UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

Jociele Gheno

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE *CHECKLIST* PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS

Porto Alegre
2021

Jociele Gheno

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE *CHECKLIST* PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Alisia Helena Weis

Co-orientadora: Prof. Dra. Karin Viegas

Porto Alegre

2021

Catalogação na Publicação

Gheno, Jociele
Elaboração e validação de checklist para alta hospitalar de pacientes adultos e idosos / Jociele Gheno.
-- 2021.
95 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientador(a): Alísia Helena Weis ; coorientador(a): Karin Viegas.

1. Cuidado transicional. 2. Alta do paciente. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Lista de verificação. 5. Enfermagem. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dadosfornecidos pelo(a) autor(a).

Jociele Gheno

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE *CHECKLIST* PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
Área de concentração: Enfermagem.

Data da aprovação/defesa
Porto Alegre, 16 de julho de 2021.

Dr. André Wajner

Dra. Carine Raquel Blatt
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

Dra. Graciele Fernanda da Costa
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

Dedicatória

Dedico este trabalho aos familiares das vítimas da COVID-19 e aos profissionais da saúde, que enfrentaram essa batalha como verdadeiros guerreiros, desejo que tenham força para seguir em frente.

Que o ensino público, o SUS e a ciência sejam cada vez mais valorizados!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao ensino público, que me deu a oportunidade de ser Enfermeira e hoje, poder estar concluindo o Mestrado. Sou filha de universidades públicas com muito orgulho!

À minha família, por serem meus pilares, por confiarem em mim e vibrarem comigo a cada conquista. Amo vocês!

Ao meu noivo, Conrado, por todo o amor, incentivo e compreensão pelos inúmeros momentos que estive ausente. Passamos a pandemia trancados em casa, eu focada na minha pesquisa e ele firme, cuidando de mim. Te amo!

A todas as pessoas que me incentivaram a entrar nesse mundo acadêmico, obrigada por toda a inspiração!

Às meninas do escritório de gestão de altas, por todos os ensinamentos, parceira diária, pelas trocas de turno e folgas para que eu pudesse participar das atividades do Mestrado e conseguir concluí-lo. Obrigada pela compreensão! Minha eterna gratidão!

À minha professora orientadora, Alísia, por todo aprendizado e paciência. Ela, com sua calma, tranquilidade e disponibilidade fez com que esses dois anos não fossem tão difíceis. Espero que nossa parceria continue!

Aos demais professores do PPG de Enfermagem da UFCSPA, pelos ensinamentos que contribuíram para a minha formação.

Aos colegas da turma, pelo apoio e pelas trocas. Fomos distanciados do convívio das aulas presenciais devido a pandemia, mas que bom que vivemos o primeiro semestre juntos e com intensidade! E que agora sigamos amigos!

E finalmente, a todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram com seus conhecimentos para a construção deste instrumento.

Muito obrigada!

RESUMO

A gestão de leitos hospitalares é um dos grandes desafios atuais na área da saúde. No Brasil, nos últimos cinco anos, o número de internações na população acima de 20 anos aumentou em 8,7%, tendo como principais causas de internações as doenças crônicas não-transmissíveis. Essas doenças, também, estão relacionadas ao aumento do tempo de internação e ao risco elevado de reinternação hospitalar. Dessa forma, a diminuição do tempo de internação e a diminuição das taxas de reinternação são estratégias importantes para a gestão dos leitos hospitalares. Nesse contexto, a transição de cuidado, caracterizada por intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde, surge como uma estratégia para melhorar essa realidade. Contudo, para o sucesso das transições de cuidado é necessário o planejamento da alta hospitalar, que deve iniciar a partir da internação, com o preparo e organização do paciente e de sua família. Além disso, o suporte das redes de atenção à saúde para promover a continuidade do cuidado, é importante para o sucesso das transições. A utilização de *checklists* para a alta auxiliam nesse processo, padronizando o trabalho e garantindo a segurança nas transições de cuidados. **Objetivo:** Elaborar e validar um *checklist* para a alta hospitalar de pacientes adultos e idosos. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado em duas etapas, elaboração e validação do *checklist*. A elaboração foi realizada em três fases. A validação de conteúdo passou por um comitê de especialistas, onde realizou-se a busca de consenso por meio da Técnica Delphi. Para o cálculo do grau de concordância utilizou-se a taxa de concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). **Desenvolvimento:** A primeira versão do *checklist* foi elaborada a partir da compilação dos resultados das três fases: descrição das atividades da equipe de gestão de altas de um hospital terciário do sul do país e da identificação do perfil dos pacientes que recebem cuidados de transição; realização de entrevistas com profissionais da equipe multidisciplinar com a identificação das facilidades e dos desafios em relação à alta hospitalar e a transição de cuidado pós-alta; e, ainda, análise de estudos que abordaram transição de cuidado e utilização de *checklists*. Assim, a primeira versão do *checklist* foi encaminhada para a validação de conteúdo. Primeiramente foi realizado um pré-teste e em seguida iniciou-se a validação pelo comitê de especialistas, seguindo a Técnica de Delphi. Na primeira

rodada, a média da taxa de concordância para a abrangência do instrumento foi de 94% e para a pertinência foi de 91%. Os blocos do *checklist* que não atingiram a taxa de concordância de 90% foram reformulados a partir das sugestões dos especialistas. Assim, o *checklist* foi encaminhado para a segunda rodada de avaliação. A média do cálculo do IVC para clareza foi de 95% e para pertinência foi de 96% de concordância. A versão final do instrumento foi obtida com duas rodadas de validação de conteúdo. **Implicações práticas:** O *checklist* para alta hospitalar elaborado e validado é uma ferramenta para padronização do processo de transição de cuidados. A padronização desses processos evita falhas de comunicação, melhora o trabalho em equipe e garante que as necessidades do paciente para alta sejam organizadas durante a internação e tenham continuidade após a desospitalização. **Produto:** O produto final é o *checklist* para a alta hospitalar, elaborado e validado. Será utilizado pela equipe de gestão de altas de um hospital terciário do sul do país.
Produto técnico 04: material não patenteável.

Descritores: Cuidado transicional. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Lista de verificação. Enfermagem.

ABSTRACT

Hospital bed management is one of the great current challenges in healthcare. In Brazil, in the last five years, the number of hospitalizations in the population over 20 years of age increased by 8.7%, with the main causes of hospitalizations being chronic non-communicable diseases. These diseases are also related to increased length of stay and increased risk of readmission. Thus, the reduction of length of stay and the reduction of readmission rates are important strategies for hospital bed management. In this context, the transition of care, characterized by interventions that coordinate patient care throughout their care in health services, emerges as a strategy to improve this reality. However, for the success of care transitions, it is necessary to plan the hospital discharge, which should start from the moment of admission, with the preparation and organization of the patient and his or her family. In addition, the support of health care networks to promote continuity of care is also important for successful transitions. The use of discharge checklists assists in this process, standardizing the work and ensuring safety in care transitions. **Objective:** to elaborate and validate a checklist for hospital discharge of adult and elderly patients. **Method:** this is a methodological study for the development and validation of a checklist. Its elaboration was carried out in three phases. The content validation went through a committee of experts, where consensus was sought through the Delphi technique. The agreement rate and the Content Validity Index (CVI) were used to calculate the degree of agreement. **Development:** the first version of the checklist was developed from the compilation of the results of three phases: description of the actions and activities of the discharge management team of a tertiary care hospital in the south of the country and the identification of the profile of patients receiving transition care; interviews with professionals from the multidisciplinary team with the identification of facilities and challenges regarding hospital discharge and post-discharge transition of care; and, also, analysis of studies that addressed transition of care and use of checklists. Thus, the first version of the checklist was forwarded for content validation. First, a pre-test was performed, and then the validation by the experts committee was started, following the Delphi technique. In the first round, the average agreement rate for the instrument's comprehensiveness was 94%, and for relevance was 91%. The checklist blocks that did not reach the 90% agreement rate were reformulated based on the experts'

suggestions. Thus, the checklist was forwarded for the second round of evaluation. The average CVI calculation for clarity was 95% and for relevance was 96% agreement. The final version of the instrument was obtained with two rounds of content validation. **Practical Implications:** the validated discharge checklist is a tool for standardizing the care transition process. The standardization of these processes avoids miscommunication, improves teamwork, and ensures that the patient's needs for discharge are organized during hospitalization and continue after de-hospitalization. **Product:** the final product is the checklist for hospital discharge, elaborated and validated. It will be used by the discharge management team of a tertiary hospital in the south of the country.

Technical product 04: non-patentable material.

Descriptors: Transitional care. Patient Discharge. Continuity of patient care. Checklist. Nursing.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO PARA A COMUNIDADE

A transição de cuidado para a alta do paciente hospitalizado reúne várias etapas que estão relacionadas e são dependentes umas das outras. Seguir todas essas etapas é o que garante o sucesso das transições. O planejamento da alta é o primeiro passo para que a transição de cuidado se inicie da melhor forma.

O trabalho multidisciplinar, a comunicação adequada das informações, a educação do paciente e familiares, a continuidade do cuidado pós-alta pela atenção primária à saúde ou por outro serviço, são elementos essenciais para que as transições de cuidado ocorram com qualidade e ofereçam segurança aos pacientes.

A transição de cuidado tem vários benefícios, entre os principais, estão a diminuição do tempo de internação e das reinternações em 30 dias. Quando o planejamento da alta e o preparo do paciente e dos familiares ocorrem desde o momento da internação, com a participação ativa da equipe multidisciplinar e com a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção, esse paciente deixa o hospital no tempo certo, sem aumentar os dias de internação, e também, tem menores riscos de reinternação.

Esse processo de desospitalização precisa ser padronizado para auxiliar as equipes na organização dos cuidados necessários ao longo da internação e o uso de ferramentas, como *checklists,* contribuem nesse processo, pois podem auxiliar na qualificação da assistência prestada ao paciente. Por isso, tornou-se necessária a elaboração e validação de um *checklist* para a alta hospitalar.

Este trabalho apresenta o *checklist* para alta hospitalar de pacientes adultos e idosos, que é um dos produtos da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem, UFCSPA. Ele é uma ferramenta de trabalho, que será utilizado pela equipe de gestão de altas do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição para auxiliar no processo de transição de cuidados dos pacientes com alto risco de reinternação.

A equipe de gestão de altas faz a articulação entre as equipes multidisciplinares do hospital e entre o hospital e a rede de atenção à saúde, e o *checklist* irá contribuir para esse trabalho. A padronização desses processos evita falhas de comunicação, melhora o trabalho em equipe e garante que as necessidades do paciente para alta sejam organizadas durante a internação e tenham continuidade após a alta.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figure 1 - Representação gráfica de ponte com componentes essenciais para transição do cuidado 20

Gráfico 1 - Demandas para transição do cuidado pós- alta 40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos pacientes que receberam cuidados de transição na alta hospitalar 39
Quadro 2 - Outros vínculos com os serviços de saúde após a alta de pacientes adultos e idosos do HNSC, realizados em 2019. 41
Quadro 3 - Principais cidades e a efetividade dos acompanhamentos pactuados após 30 dias da alta 41
Quadro 4 - Taxas de reinternação e óbito após 30 dias da alta hospitalar 42
Quadro 5 - Desfechos versus acompanhamentos efetivados em 30 dias após a alta 42
Quadro 6 - Perfil dos profissionais que participaram da fase das entrevistas 43
Quadro 7 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após teste piloto 55
Quadro 8 - Perfil dos profissionais que participaram da primeira rodada de validação 56
Quadro 9 - Taxa de concordância da primeira rodada de validação de conteúdo 57
Quadro 10 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após a 1ª rodada de validação de conteúdo 60
Quadro 11 - Perfil dos profissionais que participaram da segunda rodada de validação 63
Quadro 12 - Cálculo do IVC da segunda rodada de validação de conteúdo 64
Quadro 13 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após a 2ª rodada de validação de conteúdo 67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 18
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA 19
3.1 Transição do cuidado na alta hospitalar 19
3.2 Uso de checklist no processo de transição de cuidados 22
3.3 Continuidade do cuidado pós-alta 23
3.4 Benefícios das transições de cuidado 25
3.5 O papel do enfermeiro na transição de cuidado 27
4 MÉTODO 30
4.1 Delineamento 30
4.2 Local do estudo 30
4.3 Elaboração do instrumento 31
4.3.1 Logística para a elaboração do *checklist* 31
4.4 Validação de conteúdo do instrumento 33
4.4.1 Participantes 33
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão 33
4.4.3 Logística para validação de conteúdo do *checklist* 34
4.5 Aspectos éticos 35
5 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO 37
5.1 – Elaboração do checklist para a alta hospitalar 37
5.1.1 Transição do cuidado em um hospital terciário do Sul do Brasil 37
5.1.2 – Visão dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre o processo de alta hospitalar e transição do cuidado 43
5.1.2.1- Processo de alta hospitalar na transição de cuidado 44
5.1.2.2 - Facilidades no processo de alta 47
5.1.2.3 - Desafios no processo de alta 49
5.1.2.4 - Cuidados essenciais para elaboração de um checklist para alta hospitalar 52
5.1.3 – Elaboração da primeira versão do *checklist* 54
5.2 – Validação de conteúdo do checklist 54
5.2.1 – Teste piloto 55

5.2.2 – Primeira rodada da validação.....56
5.2.3 – Segunda rodada da validação.....63
5.3 Produto.....68
6 APLICABILIDADE 73
REFERÊNCIAS.....74
APÊNDICE 1 – Formulário para coleta de dados.....80
APÊNDICE 2 – Roteiro para as entrevistas semiestruturadas 81
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -Elaboração do *checklist*.....82
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Validação do *checklist*.....84
APÊNDICE 5 – Primeira versão do checklist 86
APÊNDICE 6 – Segunda versão do checklist.....90

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos grandes desafios frente às demandas na área da saúde é a gestão dos leitos hospitalares, que está relacionada a grande busca por atendimento hospitalar e a escassez de leitos. O número de internações no Brasil nos últimos cinco anos, entre a população acima de 20 anos, aumentou aproximadamente 8,7%[1]. Essa mesma população ocupa a maior parte dos leitos hospitalares e tem como principais causas de internações as doenças do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, lesões por envenenamento ou por causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório[1]. A população adulta e idosa, têm maiores taxas de reinternações em comparação com as faixas etárias inferiores[2]. Condições crônicas como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes podem levar ao aumento do tempo de internação e do risco de reinternação em 30 dias[2,3]. Além disso, o tempo de internação prolongado está relacionado ao aumento das chances de readmissões[3].

As reinternações hospitalares não planejadas em até 30 dias e, principalmente nos primeiros sete dias pós-alta, podem ser vistas como falhas na organização das equipes de saúde, possivelmente pelo fato de ter sido uma alta precoce ou pelo seu planejamento ineficiente[4]. O custo das readmissões não planejadas, nos Estados Unidos, chegaram a ser de 15 à 20 bilhões de dólares por ano[5]. Nesse mesmo país, em 2007, 21,5% dos pacientes, reinternaram em 30 dias, mas essas taxas caíram ao longo dos anos, para 17,8% em 2015[6]. Essa queda está relacionada a criação do programa de redução de readmissões em hospitais, criado em 2012, que penaliza hospitais com taxas de reinternação em 30 dias acima do esperado, para algumas condições clínicas[6]. Pesquisas sobre reinternação em 30 dias realizadas no Brasil encontraram taxas de 12,4 e 14,2%[2,7].

Dessa forma, a diminuição do tempo de internação, que é um indicador de desempenho e qualidade hospitalar[8,9], e a diminuição das taxas de reinternações, são estratégias importantes para a gestão dos leitos hospitalares, bem como para a redução dos gastos em saúde e podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes[5].

