º Registro/Protocolo: _____
gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças
crônicas

Valor pago (em R\$):

20,00 () 30,00 () 40,00
() 50,00 () 60,00 () 80,00
() Outros (especificar): _____

Data do recebimento: 19/02/21

Recebido por: [Assinatura]

ANEXO 4- REGISTRO DA OBRA NO SITE AVCTORIS

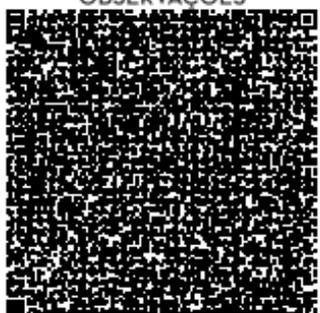


CERTIFICADO DE REGISTRO

CERTIFICADO N°: AVCTORIS660959c1b9b3d5b3ae264c3ba964a9464ca87b67b4a98dcd007552aa

TÍTULO DA OBRA
DesHospitaliza

Nome do Arquivo: DESHOSPITALIZA_PLANO PARA A ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COI
HASHCODE(SHA256): aa2557000c8cd89a4b76b78ec4d4d466a530c4a62ea3b5d0b5b1c950f065f

<p>AUTOR(ES)</p> 	<p>TITULAR(ES)</p> 
<p>HASHCODE</p> 	<p>OBSERVAÇÕES</p> 

ANEXO 5 – REGISTRO DE SUBMISSÃO A REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to Revista Latino-Americana de Enfermagem

Manuscript ID RLAE-2021-5498

Title VALIDAÇÃO DO PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Authors Gomes, Leonor Maria Da
Gomes, Ana maria
Gomes, Adelia
de Paula, Danielle
Vernaglia, Tais Veronica

Date Submitted 03-May-2021

[Author Dashboard >](#)