A escassez de leitos hospitalares não está relacionada apenas ao aumento da oferta de leitos, mas também ao uso de ferramentas de gestão por profissionais capacitados para tal função[9]. Por tudo isso, percebe-se a necessidade de intervenções que auxiliem na organização adequada para a alta hospitalar,

envolvendo equipes multidisciplinares, o paciente, a família e as redes de apoio, objetivando a redução do tempo de internação e das taxas de reinternações.

Neste contexto, a transição do cuidado surge como uma estratégia para melhorar esta realidade. A transição do cuidado é caracterizada por intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde[4,10]. Cada vez que o paciente é transferido de equipe, setor ou ambiente de saúde considera-se uma transição, ou seja, ela pode acontecer entre equipes de um mesmo hospital, de hospitais diferentes e também entre equipes do hospital e atenção primária à saúde (APS) ou atenção domiciliar. A transição do cuidado pós-alta é caracterizada como um conjunto de ações que coordenam e dão continuidade aos cuidados necessários ao paciente fora do ambiente hospitalar[4,11].

Uma transição bem projetada, com resultados mais eficazes, é aquela que provem de intervenções combinadas e compartilhadas entre ambientes hospitalares e ambulatoriais, proporcionando uma transição segura e antecipada dos pacientes para outro nível de atendimento[4,12,13].

No entanto, o processo de alta hospitalar é amplo e complexo, pois é necessário considerar muitos fatores decisivos para a alta. O planejamento da alta, a estruturação e organização da família/cuidadores e o suporte das redes de atenção à saúde para a continuidade do cuidado, é o que caracteriza uma alta qualificada. Esse planejamento deve iniciar a partir da internação do paciente e deve seguir um processo padronizado para que as transições sejam seguras, garantindo que o paciente deixe o hospital no momento apropriado e com a organização adequada das suas necessidades pós-alta[10,11,14].

A partir de um planejamento padronizado de alta é possível identificar e definir os tipos de cuidados e de acompanhamento o paciente irá precisar depois que sair do hospital. Consultas ambulatoriais precoces (até 7 dias após a alta)[12,15], alta com serviços de atenção domiciliar (SAD)[16], ligações telefônicas e visitas domiciliares (VD) efetivadas entre 24 a 72 h[11,12,17], são alguns acompanhamentos realizados para a continuidade do cuidado pós-alta.

Hospitais de vários países vêm organizando equipes específicas para gestão de altas[18–20]. Essas equipes são multidisciplinares e visam auxiliar na organização da alta hospitalar, servindo de ligação entre os profissionais, os pacientes e as redes de apoio à saúde[20]. Em países, como no Canadá e na Espanha, existem enfermeiros responsáveis pela coordenação da alta, chamados de enfermeiros de transição,

gestores de casos ou enfermeiros de continuidade do cuidado[18,19]. Em um hospital terciário do município de Porto Alegre-RS, em 2017, houve a implantação de uma equipe de gestão de altas, que tem como objetivos diminuir do tempo de internação hospitalar, monitorar as reinternações não-eletivas em 30 dias e a melhorar a qualidade assistencial[20].

Sendo tudo isso exposto, verifica-se a necessidade de elaboração de um *checklist* para a alta hospitalar de pacientes adultos e idosos a fim de auxiliar as equipes no preparo desses pacientes e de suas famílias para a desospitalização, bem como, organizar a transferência dos cuidados aos demais serviços da rede de saúde. Autores afirmam que *checklists* para a alta garantem a segurança das transições de cuidados[10]. Ele deve ser preenchido durante a internação, identificando os cuidados que o paciente irá necessitar e, a partir disso, orientar o paciente e a família e articular com a rede de saúde a continuidade de cuidados pós-alta.

Quando os cuidados de saúde são orientados ao longo da internação, não apenas no dia da alta, e com o suporte das redes de apoio, o paciente receberá uma alta segura e no momento certo, com a possibilidade de diminuir os riscos de reinternação e sem aumentar o seu tempo de internação. Portanto, esse trabalho contribui para a qualificação da alta hospitalar e da continuidade do cuidado pós-alta.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar um *checklist* para a alta hospitalar de pacientes adultos e idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Apresentar o impacto da transição de cuidado nas reinternações hospitalares e nos óbitos;
- ✓ Identificar facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais das equipes multidisciplinares no processo de alta hospitalar;
- ✓ Descrever as etapas de elaboração do *checklist*;
- ✓ Descrever o processo de validação de conteúdo do *checklist.*

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo foi construído com base no processo de transição de cuidado para a desospitalização de pacientes adultos e idosos, sendo organizado em tópicos que abordam: Transição do cuidado na alta hospitalar; Uso de *checklist* no processo de transição de cuidados**;** Continuidade do cuidado pós-alta; Benefícios das transições de cuidados e; Papel do enfermeiro nas transições.

3.1 Transição do cuidado na alta hospitalar

A alta hospitalar e as transições de cuidados são processos complexos e estão relacionados[21,22]. Existem componentes essenciais para a transição do cuidado, que podem ser ilustrados em formato de ponte (FIGURA 1). Esses componentes podem ser chamados de domínios e abrangem o planejamento da alta, a comunicação completa das informações, a segurança dos medicamentos, a educação do paciente, o apoio social e comunitário, o monitoramento após a alta e o acompanhamento ambulatorial[12], que articulados promovem a segurança do paciente. Entretanto, a falta de um dos componentes deixa a ponte mais fraca e menos segura, implicando em uma transição ineficiente e com resultados insatisfatórios[12].

Figure 1 - Representação gráfica de ponte com componentes essenciais para transição do cuidado

Fonte: Adaptado de Burke, et al[12]

Autores afirmam que o planejamento da alta deve iniciar a partir da internação do paciente para evitar que falhas na sua organização possam afetar os cuidados subsequentes necessários ao paciente[11,12,22]. É ainda durante a internação que todos os profissionais envolvidos no cuidado devem avaliar as necessidades de saúde e de assistência social do paciente[11], contribuindo assim, para que a desospitalização ocorra no tempo planejado. Uma alta ineficaz pode prejudicar seriamente a sua qualidade e a segurança do paciente[21].

A transição do hospital para o domicílio é um momento delicado tanto para o paciente quanto para sua família e é nesse período que ele está mais propenso a eventos adversos, que ocorrem normalmente por erros envolvendo medicamentos e por falhas de comunicação[4,10].

Em vista disso, a realização da reconciliação medicamentosa é uma atividade muito importante para ajustar os medicamentos às mudanças ocorridas durante a hospitalização, devendo ser realizada no momento da admissão e da alta[10,12,23]. E ainda, as orientações sobre o uso das medicações também são essenciais para evitar o risco de eventos adversos e precisam ocorrer ainda durante a internação, não apenas no dia da alta[10,12].

Quando o risco de eventos adversos está relacionado à comunicação, uma dificuldade comum encontrada é em relação às notas de altas. Normalmente elas

estão incompletas, com discrepâncias entre os cuidados necessários e os prestados[21] e também com falhas em relação às necessidades específicas e particulares de cada paciente no momento de transição[23]. Uma pesquisa que analisou notas de altas, trouxe em seus resultados que 13% delas foram classificadas como ruins ou moderadas por estarem incompletas[21]. Transições eficazes requerem comunicação clara e inequívoca[24], que possibilite uma continuidade do cuidado qualificada, e para isso ocorrer é necessário que as notas de altas sejam concisas, com informações sobre diagnósticos, medicações e plano de cuidados[21,24]. A clareza e a organização das informações são tão importantes quanto o conteúdo para garantir a comunicação completa dessas informações, pois os profissionais que atenderão o paciente devem, ao acessar o resumo de alta, entender qual é a condição de saúde da pessoa, quais os medicamentos e quais os cuidados necessários no pós-alta[11,12].

Ainda em relação à comunicação, existem outras formas de aperfeiçoá-la nesse momento de transição de cuidados pós-alta. A comunicação através do contato telefônico entre equipes do hospital com a APS, é uma estratégia para complementar as informações sobre o paciente que estarão na nota de alta[25], pois, nesse momento a equipe que atenderá o paciente no pós-alta poderá ficar com dúvidas que poderão ser sanadas instantaneamente pela equipe hospitalar. Sistemas de informação que façam intercâmbio entre o atendimento hospitalar e a APS, também facilitam a troca de informações entre os níveis de atenção à saúde, contribuindo para a qualificação das transições de cuidados[22,24].

A padronização do processo de alta é uma estratégia que pode reduzir falhas, como a falta de informações, e melhorar as transições de cuidados[21,24]. Quando não existem fluxos ou mecanismos definidos para a transferência dessas informações, muitas podem ser perdidas ao longo do atendimento ocasionando deficiência na transição do cuidado com danos ao paciente por falhas de comunicação, aumento dos custos e atrasos na resolução dos problemas[19]. Autores sugerem a criação de ferramentas para sistematizar a alta hospitalar, como por exemplo um sumário de alta, ou um guia de cuidados para ser consultado em casa[10,26,27].

Outra ferramenta que contribui para a padronização dos processos é o uso de *checklist,* o qual está descrito na sessão a seguir.

3.2 Uso de checklist no processo de transição de cuidados

As altas hospitalares são, frequentemente, mal planejadas e não padronizadas, o que retarda o fluxo de saída dos pacientes, sobrecarregando os recursos hospitalares e, principalmente, colocando os pacientes em risco de eventos adversos pós-alta e aumentando o risco de reinternação precoce[28,29].

Essas falhas e riscos podem ser amenizados com a melhora da comunicação através da padronização das atividades que envolvem o preparo para a alta e para a transição de cuidados. Soong et al[10] afirma que um processo de alta padronizado e baseado em evidências é muito importante para que as transições sejam seguras.

Por tudo isso, o uso de *checklist* para alta como ferramenta para sistematizar o trabalho, auxilia na padronização de boas práticas para a continuidade do cuidado, previne lapsos de memória, reduzindo assim, o risco de eventos adversos[30].

A participação multidisciplinar é essencial na construção e na utilização desses instrumentos[28–30]. Contudo, a sua utilização pode ser coordenada por um profissional responsável que, na maioria das vezes, é um enfermeiro[28,29].

Para garantir que todos os cuidados necessários, para o preparo da alta e da transição de cuidados, sejam realizados em tempo hábil, o *checklist* deve ser utilizado no mínimo 24 a 48 horas antes do dia da alta[28]. Além disso, prever uma data para a alta também é importante para o seu planejamento. Tanto a previsão quanto o planejamento da alta devem ser revistos diariamente nas reuniões multidisciplinares que ocorrem durante a internação[10,28].

De acordo com estudos, existem alguns itens fundamentais que devem constar no *checklist* para a alta. Itens que indiquem a educação do paciente e dos familiares em relação aos cuidados (com sondas, curativos, oxigênio) e sobre o uso de medicamentos são os que mais se destacam entre os estudos[10,28–30]. Verificar o suporte social do paciente[30], sinalizar e encaminhar para a rede de atenção à saúde a necessidade de acompanhamento para a continuidade de cuidado, também são itens que devem estar presentes no *checklist*[10,28–30].

Os *checklists* são instrumentos que sistematizam o trabalho, qualificam a assistência, melhoram a comunicação e previnem erros, garantido que as transições de cuidado ocorram com segurança.

3.3 Continuidade do cuidado pós-alta

A utilização de estratégias para a transição de cuidados pós-alta, para que seja assegurada a continuidade do atendimento ao paciente, trazem resultados positivos como maior satisfação dos pacientes, redução das reinternações, das visitas a emergência e dos custos em saúde.

Uma das estratégias é o agendamento de consultas ambulatoriais. Autores afirmam que as consultas pós-alta são cruciais para ocorrerem transições ideais[12,31] e reduzirem o risco de reinternação[31]. Além disso, enfatizam que elas devem acontecer em sete dias[15,25], ou antes, para pacientes mais graves, com alto risco de reinternação[12,25]. Um estudo destacou que o acompanhamento em sete dias esteve associado a redução das readmissões entre os pacientes com maior complexidade clínica e maior risco de readmissão, enquanto que entre os pacientes com nenhuma ou apenas uma condição crônica ou aguda, o atendimento precoce não fez diferença nas reinternações[31]. As consultas podem ser realizadas por médicos ou ainda por enfermeiros capacitados, assim, o paciente é acompanhando ambulatorialmente por dois profissionais[15].

Ligações telefônicas e VDs também são atividades realizadas para a continuidade do cuidado pós-alta e auxiliam na redução da procura pelo atendimento hospitalar[11,12]. As ligações telefônicas podem ser realizadas por qualquer profissional da equipe multidisciplinar[32,33], idealmente de 24 a 72 horas após a alta para obter maiores resultados positivos[11,12,17,32]. Essa estratégia tem como objetivos auxiliar no autogerenciamento do paciente, garantir que o plano de cuidados esteja sendo seguido, verificar a aderência aos medicamentos, tirar dúvidas, identificar e resolver problemas[17,32–34]. Uma pesquisa evidenciou que 56% dos paciente contatados por telefone apresentaram algum sintoma ou agravo depois da alta e desses problemas detectados, 68% foram gerenciados durante a ligação, sem a necessidade de outros atendimentos, o restante dos pacientes (32%) precisaram retornar a emergência ou receber orientações de enfermagem(32).

As VDs também são estratégias que contribuem para transições seguras. Elas podem ser realizadas em até sete dias depois da alta, conforme a complexidade do paciente[17,34] e o tempo de seguimento das visitas também é definido de acordo com a sua necessidade[35]. As VDs permitem a avaliação clínica, social e ambiental, bem

como, reconciliação medicamentosa e orientações sobre os cuidados ao paciente e seus familiares[12,17,34,35]. É também nesse momento que é realizado o monitoramento de sintomas novos ou agravantes, detectando e tratando problemas antes que seja necessário a procura do hospital[12].

Alguns estudos tiveram melhores resultados com a associação entre as ligações telefônicas e as VDs nas transições de cuidados, pois foram mais eficazes na redução das reinternações[17,36]. Dessa forma, percebe-se que nenhuma intervenção isolada tem resultados tão satisfatórios quanto a associação das intervenções, tornando assim, as transições de cuidado mais seguras e com maior possibilidade de sucesso[12,17,36].

Os SADs que realizam atendimentos hospitalares em casa também são opções para garantir a continuidade do cuidado. Essas equipes multiprofissionais elaboram planos de cuidados individualizados, centrados no paciente, e realizam cuidados como monitoramento das doenças, sinais vitais, infusões intravenosas, tratamento de feridas, educação e saúde[16,37]. Normalmente a primeira avaliação é realizada pelo médico e enfermeiro, sendo eles quem definem a necessidade de atendimento pelos outros profissionais da equipe[37]. A equipe de enfermagem pode visitar os pacientes uma ou mais vezes ao dia, conforme a necessidade de cuidado[16]. Pesquisas tiveram como resultados a redução das reinternações e visitas a emergências. Uma delas mostrou que 8,6% dos pacientes que tiveram acompanhamento dessas equipes reinternaram e 5,8% tiveram alguma visita à emergência, enquanto que os pacientes que não receberam esse acompanhamento, 15,6% reinternaram e 11,7% visitaram emergências depois da alta[16]. Além disso, estima-se uma economia de U$$ 4,7 milhões para o sistema público de saúde[37].

O uso da tecnologia nos serviços de saúde vem ganhando espaço e tem grande potencial para contribuir com melhorias na qualidade dos atendimentos e das transições de cuidados. Como exemplos podem ser citados a criação de softwares[4] e também, a utilização da inovação tecnológica de big data[38]. São utilizados softwares com ferramentas para identificar pacientes com risco de reinternação, que disparam alertas para a equipe médica para que seja organizada a continuidade do atendimento pós-alta[4]. Uma pesquisa utilizou essa tecnologia de big data, em que alertas sobre a alta do paciente eram automaticamente enviados, dentro de 24 horas, para o e-mail da coordenação do serviço de referência do paciente. Depois disso, em até 48 horas, a equipe de referência realizava ligações telefônicas de

acompanhamento, com avaliações sociais e de saúde. Esse sistema melhorou a comunicação entre o hospital e a comunidade, fornecendo informações relevantes e acionáveis entre os diferentes níveis de atenção à saúde[38].

O telemonitoramento, que auxilia as equipes de saúde a supervisionar o autogerenciamento dos pacientes depois da alta, buscando melhores resultados para a sua saúde, é visto como um método promissor para melhorar a qualidade da transição do hospital para casa[39]. Um deles instalou um sistema de monitoramento de medicamentos, na casa de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), que emitia um aviso no horário das medicações e, caso fosse detectado que o medicamento não havia sido tomado, um profissional entrava em contato com o paciente ou familiar[39]. Além desse exemplo, pode-se citar a utilização de aplicativos móveis para complementar o acompanhamento pós-alta. Uma pesquisa, com pacientes estomizados, teve como seu grupo intervenção pacientes, que além das consultas ambulatoriais, tiveram o acompanhamento domiciliar por meio de um aplicativo de celular. Esses pacientes puderam marcar consultas, tirar dúvidas e mandar fotos pelo aplicativo. Os pesquisadores concluíram que o nível de ajuste psicossocial e o escorre de auto eficácia do grupo intervenção foi maior em relação ao grupo controle, e ainda, a incidência de complicações foram menores e diminuíram ainda mais ao longo de seis meses de acompanhamento no grupo intervenção[40].

3.4 Benefícios das transições de cuidado

A transição de cuidado, com o preparo do paciente para a alta e para o seu pós-alta, traz vários resultados positivos tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde. Muitos estudos evidenciaram como resultados satisfatórios das transições a redução das reinternações[41–43] e das visitas à emergência[43], diminuição da mortalidade[35,44] e dos custos hospitalares[43,45], melhora da qualidade de vida[46] e redução de eventos adversos[33,45].

A redução das readmissões hospitalares é um indicador de qualidade assistencial, porém, alguns fatores que influenciam nas reinternações podem não estar sob controle do hospital, pois a realidade do paciente após a alta é um determinante importante para readmissão[12]. Por tudo isso, as intervenções de

transição do cuidado, que iniciam ainda no ambiente hospitalar são essenciais e precisam ser bem sucedidas para auxiliarem na redução das reinternações[12].

De acordo com algumas pesquisas, as principais características de pacientes reinternadores são a idade acima de 20 anos[2,43] e as doenças do aparelho circulatório[2,41,42]. Um estudo com pacientes portadores de doenças crônicas como IC, infarto agudo do miocárdio (IAM), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumopatias, obteve como resultado um risco de readmissão em 30 dias, 25% menor no grupo de intervenção, o qual estava incluído em um programa de transição[41]; outra pesquisa que mostra essa redução em 30 dias, mas em pacientes com doença cardíaca coronariana que receberam cuidados de transição, foi 5,1% de reinternações versus 16,1% do grupo controle (sem cuidados de transição) e, em 90 dias, 8,5% de reinternações versus 20,3% do grupo controle[42]. Outro estudo, mas com a população idosa que foi orientada na alta por um enfermeiro, um geriatra e um farmacêutico e que no pós-alta, recebeu ligações ou VDs de um farmacêutico, teve 9,2% de reinternações enquanto que o grupo controle teve 19,6%, e 12,6% visitas à emergência versus 24,9% visitas no grupo controle[43].

Em relação à diminuição da mortalidade, uma pesquisa encontrou uma taxa de mortalidade significativamente menor, sendo de 1,1% entre 31 à 60 dias após a alta no grupo de pacientes que receberam cuidados de transição, enquanto que no grupo controle essa taxa foi de 1,6%[44]. Na população idosa essa redução também foi encontrada, com taxas de mortalidade de 25,2% no grupo intervenção versus 30,9% no grupo controle[35].

Quanto aos custos, evidências confirmam que os pacientes que receberam cuidados de transição tiveram declínio nos seus custos totais[43,45]. Estudo apontou uma redução de U$$ 5652 para cada readmissão evitada[45], provavelmente essa diminuição dos gastos em saúde está relacionada ao fato de que esses pacientes visitam menos as emergências e também reinternam menos por estarem sendo acompanhados após a alta por equipes preparadas para essa atividade.

Pacientes incluídos em programas de transição de cuidados, aumentaram o cumprimento dos cuidados básicos pós-alta[45] e melhoraram a qualidade de vida, com a redução dos sintomas de depressão e dispneia[46]. A diminuição de eventos adversos foi detectada em grupos de pacientes que receberam orientações claras e objetivas sobre a doença e sobre o uso de medicamentos durante a internação e depois da alta[33,45]. Um grupo de pacientes que recebeu reconciliação

medicamentosa por farmacêutico antes da alta e telefonemas pós-alta, tiveram 8% de eventos relacionados à medicamentos ou erros de medicações, em relação à 12,8% de eventos encontrados no grupo de pacientes que não recebeu reconciliação medicamentosa em nenhum momento[33].

3.5 O papel do enfermeiro na transição de cuidado

Em alguns países existem enfermeiros que são responsáveis pela coordenação da alta hospitalar, acompanhando a equipe multiprofissional em relação ao cuidado prestado, estabelecendo um plano de cuidados individualizado junto ao paciente e família e transferindo essas informações do hospital para a APS[18,19]. Esses enfermeiros são chamados de enfermeiros de transição, enfermeiros hospitalistas de enlace, gestores de casos ou enfermeiros de continuidade de cuidados. Eles são solicitados para avaliar a necessidade do paciente receber cuidados de transição e ocorre através da busca ativa de pacientes a partir da análise de prontuário, no momento dos rounds multidisciplinares e por meio do contato direto da equipe assistente com o enfermeiro[18,19].

Estudos afirmam que a elaboração de um plano de alta requer trabalho interdisciplinar[26] e pode ser construído pelo enfermeiro, com a colaboração dos demais profissionais envolvidos no cuidado[47]. Uma revisão integrativa identificou que mais da metade dos artigos selecionados mostraram que o planejamento da alta foi realizado por enfermeiros, em conjunto com a equipe multidisciplinar, o paciente e a família[14]. No entanto, uma pesquisa realizada no Brasil com enfermeiros de unidades de internação, em relação a suas atividades, mostrou que o planejamento da alta em equipe e a elaboração de um plano de alta foram identificadas como atividades pouco realizadas pelos enfermeiros[48]. Outro estudo também identificou que o enfermeiro, no Brasil, não está envolvido com o planejamento da alta de forma sistemática[26]. Entre os participantes, 81% relataram que receberam orientações somente pelo médico ou por ele em conjunto com outros profissionais[26]. Sabe-se que no Brasil o processo de transição do cuidado para desospitalização ainda está ganhando força, enquanto que em outros países já existem enfermeiros coordenando essa atividade. Autores afirmam que a dedicação do enfermeiro em muitas atividades administrativas

vêm afetando a sua participação no processo de transição do cuidado para a desospitalização[47]. Sendo assim, as atribuições dos enfermeiros precisam ser reorganizadas e a sua participação no planejamento da alta precisa ser ampliada para a melhoria das transições de cuidado, garantindo a qualidade da alta e a segurança do paciente após a sua saída do hospital.

O enfermeiro nas transições de cuidados tem um papel fundamental nas atividades de educação e saúde. Autores afirmam que o processo de “educar em saúde” é uma das principais intervenções do enfermeiro[47] e durante esse momento além de ensinar, é preciso detectar características do paciente e da família e o seu entendimento, identificando os fatores que podem levar a riscos como a compreensão sobre os medicamentos e limitações de funcionalidade[27]. Em torno de 60% dos enfermeiros realizam sempre ou frequentemente atividades de educação e saúde[48] e entre elas podem ser destacadas as orientações sobre dispositivos médicos (sondas, drenos, curativos), sobre a administração de medicamentos, alimentação, autocuidado e informações sobre a doença[14,48,49]. A reconciliação medicamentosa também é realizada pelo enfermeiro e deve ser feita na admissão, comparando os medicamentos que o paciente usava previamente com os que estão em uso no hospital[14], e após a alta, para evitar que o paciente faça uso de medicações suspensas durante a internação. Assim, a educação continuada é fundamental para que as metas de tratamento sejam alcançadas[49].

O enfermeiro é reconhecido por ser um elo entre os pacientes e os demais profissionais da equipe de cuidado, bem como, entre os próprios profissionais das equipes[47] e nas atividades de transição do cuidado isso não é diferente. Os enfermeiros de continuidade do cuidado são os principais articuladores entre os diferentes profissionais das equipes e também entre os níveis de atenção à saúde[18,19]. Normalmente são eles quem transferem as informações da alta para os serviços de saúde através de contato telefônico e/ou por correio eletrônico[14,18], podendo ocorrer no dia na alta ou 24 à 48 horas antes[18]. O conhecimento do enfermeiro em relação a rede de atenção à saúde é essencial para que o encaminhamento e o vínculo após a alta sejam garantidos pois, o paciente e a família podem seguir com dúvidas, incertezas e medos e o apoio da rede é fundamental para a continuidade do cuidado e o sucesso da desospitalização[47].

De acordo com um estudo, cerca de 52% dos enfermeiros de unidades de internações hospitalares orientam os pacientes a seguir acompanhamento com a

APS, porém mais da metade deles não comunicam a equipe de referência sobre a alta[48]. Esses resultados reafirmam a necessidade do maior envolvimento dos enfermeiros na transição do cuidado e isso pode ser conseguido com a reorganização de suas tarefas para que tenham maior disponibilidade para essa atividade ou com a criação de equipes específicas para a gestão de altas.

O acompanhamento domiciliar após a alta também é uma das atividades dos enfermeiros de transição do cuidado[14,49]. Esse acompanhamento é realizado com VDs ou telefonemas que permitem avaliações e intervenções conforme a necessidade do paciente[14,49]. Um guideline[11] sobre transição orienta que um médico ou enfermeiro deve visitar ou telefonar para o paciente dentro de 24 a 72 horas após a alta.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Tratou-se de um estudo metodológico para elaboração e validação do conteúdo de um *checklist* para a alta hospitalar de pacientes adultos e idosos. Estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Através desse tipo de metodologia, o pesquisador tem como objetivo a elaboração de um instrumento confiável e preciso, que possa ser utilizado por outros pesquisadores[50].

O estudo foi realizado em duas etapas, a elaboração e a validação do *checklist*. A elaboração do *checklist,* constituída por três fases, sendo elas: descrição dos resultados das atividades da equipe de gestão de altas de um hospital terciário e da identificação do perfil dos pacientes que recebem cuidados de transição; realização de entrevistas com profissionais da equipe multidisciplinar com a identificação das facilidades e dos desafios em relação à alta hospitalar e a transição de cuidado pós-alta; e, ainda, leitura e análise de estudos[28–30] que abordaram transição de cuidado e utilização de *checklists*.

A segunda etapa foi a validação de conteúdo do *checklist*, com a utilização da Técnica Delphi, que consiste no julgamento do instrumento por experts, também chamados de juízes, especialistas ou peritos. Essa técnica busca obter o consenso de opiniões do grupo de experts sobre um determinado tema e baseia-se no pressuposto de que o conhecimento e experiência de um grupo, com julgamento coletivo, é melhor que a opinião de um só indivíduo ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos[51].

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), referência no atendimento do sistema único de saúde (SUS).

O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e é a maior rede pública de hospitais do sul do país, com atendimento 100% SUS. É composto por quatro hospitais (HNSC, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Moacir Scliar), 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de atenção psicossocial e a escola do GHC[52].

O HNSC é a maior unidade do grupo e oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, emergência e internação. Oferece 784 leitos e cerca de 25 mil pacientes são internados por ano, sendo 54,39% de Porto Alegre e 33,75% da região metropolitana[52].

Entre as equipes que atuam no HNSC, a escolhida para participar do estudo foi a da Medicina Interna (MEI). A escolha pela MEI foi devido ao perfil dos pacientes internados para essa equipe, os quais são adultos, na sua maioria idosos, com várias comorbidades e que são reinternadores ou possuem alto risco de reinternação.

A equipe da MEI é composta por 17 equipes médicas, onze equipes fazem parte da residência médica em Medicina Interna e seis equipes são de médicos contratados que não são acompanhados por residentes. Os pacientes internados para a MEI ficam distribuídos entre seis unidades de internações e são acompanhados por profissionais que compõe a equipe multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e farmacêuticos).

4.3 Elaboração do instrumento

4.3.1 Logística para a elaboração do *checklist*

A elaboração do instrumento foi realizada em três fases.

A **primeira fase** trata-se de um estudo longitudinal. Utilizou-se dados primários extraídos do banco de dados da equipe de gestão de altas, sendo a amostra composta

por todos os registros de pacientes que receberam cuidados de transição na alta hospitalar no HNSC no ano de 2019. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário construído no *Microsoft Excel*® (APÊNDICE 1), formado pelas seguintes variáveis: idade, sexo, cidade, especialidade médica, tempo de internação, tipo de acompanhamento após a alta, acompanhamento pactuado após 30 dias da alta, outro vínculo realizado; e como desfecho: reinternação e óbito após 30 dias da alta. A coleta e a análise dos dados ocorreram no mês de dezembro de 2020. Os dados foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Para a análise estatística foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson, seguido do Teste Z de comparação de proporções com ajuste de Bonferroni.

A **segunda fase** foi qualitativa e descritiva, através da realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multidisciplinar. O grupo de participantes para a fase de elaboração do *checklist* foi composto por profissionais da equipe multidisciplinar da MEI do HNSC.

A amostra foi do tipo intencional, por conveniência. Foram convidados, pelo menos, um profissional de cada categoria entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e fonoaudiólogos. Os critérios de inclusão dos participantes foram: profissionais que participassem de rounds multidisciplinares da equipe da MEI do HNSC, estar trabalhando há pelo menos seis meses na instituição e conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe de gestão de altas do HNSC.

Como critério de exclusão foi estabelecido: estagiários de graduação das equipes multidisciplinares.

Após a seleção dos participantes foi feito o convite, em um primeiro contato telefônico ou presencial. Para os profissionais que aceitaram participar, foi encaminhado via e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esse, reencaminhado às pesquisadoras devidamente assinado pelo profissional. Após esse retorno, foram agendadas entrevistas individuais, via G*oogle Meet*, fora do seu horário de trabalho. Foi utilizado um roteiro de perguntas (APÊNDICE 2) sobre dificuldades e facilidades para o processo de alta e transição de cuidados pós-alta, envolvimento do paciente e da família nesse processo e informações essenciais para elaboração de um *checklist* para alta hospitalar.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. A análise das entrevistas seguiu o critério de saturação dos dados, que ocorre quando as

informações começam a se repetir e isso normalmente ocorre com amostras pequenas[50]. Desse modo, a amostra final foi de oito profissionais de saúde.

A análise dos dados foi feita pelo método de análise temática[53] para a descrição sistemática das falas dos entrevistados. Esse método é composto pelas seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação[53]. Os entrevistados foram identificados pelo número na ordem das entrevistas, sendo como códigos “E1, E2...”.

Na **terceira fase** foi construída a primeira versão do *checklist* para alta hospitalar que ocorreu a partir da compilação dos resultados das fases anteriores e da leitura e análise de estudos que abordaram o tema transição de cuidado e utilização de *checklist.*

4.4 Validação de conteúdo do instrumento

4.4.1 Participantes

Fizeram parte do grupo de validação do *checklist*, profissionais especialistas em relação à temática da pesquisa.

A amostra foi do tipo intencional, por conveniência e com análise das produções no currículo lattes de pesquisadores nacionais. Foram incluídos profissionais das diferentes categorias que fazem parte da equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e fonoaudiólogos.

A amostra inicial do estudo foi de 20 participantes. Na Técnica Delphi não há quantidade definida pois o sucesso está relacionado à qualificação dos participantes[51].

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para o processo de validação do *checklist*, os critérios de inclusão dos especialistas foram: profissionais com publicação referente à temática da pesquisa ou que realizem atividades de transição de cuidados ou planejamento e organização de altas hospitalares no seu trabalho diário.

Não há critérios de exclusão.

4.4.3 Logística para validação de conteúdo do *checklist*

Após a elaboração da primeira versão do *checklist,* foi realizada a estruturação do formulário de coleta de dados, utilizando a ferramenta G*oogle Forms.* A validação de conteúdo do instrumento foi realizada via formulário eletrônico.

Antes de iniciar a primeira rodada de validação com o comitê de especialistas, o formulário foi submetido a um teste piloto. O objetivo do teste piloto foi permitir que os profissionais avaliassem a abrangência e representatividade dos itens e, principalmente, que avaliassem se os questionamentos estavam compreensíveis e se o formulário eletrônico elaborado era viável para a coleta de dados. Os profissionais foram selecionados por conveniência. No teste piloto não foi utilizada a metodologia da Técnica Delphi.

Finalizado o teste piloto, a primeira versão do *checklist* foi submetida à validação de conteúdo por um comitê de especialistas, onde realizou-se a busca de consenso por meio da Técnica Delphi.

O convite aos especialistas foi feito via correio eletrônico, com o encaminhamento do TCLE, do *checklist* para alta hospitalar para que pudesse ser consultado na íntegra e o link de acesso ao formulário eletrônico no G*oogle Forms*. Ao clicar no link o participante era direcionado a uma sessão com o TCLE, e a concordância ou não em participar do estudo era uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário. O instrumento disponibilizado continha instruções específicas sobre como realizar a avaliação do *checklist*, era auto aplicado, anônimo e individual.

Na primeira rodada, o comitê de especialistas julgou os itens que compõe cada bloco, determinando a sua abrangência e representatividade[54]. Eles poderiam

concordar ou não com os itens. Nesta fase, sugestões quanto à inclusão ou a eliminação de itens também puderam ser feitas pelos especialistas.

Após a primeira rodada foi verificado o grau de concordância entre os juízes, com a utilização da taxa de concordância, que calcula o percentual de concordância entre os juízes durante o processo de validade de conteúdo do instrumento[55]. A fórmula utilizada encontra-se a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Ao utilizar esse método, deve-se considerar uma taxa aceitável de concordância de 90% entre os juízes, o que significa que os domínios estão adequados[55].

Na segunda rodada, o comitê de especialistas julgou os itens que compõe cada bloco, determinando a sua clareza e representatividade em uma escala tipo Likert de 4 pontos ordinais. Sugestões quanto à inclusão ou a eliminação de itens também puderam ser feitas pelos especialistas[54].

O método de verificação de concordância entre os juízes nessa rodada foi por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre os itens e alguns aspectos do instrumento. O IVC foi calculado com a utilização da escala tipo Likert de 4 pontos ordinais. Esse tipo de escala busca verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem uma posição favorável ou desfavorável em relação a um objeto[56]. Segue a fórmula utilizada:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

A taxa de concordância aceitável entre os especialistas para avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,78[54]. Desse modo, são considerados validados os itens que obtiveram 80% de concordância entre os especialistas na segunda rodada.

O processo de encaminhamento do instrumento se repetiu até serem obtidos graus de concordâncias adequados entre os especialistas[51].

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[57] e foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) com o número 37228320.0.0000.5345 e do GHC, com o número 37228320.0.3001.5530.

Aos participantes do estudo, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com descrição do objetivo, sigilo, anonimato e liberdade para desistir do estudo (APÊNDICE 3 e 4). O estudo implica riscos mínimos aos participantes decorrentes do constrangimento em qualquer uma das etapas da coleta de dados. As pesquisadoras se comprometem em preservar as informações garantindo o sigilo e o anonimato.

Os participantes da etapa de validação de conteúdo receberam o TCLE em forma de consentimento eletrônico, via *Google Forms*, contido na primeira seção do instrumento de validação. O participante obrigatoriamente realizou a escolha do aceite ou não em participar da pesquisa, sendo uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do instrumento. O TCLE foi armazenado na plataforma eletrônica.

Ao final da pesquisa, as informações serão divulgadas em artigo(s) científico(s) sem prejuízos para os profissionais e instituições. As pesquisadoras comprometem-se com os participantes em divulgar os resultados do estudo.

5 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Esse capítulo apresenta os resultados das etapas de elaboração e de validação de conteúdo do *checklist*, chegando ao produto final.

5.1 – Elaboração do checklist para a alta hospitalar

As sessões a seguir trazem os resultados das três fases que compõe a elaboração do *checklist*.

5.1.1 Transição do cuidado em um hospital terciário do Sul do Brasil

O HNSC consolidou uma equipe de gestão de altas que foi projetada como estratégia institucional de intervenção nos processos relacionados à assistência ao paciente. As atividades da equipe têm como objetivos diminuir o tempo de internação hospitalar, monitorar as reinternações não eletivas em 30 dias e aperfeiçoar a qualidade assistencial através da melhora da comunicação e do aprimoramento do trabalho em equipe.

A gestão de altas atua, principalmente, com situações que envolvem pendências que possam contribuir para a redução da permanência do paciente no ambiente hospitalar. As demandas para a equipe surgem a partir dos rounds multidisciplinares, pelas consultorias das equipes e por busca ativa através da revisão de prontuário eletrônico dos pacientes internados.

Os rounds multidisciplinares são uma das principais atividades realizadas pela gestão de altas. A equipe é responsável pela organização e coordenação desses rounds que são realizados com alguns dos principais serviços do HNSC: medicina interna, neurologia, cardiologia, urologia e cirurgia vascular.

Outra importante atividade realizada é a transição de cuidados. Ela inicia durante os rounds multidisciplinares com a identificação dos pacientes com maior

risco de reinternação e daqueles que possuem comorbidades associadas como acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), neoplasias, as quais demandam vários cuidados depois da alta. Com a identificação dos pacientes, a transição do cuidado segue com o direcionamento da continuidade do cuidado para a rede de atenção à saúde. Ainda durante a internação, cada profissional da equipe multidisciplinar inicia o preparo do paciente e do cuidador, fornecendo orientações e realizando os treinamentos necessários para a alta. O papel da gestão de altas na transição de cuidados é realizar a articulação entre as equipes do hospital, bem como, entre o hospital e os demais serviços de saúde.

Os pacientes com alto risco de reinternação são identificados através do *Hospital Score* – escore que estima o risco de reinternação em 30 dias baseado em critérios clínicos e laboratoriais[58] – já calculado automaticamente no prontuário eletrônico do paciente. A partir da identificação destes pacientes, a gestão de altas entra em contato com a rede de saúde, entre 24 a 48 horas antes ou após a alta hospitalar. Nesse contato é pactuado com a equipe de saúde de referência o tipo de acompanhamento que o paciente receberá após a alta: visita domiciliar (VD), atendimento presencial na unidade de saúde para consulta, assistência à curativos, participação em grupos, dentre outros. Alguns pacientes recebem alta com indicação de acompanhamento do SAD do município e, nesses casos, a gestão de altas atua como facilitadora do contato entre equipes médicas.

Após 30 dias da alta hospitalar, a equipe de gestão de altas entra em contato com o paciente e/ou familiares através de ligações telefônicas para confirmar se a demanda pactuada na alta com a rede de atenção foi realizada. Nesse mesmo contato, é verificado se ocorreu algum outro desfecho com o paciente, tal como outros vínculos com a rede, reinternação ou óbito. Ao encontrar dificuldades com as ligações (números inexistentes ou contato inefetivo), essas informações são buscadas no prontuário eletrônico do paciente, no e-SUS ou no Sistema de Gerenciamento de Internações do Estado (Gerint).

Todos os registros de pacientes com alto risco de reinternação e que possuem várias comorbidades associadas, os quais receberam cuidados de transição para a alta hospitalar, são incluídos e armazenadas em um formulário no *Microsoft Excel*®. O formulário é composto pelas seguintes variáveis: idade, sexo, cidade, especialidade médica, tempo de internação, tipo de acompanhamento após a alta, acompanhamento

pactuado após 30 dias da alta, outro vínculo realizado; e como desfecho: reinternação e óbito após 30 dias da alta.

Com base nesses registros foram analisados os dados de pacientes que receberam cuidados de transição para a alta hospitalar no ano de 2019, totalizando uma amostra de 715 pacientes.

Em relação à idade, 65,7% da amostra foi composta por idosos. Houve predomínio do sexo masculino (56,9%).

Quanto aos municípios de residência dos pacientes da amostra, destacaram-se Porto Alegre (POA), Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão, que fazem parte da região de saúde nº 10, totalizando 79,4% das demandas de transição do cuidado.

Nas demandas para transição de cuidados destacaram-se os pacientes da especialidade clínica da MEI com 56,6% do total. A mediana do tempo de internação dos pacientes foi de 14 dias, oscilando entre 1 e 196 dias.

Considerando a pactuação com os serviços da rede assistencial para a continuidade do cuidado, após 30 dias da alta hospitalar, 71,3% dos pacientes tiveram alguma forma de continuidade do cuidado depois da desospitalização. Apenas 2,9% das demandas não puderam ser confirmadas com os usuários e foram identificadas como ″não avaliada″. O restante dos pacientes (25,8%) não teve as combinações para a continuidade do cuidado realizadas pela rede de atenção.

Quando comparado as características dos pacientes que tiveram a demanda pactuada efetivada em 30 dias após a alta com os pacientes que não tiveram a demanda pactuada efetivada, o resultado foi que os dois grupos são homogêneos em relação ao sexo, idade e especialidades, pois não foram encontradas diferenças estatísticas entres eles. O quadro 1 mostra as características dos pacientes e a comparação entre os grupos.

Quadro 1 - Características dos pacientes que receberam cuidados de transição na alta hospitalar

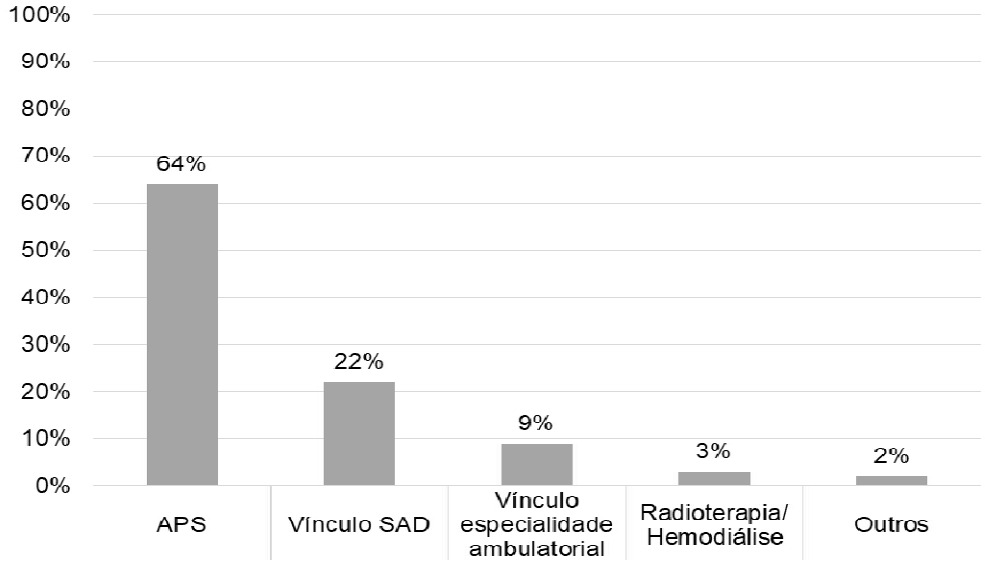
VARIÁVEL	**N (%)**	**Demanda pactuada efetivada em 30 dias após da alta**		**Valor de p**
		SIM	NÃO	
Idade (anos)				0,433

14 a 19	7 (1%)	1,0%	1,1%	
20 a 39	57 (8%)	8,8%	6,0%	
40 a 59	181 (25,3)	23,9%	28,8%	
60 a 100	470 (65,7)	66,3%	64,1%	
Sexo				0,962
Feminino	308 (43,1%)	43,1%	42,9%	
Masculino	407 (56,9%)	56,9%	57,1%	
Especialidades médicas				0,991
Cirúrgica	179 (25%)	24,1	23,9%	
Medicina Interna	405 (56,6%)	57,1%	57,6%	
Outras especialidades	131 (18,3)	18,8%	18,5%	

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A articulação entre os serviços da rede assistencial ocorreu, principalmente, com a APS, que totalizou 64% dos acompanhamentos pactuados, e com serviços de atenção domiciliar (SAD) com um total 22% dos acompanhamentos (GRÁFICO 1). A pactuação realizada com a APS foi para o agendamento de consultas (25%) e de visitas domiciliares (39%).

Gráfico 1 - Tipos de acompanhamentos após a alta de pacientes adultos e idosos do HNSC, realizados em 2019.



Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Além das demandas pactuadas entre a equipe de gestão de altas e os serviços da rede de saúde no momento da alta do paciente, também ocorreram outras pactuações com os serviços de saúde depois da alta hospitalar, as quais foram realizadas pelo próprio serviço saúde de referência, conforme ilustrado no quadro 2. Contudo, a maior parte dos pacientes seguiram apenas com o acordo pactuado pela gestão de altas (83,1%).

Quadro 2 - Outros vínculos com os serviços de saúde após a alta de pacientes adultos e idosos do HNSC, realizados em 2019.

Vínculo	**Total**	**%**
Instituição de longa permanência para idosos (ILPI)	3	0,4
SAD	9	1,3
Unidade de saúde	79	11
VD	14	2
Especialidade ambulatorial	16	2,2
Acordo pactuado pela gestão de altas	594	83,1
Total	715	100%

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A maioria dos municípios que receberam pacientes para cuidados de transição cumpriram as pactuações nos 30 dias após a alta hospitalar, com destaque para Porto Alegre (78,8%) e Gravataí (65,6%). Com a análise estatística verificou-se que Porto Alegre tem significativamente maior número de demandas pactuadas efetivadas em relação aos municípios de Viamão e Alvorada (p<0,001) (Quadro 3).

Quadro 3 - Principais cidades e a efetividade dos acompanhamentos pactuados após 30 dias da alta

Cidade	**Acompanhamentos efetivados em 30 dias após a alta**		**Total**	**Valor de p**
	Não	Sim		
Alvorada*	42,7%	57,3%	100%	<0,001
Cachoeirinha	40,9%	59,1%	100%	
Gravataí	34,4%	65,6%	100%	

Porto Alegre	21,2%	78,8%	100%	
Viamão*	50%	50%	100%	<0,001

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Em relação aos desfechos, reinternação e óbito, 21% dos pacientes que receberam cuidados de transição reinternaram, e, 8% deles foram a óbito, 30 dias após a alta hospitalar (Quadro 4).

Quadro 4 - Taxas de reinternação e óbito após 30 dias da alta hospitalar

	Reinternação	**Óbito**
Não	76%	90%
Sim	21%	8%
NA	3%	2%
Total	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Foram relacionados os resultados das demandas pactuadas após 30 dias da alta com as reinternações e óbitos, conforme quadro 5. A taxa de pacientes que reinternaram foi significativamente menor no grupo que teve a demanda para a continuidade do cuidado efetivada em 30 dias após a alta em comparação com o grupo dos pacientes que não tiveram a demanda efetivada (18,7% versus 28,8%, p=0,004). Da mesma forma, o total de pacientes que foram a óbito, foi significativamente menor no grupo que teve a demanda em 30 dias após a alta efetivada do que no grupo de pacientes que não tiveram a demanda efetivada (5,9% versus 13,6, p=0,001). Estes resultados mostram que a transição de cuidado pós-alta tem impacto nas reinternações e nos óbitos, pois pacientes que tiveram continuidade do cuidado reinternaram menos e tiveram menos óbitos.

Quadro 5 - Desfechos versus acompanhamentos efetivados em 30 dias após a alta

Desfechos	**Acompanhamentos efetivados em 30 dias após a alta hospitalar**		**Valor de p**
	NÃO	**SIM**	

Reinternação em 30 dias	53 (28,8%)	95 (18,7%)	0,004
Óbito	25 (13,6%)	30 (5,9%)	0,001

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

5.1.2 – Visão dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre o processo de alta hospitalar e transição do cuidado

A amostra foi constituída por oito profissionais da equipe multidisciplinar do serviço de MEI, sendo pelo menos um de cada categoria profissional. A média de idade entre eles foi de 39 anos. Apenas um entrevistado era do sexo masculino. Todos os participantes atuam exclusivamente na área hospitalar, em unidades de internação. O tempo de formação variou entre 10 e 29 anos. Em relação ao tempo de atuação nos rounds multidisciplinares, a maioria relatou que participa desde que eles iniciaram na instituição, há pelo menos quatro anos. O perfil dos profissionais está descrito no quadro 6.

Quadro 6 - Perfil dos profissionais que participaram da fase das entrevistas

	Descrição	**Número**	**%**
Categoria Profissional	Assistente Social	2	25%
	Enfermeiro	2	25%
	Fonoaudiólogo	1	12,5%
	Médico	1	12,5%
	Nutricionista	1	12,5%
	Fisioterapeuta	1	12,5%
Total		**8**	**100%**
Sexo	Feminino	7	87,5%
	Masculino	1	12,5%
Total		**8**	**100%**
Idade	30 a 35 anos	3	37,5%
	36 a 40 anos	2	25%
	41 a 45 anos	2	25%

	Mais de 45 anos	1	12,5%
Total		**8**	**100%**
Tempo de formação	10 a 20 anos	6	75%
	21 a 30 anos	2	25%
Total		**8**	**100%**
Tempo de atuação com atividade de transição	1 a 5 anos	5	62,5%
	6 a 10 anos	2	25%
	Mais de 10 anos	1	12,5%
Total		**8**	**100%**

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Após análise do material das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas, sendo elas: Processo de alta hospitalar na transição de cuidado; Facilidades no processo de alta; Desafios no processo de alta; e, Cuidados essenciais para a elaboração de um checklist para alta hospitalar.

5.1.2.1- Processo de alta hospitalar na transição de cuidado

O processo de alta na instituição está melhorando gradativamente, de acordo com relatos de quatro participantes. Apesar disso, três deles relatam que ainda falta planejamento das atividades para a alta.

> *[...] eu acho que melhorou bastante, [...] eu acho que melhorou em alguns aspectos, mas a gente tem muita coisa ainda assim pra, pra melhorar, pra aprimorar enquanto equipe. (E2)*

> *Fosse melhor planejado, principalmente pela equipe médica, fosse conversado melhor com a gente, com a fisioterapia, com a enfermagem, com vocês da gestão de altas, com certeza teria mais sucesso nessa alta. (E8)*

> *[...] o que acontece é que o paciente tem alta ou ele vai pra outro hospital e a gente não consegue fazer a orientação, porque, por conta de não saber, às vezes a gente fica sabendo ali na hora que o paciente tá indo embora ou tá sendo transferido, e às vezes a gente não tem como fazer essa transição. (E1)*

O planejamento da alta hospitalar é uma das etapas da transição de cuidado. Para que o processo de desospitalização seja qualificado e essa transição ocorra com segurança, é essencial o trabalho conjunto da equipe multidisciplinar.

Entre os entrevistados, quatro deles percebem-se atuantes no processo de alta e de transição de cuidados. Três deles veem-se atuantes apenas no processo de alta e um participante relaciona sua atividade somente com a transição do cuidado pós-alta.

A maioria dos participantes entendem que a alta e a transição de cuidados são processos interligados e são realizados com ações compartilhadas entre a equipe multiprofissional, a qual também é responsável pelo sucesso da alta.

> *Eu vejo esse processo muito mútuo [...] os pacientes, eles têm uma melhora e quando a equipe multidisciplinar acha que está na hora da alta [...]. (*E3)

> *Eu acho que a gente se responsabiliza também, eu me sinto responsável por isso né, a gente fala em equipe médica porque são eles que assinam os papéis mas a gente tem que ser um pouco mais atuantes nisso também.* (E8)

Apesar da alta ainda estar muito relacionada com a “alta médica”, os rounds multidisciplinares são vistos como um espaço de construção coletiva, que chegam para quebrar esse paradigma. A partir das discussões dos rounds, é iniciada a organização da alta com a preparação do paciente e da família para esta transição. Nesses espaços cada profissional da equipe multidisciplinar identifica o seu papel nas orientações para a alta, para que elas ocorram ainda durante a internação. Isso possibilita um maior envolvimento dos familiares nos cuidados, fazendo com que eles saiam do hospital mais seguros e mais bem orientados.

> *Eu ainda acho que ela é muito vinculada a questão alta médica, porque dentro do âmbito hospitalar, a gente trata muito essa questão mais clínica [...] mas eu vejo os rounds, por exemplo, como um espaço, que é um espaço de construção dessa alta com uma equipe multidisciplinar [...] Mas eu vejo esses espaços que, onde a equipe se encontra nos rounds pra discutir [...] já vai tá trabalhando esse processo de alta.* (E5)

> *[...] Ganhando um pouco mais de tempo com eles, nesse processo de alta pra eles saírem mais seguros e mais orientados.* (E8)

Alguns dos entrevistados enxergam o resultado da sua atuação apenas no processo de alta, com as orientações que são fornecidas ainda no ambiente hospitalar. Além disso, acreditam que a transição do cuidado pós-alta não acontece, ou, só acontece quando é feito contato com a rede de atenção. Eles não percebem que sua atuação diária no preparo da alta também contribui para a transição desse paciente que está deixando o hospital.

> *O médico simplesmente fala alta e entrega um papel para o paciente. Esse é o padrão, [...] sem nenhuma informação maior de seguimento muitas vezes, nem retorno... várias peças chaves aí de uma alta qualificada faltando.* (E4)

> *Eu nunca tive experiência assim, de entrar diretamente em contato com uma unidade básica de saúde ou com a equipe que vai recepcionar o paciente. [...] mas o que eu vejo é que existe uma preocupação com a transição de cuidado nas equipes.* (E6)

Em contraponto, um dos entrevistados acredita que o processo de alta é agilizado pela atuação da gestão de altas e do serviço social, que resolvem as pendências para a alta.

> *Então, muitas coisas se agilizam. A questão do serviço social quando tem um paciente, por exemplo, com questões sociais que tem uma previsão assim, de alta. Vai ainda complicar por essa parte, enfim. Eu acho que agiliza bastante.* (E1)

> *[...] tendo essa equipe, né da gestão, que aceita, que faz todos, esses acompanhamentos. Assim, eu acho que facilita e concentra, sabe, toda a dificuldade que tiver ali já entra em contato, já expõe e nesse meio tempo vocês já vão se agilizando também pra ver alternativas de liberar o leito, né.* (E1)

Fica evidente nessas falas que há dificuldades entre alguns profissionais em reconhecer que a alta e a transição de cuidados são processos interligados e que se completam. Além disso, não percebem que a atuação, através das orientações de cada profissional, contribui no preparo para a alta e, consequentemente, para a

transição dos cuidados após a alta hospitalar, não sendo resultado apenas da atuação do serviço social ou da gestão de altas.

5.1.2.2 - Facilidades no processo de alta

Os rounds multidisciplinares e o escritório de gestão de altas foram citados por todos os entrevistados como facilitadores da desospitalização. Além disso, o acompanhamento dos pacientes pelos SADs também é reconhecido por contribuir com o processo de alta e transição de cuidado, conforme comentários de quatro entrevistados.

Todos os entrevistados reconhecem os rounds multidisciplinares como um espaço para o planejamento do cuidado e discussão sobre o que é melhor para o paciente. Além de organizar e agilizar as pendências dos pacientes, os rounds conseguem esclarecer o papel de cada profissional no cuidado.

> *Mas eu acho que os rounds por exemplo, [...] são instrumentos que facilitam a alta, porque tu tem contato com a equipe com antecedência, a gente tem muitos pacientes que têm uma internação prolongada, então a gente acaba vendo. Tem round uma, duas vezes na semana, tu acaba vendo a situação, podendo discutir aquela situação, tentando pelo menos discutir com a equipe [...]* (E2)

> *[...] acho que um dos grandes enfoques do round multidisciplinar é, realmente, o processo de alta, [...] acho que o round é um fator bem importante desse processo de qualificação da alta.* (E4)

> *[...] no round multiprofissional, o que nós podemos fazer pra agilizar alta, qual é o meu papel pra agilizar alta, do tipo, mais rapidamente entrar em contato com a família, agilizar o cálculo de uma dieta, providenciar uma orientação, coisas desse tipo, assim como entender que [...] o meu cuidado termina aqui, mas que vai ter um outro profissional que tem que dar o seguimento.* (E6)

> *Eu acho que depois que a gente começou, que nós começamos os rounds multiprofissionais, eu acho que isso melhorou bastante, que veio um alerta que a gente já deve ir orientando muitas coisas pra alta.* (E7)

O escritório de gestão de altas contribui para a melhora do processo de cuidado, conforme os relatos dos participantes da pesquisa. A gestão de altas é caracterizada por promover discussões entre as equipes, através da implementação dos rounds multidisciplinares.

> *[...] mas eu acho que o fato do escritório de gestão de altas também estar junto, trabalhando com isso, acho que favoreceu tanto para o trabalho multiprofissional no hospital, na internação, quanto para facilitar a alta hospitalar.* (E2)

> *Eu vejo o escritório de gestão de altas como um serviço então, que consegue, promover essas discussões e tem esse potencial, que eu acho que foram os pioneiros que trouxeram os rounds.* (E5)

> *Quando a equipe consegue interagir entre si pra tomar as decisões pro paciente, é o que eu disse. Eu acho que resignifica o trabalho do profissional, agiliza os processos, melhorando a efetividade da instituição e para o paciente, ele ganha em todos os sentidos, em poder ir pra casa mais cedo, em ter um aumento da qualidade no atendimento e eu acho que este é o papel, é assim que eu vejo o papel do escritório de gestão de altas.* (E6)

As altas hospitalares de pacientes com o acompanhamento de programas de SAD facilitam o processo de desospitalização pois oferecem maior segurança ao paciente e a família. Os profissionais se sentem mais tranquilos quando os pacientes são acompanhados pelos SADs.

> *E eu acho que a gente também tem esse vínculo muito bom, tanto com o PAD quanto com o Melhor em Casa, que faz com que esse paciente fique o maior tempo no domicílio [...]* (E3)

> *Então, eu sei que tem a questão do PAD, do Melhor em Casa que isso tranquiliza, me tranquiliza. Por exemplo, quando eu sei que tem esses profissionais pra fora do hospital, porque eu sei que aquela família vai estar melhor assistida assim[...] Então, eu acho que é muito importante. [...] esse processo de transição, ele se torna mais tranquilo pro paciente e pra nós como profissionais também né.* (E8)

5.1.2.3 - Desafios no processo de alta

Alguns desafios para a desospitalização foram identificadas nas falas dos entrevistados. Cinco participantes citam a pandemia do coronavírus e as dificuldades envolvendo os familiares; quatro mencionam as lacunas de comunicação; e três deles identificam dificuldade com os seguimentos pós-alta e com as demandas na rotina diária dos profissionais de saúde.

A maioria dos participantes percebem dificuldades com a chegada da pandemia pois, devido às restrições de visitas e de acompanhantes, os familiares ficaram mais distantes do hospital e isso prejudicou o preparo da família e/ou cuidador para a alta.

> *Porque antes como tinha as visitas todos os dias, que era às onze e meia e meio dia, a gente então pegava, eu conseguia inclusive conversar com os familiares, então a gente, já ali já pegava também algumas orientações. [...] A pandemia piorou um pouquinho essa sistemática sabe. E aí a gente acaba não conseguindo fazer isso. Antes não, antes a gente já vinha, já conversava, aí o familiar já nos conhecia e eles mesmos vinham e faziam algumas perguntas.* (E1)

> *Então acho que também muitas vezes, principalmente agora, com a pandemia, com restrição das visitas, então, a maioria das pessoas estavam acostumados a ir lá receber a informação, iam na visita e recebiam a informação com o médico, já iam nos outros serviços, já ia buscar o serviço social, [...] com a pandemia acho que acabou prejudicando bastante, mas por outro lado eu acho que a gente também viu o que é possível fazer de uma forma diferente.* (E2)

> *Então sim, eu acredito que teve um divisória assim, por causa dessa questão da pandemia, como os rounds reduziram, eu acho que mudou bastante*. (E8)

Um dos desafios identificado no processo de desospitalização está relacionado ao perfil dos familiares atendidos na instituição. De acordo com os relatos dos profissionais, a maioria deles são de baixa renda e apresentam limitações para o entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais.

> *[...] mas a grande parte do público [...] não tem nada. Não tem coisa nenhuma, não tem documento, não tem coisas muito básicas. Não é alfabetizado [...]* (E2)

> *[...] outros problemas eu vejo as dificuldades dos pacientes de compreensão, as dificuldades sociais dos pacientes de seguimento de algumas orientações que a gente pode dar, dificuldade de acesso à rede pra troca de informação [...]* (E4)

> *[...] A família dos pacientes [...] muitas vezes tem algumas dificuldades de compreensão por motivos socioculturais, sócio-econômico-culturais, de todas as esferas. Mas eu acho que ela é pouco envolvida às vezes porque a gente demanda pouco, às vezes porque eles se interessam pouco. Tem as duas, os dois espectros.* (E4)

> *Eu percebo que nosso público, os nossos pacientes eles têm bastante dificuldade de entendimento das orientações, eles têm muita dificuldade assim, cognitiva de entender, por questões, sócio psicossociais. A família muitas vezes tem dificuldade em conseguir comparecer quando necessário pra receber as orientações. Eu acho que nós temos um público bastante, não sei que termo utilizar, mas um público frágil, que demanda atenção, demanda acompanhamento, eu acho que é um público que tem muita dificuldade em conseguir colocar em prática as orientações.* (E6)

As lacunas de comunicação também foram reconhecidas como entraves no processo de transição de cuidados. Essas falhas ocorrem tanto entre os profissionais da equipe multidisciplinar, quanto entre as equipes e os pacientes/familiares.

> *[...] acho que tem falha na comunicação todas as partes envolvidas. Mas acho que falha muito assim ainda na comunicação com a equipe, com os outros profissionais que fazem o cuidado do paciente [...] a gente acaba vendo um problema na hora da alta muitas vezes e se tivesse uma comunicação mais efetiva [...] seria visto antes e não acabaria só estourando assim, lá no dia que a pessoa vai ter alta[...] E aí acho que isso, que o envolvimento da família é fundamental nisso, mas também precisa que a comunicação com a equipe seja efetiva, que tenha contato já desde o início e que possa ser, que eles participem, desse cuidado já desde o início.* (E2)

> *[...] a gente poderia se comunicar muito melhor e a gente não faz. O documento, existe um documento pra isso que poderia ser um dos instrumentos, que é a nota de alta, que de modo geral ela não é bem qualificada pra isso. Eu acho que é uma das coisas chaves. Mas a comunicação verbal entre equipes, às*

> *vezes, funciona melhor até do que isso né, muitas coisas são difíceis de escrever. Mas ela acontece muito pouco, [...] ela deveria acontecer muito mais.* (E4)

> *[...] Às vezes, chega simplesmente com um papel, dizendo nota de alta. Eu acho que isso não é suficiente. Eu acho que a conversa entre profissionais é o melhor. Pro paciente, pro profissional da unidade de saúde e pra ti como hospital que tá dando alta também, fica mais no controle da transição de cuidado.* (E8)

Problemas no seguimento dos cuidados após a alta também foram citadas pelos entrevistados. Segundo eles, isso está relacionado, muitas vezes, a dificuldade no acesso à rede de saúde, por falta de estrutura da própria rede para absorver as demandas da população. Além disso, a carência de políticas públicas, contribui para a dificuldade da continuidade do cuidado.

> *[...] é o paciente não ter seguimento. Então é feito essa transição para o posto de saúde, mas a parte de reabilitação fica bem, é, fica bem deficitário.* (E1)

> *Então acho que quando a gente depende dos outros serviços, das outras políticas públicas também, a gente acaba vendo as dificuldades que todo mundo tem [...] Mas a gente sabe que nem sempre vai ser assim, que depende daquela pessoa [...] então eu acho que se quando depende dos serviços externos, seja do posto seja da das outras políticas, da política de assistência por exemplo, a gente tem muita dificuldade [...]* (E2)

Por fim, a grande demanda de trabalho na rotina diária dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar é vista como algo que dificulta o processo de desospitalização, isso porque, os profissionais acabam se envolvendo com muitas atividades que a atenção que deveria ser dispensada às orientações para alta acabam ficando em segundo plano.

> *Acho que a gente ainda falta um pouco assim, nesse sentido. E por "n" motivos, dentro da nossa precarização, do nosso trabalho, que eu falo precarização assim, é uma enfermeira pra dar conta de 30 pacientes, que demandam por uma orientação, então assim, nesse contexto todo[...]* (E5)

> *Tempo, demanda, tu tem que priorizar outras coisas e acaba que isso fica em segundo plano. [...] Se aproximar tanto do paciente.*

> *Eu percebo muito isso quando a gente tem a unidade que tá um pouco mais calma, que tu consegue chegar e além de avaliar o paciente, tu conversar com o familiar, abordar como é a família, como ele está participando ali, quais são as dificuldades que ele tem de ir pra ali.* (E7)

A identificação desses desafios é importante, pois, possibilita a busca por estratégias para melhorar o processo de desospitalização na instituição e traz reflexões sobre o que é possível fazer para melhorar o envolvimento da rede de atenção nos cuidados pós-alta.

5.1.2.4 - Cuidados essenciais para elaboração de um checklist para alta hospitalar

Visando qualificar a alta hospitalar e evitar que o paciente tenha risco de eventos adversos por falhas de comunicação, o uso de *checklist* é essencial para esse processo de desospitalização e continuidade do cuidado.

Os entrevistados citaram vários cuidados que devem constar em um *checklist* para alta hospitalar. Eles enfatizaram que as orientações devem envolver tanto os pacientes, quanto os seus familiares ou cuidadores. Destacam-se os cuidados relacionados a higiene e conforto, exercícios, alimentação, curativos. Seguem os principais trechos das entrevistas:

> *[...] eu acho que na parte de cuidados, assim, de cuidados como cuidador familiar mesmo, sabe, paciente às vezes que é acamado pra evitar escara [...] a questão da alimentação, os cuidados, o manejo do posicionamento, da consistência, o manejo da sonda. [...] Ah, esse paciente vai com espessante, tá pronto o formulário? Da mesma forma que tem o formulário das fraldas, essas coisas.* (E1)

> *Por exemplo, hemodiálise [...] pra ver a questão do transporte que sempre atrapalha bastante.* (E2)

> *Eu acho que nesse checklist a gente também poderia implementar a questão do curativo, do que é feito; eu acho que a data dos dispositivos, isso é muito importante, porque muitas vezes acaba não indo, a data que foi colocada a sonda. [...] a data da sonda nasoentérica, a data da jejuno, a data da nefro.* (E3)

> *[...] pacientes que precisam de oxigênio, quem vai fornecer? Quem vai solicitar? Pra onde é que tem que ligar?* (E6)

> *[...] eu falei da insulina, cuidados com sonda, curativo, cuidado de higiene e conforto.* (E7)

> *[...] a primeira coisa que me vêm é a palavra orientação. [...] É a orientação do pessoal da medicina, é a orientação da fisioterapia, é a orientação do serviço social, orientação da nutrição, eu estou falando de pedacinho por pedacinho, [...] orientação de exercício dentro de casa, caso esse paciente precise de fisioterapia, tanto respiratórios quanto motores. [...] que cuidados ele precisa ter, de medicamentos [...] vai pra casa com uma escara? Que cuidado que eu vou ter com aquela escara. Entendeu? Cada um com o seu pedacinho, mas esse paciente sair bem orientado, para sair mais seguro, para quando for para casa, tanto ele quanto o familiar.* (E8)

> *Então, se tem uma endocânula, se tem uma traqueo, tem que ser orientado pra ir para casa sabendo limpar aquilo ou o familiar sabendo limpar, sabendo aspirar e por aí vai. Sabendo se sondar, aquele paciente que é lúcido e orientado. Aquele que não sabe ou o familiar sabendo sondar [...]* (E8)

Outros itens citados para compor um *checklist* para alta estão relacionados ao suporte social e da rede de atenção. De acordo com os entrevistados, é importante identificar a rede de apoio social do paciente, os responsáveis pelos cuidados, o local de residência ou que irá residir após a alta. A identificação da rede de atenção para direcionar o paciente após a alta contribui para a continuidade do cuidado e deve constar no checklist.

> *Eu acho que seria bem interessante também [...] se já saísse com um direcionamento, sabe, do paciente para parte da reabilitação, eu sei que a rede também não ajuda, mas eu acho que seria bem interessante [...]* (E1)

> *Não só ter o nome do familiar e o telefone de contato, não só ter o endereço e a gente saber qual é a UBS ou saber qual é a cidade que a pessoa mora. Saber se realmente aquele familiar, existe, se aquela pessoa tá envolvida nesse cuidado né [...]* (E2)

> *[...] a questão da rede, a gente saber qual é a unidade básica que esse paciente vai.* (E3)

> *A rede de apoio que ele tem de familiar responsável, a rede comunitária que ele tem, a rede de serviços que ele conta, que ele tem como suporte naquela na região aonde ele mora.* (E5)
>
> *[...] condição social, se vai ter condição de manter aquilo ali, um paciente que tem que ir com oxigênio, [...] condições sanitárias, condições de quem vai cuidar desse paciente, se vai ter um cuidador ou não vai ter.* (E7)

Essas informações tiveram grande contribuição para a construção do *checklist* para a alta hospitalar.

5.1.3 – Elaboração da primeira versão do *checklist*

Essa fase é resultado da compilação dos dados das fases anteriores. A partir da descrição das ações e atividades da equipe de gestão de altas do HNSC sobre transição de cuidados para a alta hospitalar, da identificação do perfil dos pacientes que recebem cuidados de transição, das dificuldades e facilidades encontradas nas entrevistas com os profissionais da equipe multidisciplinar e ainda, com base em estudos que abordam o processo de alta e a utilização de *checklists,* foi elaborada a primeira versão do *checklist* para alta hospitalar.

5.2 – Validação de conteúdo do *checklist*

Após a elaboração da primeira versão do *checklist,* foi realizada a estruturação do formulário de coleta de dados, utilizando a ferramenta G*oogle Forms.* A validação de conteúdo do instrumento foi realizada via formulário eletrônico.

O convite aos profissionais que participaram do teste piloto e ao comitê de especialistas foi feito via correio eletrônico, momento no qual também foi encaminhado o TCLE, o *checklist* para alta hospitalar para que pudesse ser consultado na íntegra e o link de acesso ao formulário eletrônico no G*oogle Forms*. Ao clicar no link o participante era direcionado a uma sessão com o TCLE, e a concordância ou não em

participar do estudo era uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário.

5.2.1 – Teste piloto

A primeira versão do *checklist* passou por um teste piloto. Nesta etapa não foi utilizada a Técnica de Delphi. O teste piloto foi realizado no final do mês de abril de 2021 e os profissionais tiveram sete dias para fazer a avaliação. Foram convidados três profissionais que atuam na equipe de gestão de altas do HNSC, sendo uma enfermeira, uma assistente social e uma médica. Todas realizaram a avaliação do instrumento.

Dos 18 blocos avaliados, apenas dois não obtiveram uma taxa de concordância maior que 90%. Esses blocos foram ajustados conforme as sugestões dos profissionais, o quadro 7 mostra as alterações realizadas no instrumento. Não foram apontadas dificuldades de compreensão e nem realizadas sugestões quanto ao layout do instrumento, sendo o formulário eletrônico mantido para a coleta de dados. Dessa forma, a primeira versão do instrumento (APENDICE 5) pôde ser submetida para a validação de conteúdo pelo comitê de especialistas.

Quadro 7 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após teste piloto

BLOCO	SUGESTÃO	JUSTIFICATIVA
Identificação	Deixar a opção de colar a etiqueta do paciente, mas também acrescentar as informações de identificação para serem preenchidas.	Pode ocorrer de estar em falta ou pode ser que nem todos os hospitais tenham etiquetas impressas.
Medicações	Trocar por “medicamentos”	Medicação: ato de administrar o medicamento Medicamento: o produto que será administrado

Fonte: elaborado pela autora, 2021

5.2.2 – Primeira rodada da validação

Essa rodada ocorreu no mês de maio e os participantes tiveram dez dias para retornar com a avaliação do instrumento. A amostra inicial era de 20 participantes, mas 12 especialistas retornaram com o questionário respondido dentro do período estipulado para o retorno.

A média de idade dos participantes foi de 40 anos e 67% deles era do sexo feminino. Todos com experiência em atividades que envolvem transição de cuidado e atuam, principalmente, em internação hospitalar, gestão, SAD. Alguns desenvolvem mais de uma atividade relacionada a transição do cuidado, como por exemplo, atuação em internação hospitalar e em pesquisas ou atividades de educação permanente/ professor/ preceptor. O quadro 8 mostra outras características dos especialistas.

Quadro 8 - Perfil dos profissionais que participaram da primeira rodada de validação

	Descrição	**N. (%)**
Categoria profissional	Médico	4 (33%)
	Enfermeiro	3 (25%)
	Assistente social	2 (17%)
	Farmacêutico	1 (8%)
	Fisioterapeuta	2 (17%)
Tempo de formação	Entre 1 e 5 anos	1 (8%)
	Entre 6 e 10 anos	4 (33,3%)
	Entre 11 e 15 anos	2 (17%)
	Entre 16 e 20 anos	1 (8%)
	Mais de 20 anos	4 (33,3%)
Nível de formação	Especialização	4 (33,3%)
	Mestrado	4 (33,3%)
	Doutorado	3 (25%)
	Pós-doutorado	1 (8%)
Área de atuação	Internação Hospitalar	7
	Gestão de serviços de saúde	5

	Atenção Básica à Saúde	2
	Serviço de Atenção Domiciliar	5
	Educação permanente/ professor/ preceptor	3
	Pesquisador	2
Tempo que trabalha com atividades de Transição do Cuidado	Entre 1 e 5 anos	2 (17%)
	Entre 6 e 10 anos	7 (58%)
	Entre 11 e 15 anos	3 (25%)
Publicações sobre Transição do Cuidado	Sim	5 (42%)
	Não	7 (58%)

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Nessa rodada foi calculada a taxa de concordância sobre a abrangência e pertinência ou representatividade de cada bloco avaliado e os resultados estão descritos no quadro 9. A média da taxa de concordância para a abrangência do instrumento foi de 94% e para a pertinência foi de 91%.

Quadro 9 - Taxa de concordância da primeira rodada de validação de conteúdo

BLOCOS AVALIADOS	ABRANGENTE	PERTINENTE OU REPRESENTATIVO
Quanto ao título “CHECKLIST PARA ALTA QUALIFICADA”	83%	83%
Quanto às instruções iniciais do checklist	83%	92%
Quanto ao bloco de IDENTIFICAÇÃO:	83%	92%
Em relação ao bloco SUPORTE SOCIAL:	100%	100%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - USO DE OXIGÊNIO (O2) DOMICILIAR:	100%	83%

Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - TRAQUEOSTOMIA :	100%	92%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ALIMENTAÇÃO / DIETA:	92%	92%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - DIÁLISE:	100%	92%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ELIMINAÇÕES URINÁRIAS:	100%	100%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ELIMINAÇÕES INTESTINAIS:	100%	100%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - CURATIVOS:	100%	100%
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - MEDICAÇÕES:	92%	92%

Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE:	92%	75%
Quanto às orientações finais do bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:	92%	83%
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):	83%	92%
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD):	100%	92%
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA AMBULATORIAL:	100%	100%
Quanto ao bloco ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE	83%	83%

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Os blocos em que não se obteve a taxa de concordância maior que 90% foram revisados e ajustados de acordo com as sugestões dos especialistas. Além disso, outras sugestões feitas, mesmo em blocos que tiveram 100% de concordância, também foram adequadas e aceitas pelas pesquisadoras. Apenas o bloco “Cuidados/ orientações para pacientes e familiares sobre – uso do oxigênio domiciliar” não foi

ajustado pois as sugestões dos especialistas referiram-se a orientações que já acontecem durante a internação.

Quadro 10 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após a 1ª rodada de validação de conteúdo

BLOCO	SUGESTÃO	JUSTIFICATIVA
Título	Acrescentar que a alta é "hospitalar" e trocar "qualificada" por "segura".	O título está amplo; é importante identificar de qual local o paciente está recebendo alta, pois pode ser da UTI ou do ambulatório, por exemplo.
Instruções iniciais	Melhorar a escrita e deixar claro que o *checklist* pode ser preenchido durante a internação.	Está um pouco confuso; o checklist deve ser preenchido durante a internação, porque verificar as pendências 48 horas antes da alta, pode não dar tempo de organizar tudo o que for necessário.
Identificação	Trocar número do leito por CPF	Os pacientes, muitas vezes, trocam de leitos durante a internação, não sendo um bom identificador. O CPF é um bom identificador dos pacientes.
Suporte social	Substituir "carro da família" por "transporte próprio" e acrescentar o item "outro"; acrescentar a idade do cuidador; confirmar se o paciente tem vínculo com a unidade de saúde.	Em relação a idade do cuidador, é importante saber se trata de uma pessoa idosa ou não (característica muito comum em nossa realidade) e que nos traz algumas limitações no cuidado de ambos paciente/cuidador.
BLOCO - CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:		

Traqueostomia (TQT)	Acrescentar se o paciente tem plano de retirada da TQT após a alta.	É importante para lembrar a equipe assistente sobre a possibilidade de retirada da TQT.
Alimentação / dieta	Excluir “NPT” e substituir “Estado” por “SES/RS”.	Os pacientes não recebem alta com NPT.
Diálise	Substituir “carro da família” por “transporte próprio” e acrescentar o item “outro”; alterar que a assistente social “orientou” o fluxo para solicitação do transporte.	A organização do transporte dependerá do encaminhamento que a família/cuidador irá realizar. A assistente social vai orientar o acesso a esse direito, mas infelizmente, não o garante.
Eliminações urinárias	Deixar o texto mais sucinto.	Diminuir o tamanho do instrumento.
Curativos	Acrescentar item se foi orientado sobre o local de retirada dos materiais para o curativo.	É importante orientar sobre os locais, pois o paciente/familiares podem não saber onde retirar os materiais para o curativo.
Medicamentos	Nas orientações sobre o uso: substituir “morfina” por “opióides” e acrescentar “antimicrobiano”. Acrescentar orientações sobre via e posologia e sobre a aquisição de medicamentos especiais.	Os pacientes recebem alta com outros opióides e não só com morfina. Também é comum alta com prescrição de antibiótico. Quanto mais orientações são fornecidas, melhor preparados o paciente/familiares estarão na alta.
Grau de dependência do paciente	Substituir a tabela Katz por itens mais sucintos.	Todas as dependências são exploradas no restante do documento, o que pode contribuir para que ele seja extenso sem que essa seção

		agregue no processo de cuidado.
Orientações finais	Acrescentar item com outros encaminhamentos realizados pela assistente social; item sobre a participação em grupos de tabagismo; item sobre tratamento de tuberculose; item sobre sinais de sintomas de infecções; item questionando se o paciente está com alguma dúvida sobre as orientações.	Algumas dessas orientações acrescentadas estavam aparecendo apenas nas orientações aos profissionais da rede de saúde, por isso, os especialistas sentiram falta no bloco das orientações que devem ser checadas aos pacientes.
BLOCO – ENCAMINHAMENTOS PÓS-ALTA		
APS	Acrescentar item sobre supervisão do paciente devido a baixa adesão ao tratamento.	O vínculo com a APS, muitas vezes, é devido a baixa adesão aos medicamentos, por isso é importante ter esse item.
SAD	Modificar a forma da escrita do item “equipe do SAD entrou em contato com equipe médica assistente”.	A equipe assistente pode entrar em contato com a equipe do PAD, não precisa aguardar que essa faça o contato primeiro.
BLOCO - ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE		
	Unir os dois primeiros itens pois falam do suporte social do paciente; substituir “morfina” por “opióides” e acrescentar “antimicrobiano”; acrescentar item sobre o encaminhamento de transporte para hemodiálise.	Acrescentar esses itens para ficar de acordo com as orientações citadas ao longo do *checklist*.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

Feitos os ajustes, a segunda versão do instrumento (APENDICE 6) foi encaminhada para a segunda rodada de avaliação, novamente pela ferramenta do *Google Forms*.

5.2.3 – Segunda rodada da validação

Essa rodada ocorreu no início do mês de junho e os participantes tiveram dez dias para retornar com a avaliação do instrumento. A amostra inicial era de 20 participantes, mas 10 especialistas retornaram com o questionário respondido dentro do período estipulado.

A média de idade entre os participantes foi de 39 anos, sendo 90% do sexo feminino. Entre os especialistas, a maioria atua em atividades de gestão e em internação hospitalar; 50% deles atuam em atividades concomitantes, como por exemplo, em internação hospitalar e como pesquisador ou em gestão e em SAD. Mais características dos participantes estão descritas no quadro 11.

Quadro 11 - Perfil dos profissionais que participaram da segunda rodada de validação

	Descrição	**N. (%)**
Categoria profissional	Médico	1 (10%)
	Enfermeiro	5 (50%)
	Assistente social	2 (20%)
	Farmacêutico	1 (10%)
	Fisioterapeuta	1 (10%)
Tempo de formação	Entre 1 e 5 anos	0
	Entre 6 e 10 anos	3 (30%)
	Entre 11 e 15 anos	3 (30%)
	Entre 16 e 20 anos	1 (10%)
	Mais de 20 anos	3 (30%)
	Especialização	3 (30%)

Nível de formação	Mestrado	3 (30%)
	Doutorado	3 (30%)
	Pós-doutorado	1 (10%)
Área de atuação	Internação Hospitalar	4
	Gestão de serviços de saúde	6
	Atenção Básica	0
	Serviço de Atenção Domiciliar	2
	Educação permanente/ professor/ preceptor	2
	Pesquisador	3
Tempo que trabalha com atividades de Transição do Cuidado	Entre 1 e 5 anos	3 (30%)
	Entre 6 e 10 anos	5 (50%)
	Entre 11 e 15 anos	2 (20%)
Publicações sobre Transição do Cuidado	Sim	4 (40%)
	Não	6 (60%)

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

O quadro12 traz os resultados do cálculo do IVC em relação a clareza e pertinência ou representatividade de cada bloco do instrumento. A média do cálculo do IVC para clareza foi de 0,95 (95% de concordância) e para pertinência foi de 0,96 (96% de concordância).

Quadro 12 - Cálculo do IVC da segunda rodada de validação de conteúdo

BLOCOS AVALIADOS	CLAREZA	PERTINENTE OU REPRESENTATIVO
Quanto a alteração do título para "CHECKLIST PARA ALTA HOSPITALAR SEGURA"	1,00	1,00
Quanto às instruções iniciais do checklist	0,9	1,00
Quanto ao bloco de IDENTIFICAÇÃO:	1,00	1,00
Em relação ao bloco SUPORTE SOCIAL:	1,00	1,00

Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - USO DE OXIGÊNIO (O2) DOMICILIAR:	1,00	1,00
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - TRAQUEOSTOMIA :	1,00	1,00
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ALIMENTAÇÃO / DIETA:	1,00	1,00
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - DIÁLISE:	1,00	1,00
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ELIMINAÇÕES URINÁRIAS:	1,00	1,00
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - ELIMINAÇÕES INTESTINAIS:	0,9	0,9
Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - CURATIVOS:	1,00	0,9

Quanto ao bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE - MEDICAMENTOS:	0,9	0,9
Quanto ao bloco DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVDs):	0,8	0,9
Quanto às orientações finais do bloco CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:	0,9	0,9
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS – ALTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):	1,00	0,9
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS – ALTA PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD):	0,9	1,00
Quanto ao bloco ENCAMINHAMENTOS PÓS – ALTA AMBULATORIAL:	0,9	0,9
Quanto ao bloco ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE	0,9	0,9

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Em todos os blocos avaliados, a partir do cálculo do IVC, obteve-se uma taxa de concordância igual ou maior que 80%. Dessa forma, considera-se que os itens que compõe o checklist estão validados pelo comitê de especialistas.

Apesar de ter-se alcançado a taxa de concordância, algumas sugestões foram feitas pelos especialistas, o quadro 13 apresenta as alterações realizadas após a análise das pesquisadoras.

Quadro 13 - Sugestões e alterações realizadas no instrumento após a 2ª rodada de validação de conteúdo

BLOCO	SUGESTÃO	JUSTIFICATIVA
Título	Trocar "segura" por "qualificada".	As pesquisadoras decidiram manter o título como "*Checklist* para alta hospitalar".
Instruções iniciais	Acrescentar a informação sobre a opção para marcar "NA" – não se aplica.	Alguns itens do *checklist,* em que a orientação não é necessária, a opção NA fica mais adequada.
BLOCO - CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:		
Alimentação / dieta	Acrescentar a opção "NA".	Marcar "NA" quando a orientação ao paciente não é necessária.
Eliminações urinárias	Acrescentar item sobre o uso de fraldas e eliminações espontâneas; juntar as orientações de enfermagem sobre cateterismo; acrescentar item sobre o local de retirada de materiais.	Acrescentar essas informações para as orientações sobre os cuidados ficarem mais completas.
Medicamentos	As pesquisadoras reavaliaram os itens e os reformularam para poder diminuir o tamanho do instrumento.	

Dependência para atividades da vida diária (AVDs)	Alterar o título do bloco para “nível de dependência”.	Os profissionais podem não saber quais são as AVDs, então fica mais adequado colocar e citar os cuidados básicos.
Orientações finais	Alterar o título do bloco para “outras orientações”.	Parece ficar mais adequado ao bloco.
BLOCO – ENCAMINHAMENTOS PÓS-ALTA		
SAD	Rever a redação do terceiro item do bloco.	Para ficar mais claro o que o item quer dizer.

Fonte: elaborado pela autora, 2021

A versão final do checklist para a alta hospitalar foi obtida com duas rodadas de validação de conteúdo. No capítulo a seguir, está descrito o produto.

5.3 Produto

Após duas rodadas para validação de conteúdo com a utilização da Técnica de Delphi foi obtido foi consenso entre os especialistas. O "*Checklist* para alta hospitalar" contém 17 blocos que são divididos em: "Instruções iniciais"; "Identificação"; "Suporte social"; "Cuidados/ orientações para pacientes e familiares sobre:", o qual é dividido em 10 blocos; "Encaminhamentos pós-alta", que é dividido em três blocos e "Orientações para os profissionais da rede de saúde". A versão final do instrumento segue abaixo:

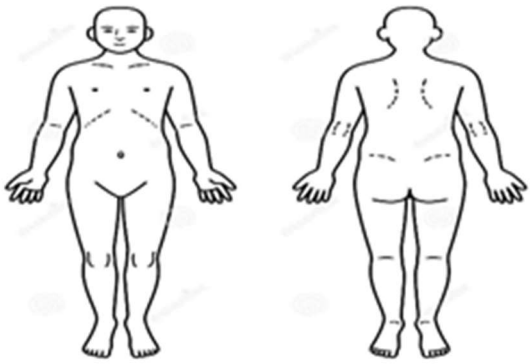
EGA ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS	**CHECKLIST PARA ALTA HOSPITALAR**
O planejamento da alta deve ocorrer a partir da internação do paciente e os rounds multidisciplinares são os principais momentos destinados a essa organização. Este checklist deve ser preenchido durante a internação e no mínimo 72 horas antes da alta, devendo estar completo até o dia da alta hospitalar. ➢ Marque “sim” quando os cuidados/orientações, encaminhamentos e orientações aos profissionais da rede de atenção forem realizados. ➢ Marque “não” para todas as opções que não são necessárias para a transição de cuidado. ➢ Marque “NA” quando a opção não se aplica ao paciente.	
LISTA DE SIGLAS	

ILPI - instituição de longa permanência para idosos BPC - benefício de prestação continuada ON – óculos nasal CN – cateter nasal CPAP - pressão positiva contínua nas vias aéreas BiPAP - pressão positiva em vias aéreas a dois níveis	VO – via oral SNE – sonda nasoentérica NPT – nutrição parenteral total SVA – sondagem vesical de alívio SVD – sondagem vesical de demora NA – não se aplica

IDENTIFICAÇÃO		PREVISÃO DE ALTA: ___/___/___
Preencha os dados ou cole a etiqueta com as informações do paciente		
Nome completo:		
Registro:	Data de nascimento:	
CPF:	Data de internação:	

SUPORTE SOCIAL		
Cidade onde reside:		
Responsável pelo paciente: _____ Idade do responsável:_____ Grau de parentesco: ( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) outro_____ Telefones para contato: E-mail:		
Responsável pelo cuidado do paciente e para receber as orientações: _____ ( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) cuidador(a) ( ) outro_____ Telefones para contato: E-mail:		
Antes da internação o paciente morava: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____		
Após a internação o paciente residirá: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____		
Tipo de moradia: ( ) casa com quarto individual ( ) casa com quarto compartilhado ( ) albergue ( ) abrigo ( ) quarto alugado com banheiro individual ( ) quarto alugado com banheiro coletivo		
Renda do paciente/família:		
Renda proveniente de: ( ) aposentadoria ( ) bolsa família ( ) pensão ( ) BPC ( ) salário ( ) outros _____		
Faz algum acompanhamento dos seus problemas de saúde? ( ) SIM ( ) NÃO	Onde?	
Unidade de saúde de referência/telefone: Tem vínculo ativo com a unidade? ( ) SIM ( ) NÃO		
Irá precisar de transporte no dia da alta? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) transporte próprio/vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município ( ) outro_____ Quem deve ser acionado? Telefone:		

CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:		
USO DE OXIGÊNIO (O_2) DOMICILIAR	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica – encaminhou avaliação para equipe da pneumologia	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares – após a liberação do uso de O_2 pela pneumologia, encaminharam a documentação para a instalação do O_2 pelo município	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados com o uso de O_2 por: ( ) ON ___l/min. ( ) CN ___l/min. ( ) CPAP ___cmH_2O / ___l/min. ( ) BiPAP __/__cmH_2O / ___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO
Oxigênio instalado no domicílio / data:	( ) SIM	( ) NÃO
TRAQUEOSTOMIA (TQT) (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou cuidados com aspiração, limpeza, curativo e troca de cadarço da TQT: ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - adquiriram aspirador portátil e foram orientados quanto ao manuseio	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente tem plano de retirada da TQT após a alta	( ) SIM	( ) NÃO
ALIMENTAÇÃO / DIETA		
Nutrição por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia		
Dieta por via oral – nutricionista orientou sobre a dieta que o paciente deve seguir	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO

Fonoaudióloga – orientou sobre cuidados no momento da alimentação e exercícios que podem ser realizados após a alta	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Dieta por sonda (Instalada em:___/___/___)	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Nutricionista – orientou sobre a forma de nutrição que o paciente deverá continuar após a alta e entregou a documentação para a aquisição da dieta pela SES/RS	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou os cuidados com a sonda	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - encaminharam a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição de dietas especiais pela SES/RS	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
DIÁLISE		( ) SIM	( ) NÃO
( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal			
Assistente social – solicitou vínculo com clínica de hemodiálise		( ) SIM	( ) NÃO
Será necessário transporte para o paciente até a clínica		( ) SIM	( ) NÃO
Assistente social – orientou o fluxo para solicitação do transporte e será realizado pela(o): ( ) transporte próprio/ vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município ( ) outro _____		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente e familiares treinados para a realização da diálise peritoneal		( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES URINÁRIAS			
( ) espontâneas ( ) incontinente, em uso de fraldas ( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre____ (Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)		( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados em relação ao cateterismo (SVA ou SVD) ou com a ostomia e possibilitou que o paciente ou cuidador realizasse o procedimento sob sua supervisão		( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre o local de retirada ou compra dos materiais e sobre a troca da sonda na unidade de saúde		( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS POR ESTOMA		( ) SIM	( ) NÃO
( ) ileostomia ( ) colostomia		( ) SIM	( ) NÃO
Enfermeira estomaterapeuta – orientou os cuidados com a ostomia		( ) SIM	( ) NÃO
Local de retirada das bolsas:			
CURATIVOS		( ) SIM	( ) NÃO
Local do curativo (marque na figura) 	Tipo de lesão: Cobertura especial utilizada na realização do curativo:		
Enfermagem – orientou os cuidados para a realização do curativo e o local de retirada ou compra dos materiais		( ) SIM	( ) NÃO
MEDICAMENTOS		( ) SIM	( ) NÃO
Orientações sobre o uso de medicamento(s): ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) opióides ( ) antimicrobiano ( ) outros:_____		( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre o uso, reações adversas e local de retirada ou compra do(s) medicamento(s) assinalados acima		( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre os formulários para aquisição de medicamentos especiais		( ) SIM	( ) NÃO
NÍVEL DE DEPENDÊNCIA			

Paciente totalmente dependente de auxílio para cuidados básicos (banho, alimentação, andar, vestir-se)		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente precisa de algum auxílio para cuidados básicos		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente precisa apenas de supervisão para cuidados básicos		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente independente		( ) SIM	( ) NÃO
OUTRAS ORIENTAÇÕES			
Assistente social – orientou responsáveis pelo paciente sobre como adquirir fraldas, cama hospitalar, cadeira de rodas ou andador / bengala	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Assistente social – orientou sobre encaminhamentos para curatela ou benefícios para recursos financeiros	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados de higiene e conforto e possibilitou que o cuidador participasse desses cuidados durante a internação	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados para prevenção de quedas e de lesões por pressão	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Fisioterapia – orientou sobre exercícios no domicílio, saída do leito e prevenção de quedas	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem - orientou sobre os métodos farmacológicos e não - farmacológicos para alívio da dor	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – estimulou o paciente para participar de grupo de tabagismo	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – orientou sobre a importância de seguir corretamente e completar o tratamento para tuberculose	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – orientou sinais e sintomas relacionados a infecções	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - orientou os responsáveis pelo paciente que em caso de urgência devem retornar a emergência do hospital	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – questionou o paciente e responsáveis se compreenderam as orientações fornecidas pela equipe. Se a resposta for "não", em qual orientação ficaram em dúvida?	( ) NA	( ) SIM	( ) NÃO
ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA			
TIPO DE SERVIÇO			
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)		( ) SIM	( ) NÃO
Consulta – data / hora / profissional:		( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da consulta:			
Visita domiciliar – prevista para:		( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da visita domiciliar:			
Supervisão do paciente devido a baixa adesão ao tratamento medicamentoso		( ) SIM	( ) NÃO
Reabilitação ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia		( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de reabilitação e orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento		( ) SIM	( ) NÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)		( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - realizou o encaminhamento para avaliação do SAD		( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da necessidade de acompanhamento pelo SAD:			
Houve articulação entre a equipe do SAD e a equipe médica assistente sobre a alta do paciente?		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente aceito para acompanhamento pelo SAD		( ) SIM	( ) NÃO
AMBULATORIAL		( ) SIM	( ) NÃO
Paciente tem vínculo ambulatorial com _____		( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas agendou consulta - data / hora / profissional:		( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de encaminhamento ambulatorial para especialidade _____		( ) SIM	( ) NÃO

Orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento para especialidade	( ) SIM	( ) NÃO
ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE		
Informado quanto ao suporte social do paciente e rede familiar para os cuidados	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de uso de O_2 domiciliar por: ( ) ON ___l/min. ( ) CN ___l/min. ( ) CPAP ___cmH_2O / ___l/min. ( ) BiPAP __/__cmH_2O / ___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com TQT, instalada em ___/___/___ ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
A nutrição do paciente é por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia Data da sonda ___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição da dietas especiais no SES/RS foi entregue aos familiares	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de: ( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal Já vinculado à clínica de hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação urinária é: ( ) espontânea ( ) incontinente, em uso de fraldas ( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre____ (Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação intestinal é por: ( ) ileostomia ( ) colostomia Data ___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que foi orientado onde as bolsas das ostomias podem ser retiradas	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de cuidados com curativos. Informado o local, o tipo de lesão e a cobertura especial utilizada para a realização do curativo	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente faz uso de medicamentos e precisa de supervisão com: ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) opióides ( )antimicrobiano ( ) outras:_____	( ) SIM	( ) NÃO
Informado o nível de dependência e os cuidados com higiene e conforto, prevenção de quedas e lesões por pressão, exercícios no domicílio e saída do leito	( ) SIM	( ) NÃO
Informado sobre a necessidade de encaminhamento de transporte para hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que o paciente referiu interesse em participar de grupo de tabagismo	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que o paciente está em tratamento para tuberculose e precisa de supervisão. Em caso de tratamento com esquema especial, paciente e familiares orientados onde devem retirar as medicações.	( ) SIM	( ) NÃO
Observações		
Profissional responsável (assinatura e carimbo)		

6 APLICABILIDADE

O *checklist* para alta hospitalar é um instrumento de trabalho para a equipe de gestão de altas para a padronização dos cuidados aos pacientes e articulação entre as equipes envolvidas no processo de transição de cuidados. Irá contribuir para que os cuidados e as orientações para a alta sejam realizados no tempo certo, durante a internação, evitando o atraso na saída do paciente do hospital. Além disso, as informações oriundas do checklist, auxiliarão o processo de transição de cuidados, através da comunicação com a rede de atenção à saúde, possibilitando que as informações sobre a internação cheguem aos profissionais que darão continuidade ao cuidado do paciente.

Durante a trajetória de construção, foi possível perceber que muitas das práticas orientadas pela literatura são realizadas no dia-a-dia da equipe multidisciplinar e da gestão de altas, mas carecia um instrumento de registro e de guia para as etapas da transição de cuidado.

A realização deste trabalho também é importante para estimular as instituições a criarem equipes de gestão de altas ou designar profissionais específicos para essa tarefa, pois, é dessa forma que é possível obter resultados positivos nas desospitalizações e na continuidade do cuidado pós-alta. O instrumento elaborado e validado também poderá ser utilizado por outras instituições, com adaptações a cada realidade.

O próximo passo deste trabalho será o pré-teste do *checklist*, que será realizado pela equipe de gestão de altas do HNSC e tem como objetivo verificar se todos os itens do instrumento estão adequados para a sua utilização. Se for aprovado, o instrumento estará pronto para ser utilizado nas transições de cuidado para a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) [Internet]. [cited 2020 May 15]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def

2. Dias BM. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2015. p. 76.

3. Chopra I, Wilkins TL, Sambamoorthi U. Hospital length of stay and all-cause 30-day readmissions among high-risk medicaid beneficiaries. J Hosp Med [Internet]. 2016;11(4). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826556/

4. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2014;4(6):30–6. Available from: http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/4191

5. Alper, E; O'malley, TA; Greenwald J. Hospital discharge and readmission. UpToDate, Inc. and/or its affiliates [Internet]. Janeiro. 2020. Available from: www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission

6. Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ, Ruhter J, Epstein AM. Readmissions, observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. N Engl J Med [Internet]. 2016;374:1543–51. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NeJmsa1513024

7. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. Aquichan [Internet]. 2019;19(4):1–12. Available from: http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5

8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Relatório Integrado 2018. Porto Alegre. Grupo Hospitalar Conceição, editor. Porto Alegre-RS; 2018.

9. Nascimento AB do. Gerenciamento De Leitos Hospitalares: Análise Conjunta Do Tempo De Internação Com Indicadores Demográficos E Epidemiológicos. Rev Enferm e Atenção à Saúde [Internet]. 2015;4(1):65–78. Available from: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1264/1135

10. Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, et al. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. J Hosp Med [Internet]. 2013;8(8):444–9. Available from: https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127037/checklist-safe-discharge-practices

11. NICE. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877

12. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving Beyond Readmission Penalties : Creating an Ideal Process to Improve Transitional Care. J Hosp Med [Internet]. 2013;8(12):102–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650641/

13. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. 2016 [cited 2020 May 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1

14. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM, Marques GQ. Transição Do Cuidado Do Hospital Para O Domicílio: Revisão Integrativa. Cogitare Enferm [Internet]. 2017;22(3). Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876317/47615-209527-1-pb.pdf

15. Pacho C, Domingo M, Núñez R, Lupón J, Moliner P, de Antonio M, et al. Una consulta específica al alta (STOP-HF-Clinic) reduce los reingresos a 30 días de los pacientes ancianos y frágiles con insuficiencia cardiaca. Rev Española Cardiol [Internet]. 2017;70(8):631–8. Available from: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893217300325

16. Federman AD, Soones T, DeCherrie L V., Leff B, Siu AL. Association of a bundled hospital-at-home and 30-day postacute transitional care program with clinical outcomes and patient experiences. JAMA Intern Med [Internet]. 2018;178(8):1033–41. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143103/

17. Low LL, Tan SY, Ng MJM, Tay WY, Ng LB, Balasubramaniam K, et al. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: A randomized controlled trial. PLoS One [Internet]. 2017;12(1):1–18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5207403/

18. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019;27. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100349

19. Costa MFBNA da, Andrade SR De, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primaria à Saúde na Espanha. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2019;53:1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477

20. Jotz GP, Junior WC, Kruel AJ, Klug D, Duarte ES, Kraemer FZ, Azevedo RO O. Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS. Porto Alegre- RS: Grupo Hospital Conceição; 2018.

21. Eggen AC, Jalving M, Bosma I, Veenhuis DJ, Bosscher LJ, Geerling JI, et al. A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. Med (United States) [Internet]. 2018;97(46):1–6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257431/

22. Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. BMJ Open [Internet]. 2016;6(12):1–11. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223668/

23. Kable A, Chenoweth L, Pond D, Hullick C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: A qualitative descriptive study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1):1–11. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z

24. Rattray NA, Sico JJ, Cox LAM, Russ AL, Matthias MS, Frankel RM. Crossing the communication chasm: Challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic. Jt Comm J Qual Patient Saf [Internet]. 2017;43(3):127–37. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.007

25. Lindquist LA, Miller RK, Saltsman WS, Carnahan J, Rowe TA, Arbaje AI, et al. SGIM-AMDA-AGS Consensus Best Practice Recommendations for Transitioning Patients' Healthcare from Skilled Nursing Facilities to the Community. J Gen Intern Med [Internet]. 2017;32(2):199–203. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3850-8

26. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Rosa R, Ferreira De Araújo D, Antonia N, et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007;20(3):345–50. Available from: https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

27. Alves N, Filho DM. Systemization of Nursing Discharge – an Analysis Based on Roy. 2016;21(2):1–9. Available from: http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/45875-182056-1-PB.pdf

28. Mennuni M, Massimo Gulizia M, Alunni G, Francesco Amico A, Maria Bovenzi F, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: Hospital discharge planning: Recommendations and standards. Eur Hear Journal, Suppl. 2017;19:D244–55.

29. Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR, et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (Re)admission: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(14):1–16.

30. Kuusisto A, Joensuu A, Nevalainen M, Pakkanen T, Ranne P, Puustinen J. Standardizing key issues from hospital through an electronic multi-professional discharge checklist to ensure continuity of care. Stud Health Technol Inform. 2019;264:664–8.

31. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, Dubard CA. Timeliness of outpatient Follow-Up: An Evidence-Based approach for planning after hospital discharge. Ann Fam Med [Internet]. 2015;13(2):115–22. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369604/

32. Stella SA, Keniston A, Frank MG, Heppe D, Mastalerz K, Lones J, et al. Postdischarge telephone calls by hospitalists as a transitional care strategy. Am J Manag Care [Internet]. 2016;22(10):e338–42. Available from: https://www.ajmc.com/view/postdischarge-telephone-calls-by-hospitalists-as-a-

transitional-care-strategy

33. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams M V., Vetter E, et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). J Hosp Med [Internet]. 2016;11(1):39–44. Available from: https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127982/pharmacist-impact-transitional-care

34. Ballard J, Rankin W, Roper KL, Weatherford S, Cardarelli R. Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates. Am J Med Qual [Internet]. 2018;33(6):583–9. Available from: https://doi.org/10.1177/1062860618775528

35. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, Van Deelen BAJ, Moll Van Charante EP, et al. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients the transitional care bridge randomized clinical trial. JAMA Intern Med [Internet]. 2016;176(3):302–9. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2491684

36. Wong FK a. Y, So C, Chau J, Law AK wa. P, Tam SK u. F, McGhee S. Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support. Age Ageing [Internet]. 2015;44(1):143–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255617/

37. Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: A quasi-experimental study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1):1–8. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0750-2

38. Hewner S, Sullivan SS, Yu G. Reducing Emergency Room Visits and In-Hospitalizations by Implementing Best Practice for Transitional Care Using Innovative Technology and Big Data. Worldviews Evidence-Based Nurs [Internet]. 2018;15(3):170–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7299276/

39. Hale TM, Jethwani K, Kandola MS, Saldana F, Kvedar JC. A remote medication monitoring system for chronic heart failure patients to reduce readmissions: A two-arm randomized pilot study. J Med Internet Res [Internet]. 2016;18(4). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890732/

40. Wang QQ, Zhao J, Huo XR, Wu L, Yang LF, Li JY, et al. Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. J Clin Nurs [Internet]. 2018;27(19–20):3592–602. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14515

41. Hamar B, Rula EY, Wells AR, Coberley C, Pope JE, Varga D. Impact of a scalable care transitions program for readmission avoidance. Am J Manag Care [Internet]. 2016;22(1):28–34. Available from: https://www.ajmc.com/view/impact-of-a-scalable-care-transitions-program-for-readmission-avoidance

42. Cao XY, Tian L, Chen L, Jiang XL. Effects of a hospital–community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: A randomized controlled trial. Japan J Nurs Sci [Internet]. 2017;14(4):320–31. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jjns.12160

43. Reidt SL, Holtan HS, Larson TA, Thompson B, Kerzner LJ, Salvatore TM, et al. Interprofessional Collaboration to Improve Discharge from Skilled Nursing Facility to Home: Preliminary Data on Postdischarge Hospitalizations and Emergency Department Visits. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2016;64(9):1895–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5826596/

44. Bindman AB, Cox DF. Changes in health care costs and mortality associated with transitional care management services after a discharge among medicare beneficiaries. JAMA Intern Med [Internet]. 2018;178(9):1283. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6583218/

45. Gunadi S, Upfield S, Pham N-D, Yea J, SchmiedeBerG MB SG. Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. Am J Heal Pharm [Internet]. 2015;72:1147–52. Available from: https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/72/13/1147/5111381?redirectedFrom=fulltext

46. Wong FKY, Ng AYM, Lee PH, Lam PT, Ng JSC, Ng NHY, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: A randomised controlled trial. Heart [Internet]. 2016;102(14):1100–8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941184/

47. Delatorre PpG, Sá SPC, Valente GSC, Rosa ZS. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. Rev Enferm (Lisboa) [Internet]. 2013;7(12):7151–9. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387

48. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. Rev enferm UFPE line [Internet]. 2018;12(12):3190–6. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231432/30756%0A

49. Whitehouse CR , Nancy C Sharts-Hopko, Smeltzer SC et al. Supporting Transitions in Care for Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Obesity. Res Gerontol Nurs [Internet]. 2018;11(2):71–81. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6026545/

50. Polit DF; Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre- RS: Artmed; 2011.

51. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo AL de CS, Freitas MRI de, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflections on the use of delphi technique in research in nursing. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 25];13(1):242–51. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31

52. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Institucional [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 25]. Available from:

https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1

53. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Brasil: Hucitec; 2014.

54. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 25];20(3):925–36. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300925&script=sci_abstract&tlng=pt

55. Hulley SB et al. Delineando a pesquisa clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

56. Pasquali L. Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: Laboratório de pesquisa em Avaliação em Saúde; Instituto de psicologia/Unb; 1996. 432 p.

57. Brasil. Conselho Nacional da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de desembro de 2012 [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

58. Aubert CE, Schnipper JL, Williams MV et al. Simplification of the HOSPITAL score for predicting 30-day readmissions. BMJ Qual Saf [Internet]. 2017;26:799–805. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/26/10/799

APÊNDICE 1 – Formulário para coleta de dados

Código do paciente	Idade	Sexo	Cidade	Especialidade médica	Tipo de acompanhamento após a alta	Data da alta	Acompanhamento pactuado após 30 dias da alta	Outro vínculo realizado	Qual vínculo	Reinternou 30 dias pós-alta	Óbito 30 dias pós-alta
1111111	62	M	Porto Alegre	Neurologia	Visita domiciliar	02/08/20	SIM	NÃO	0	NÃO	NÃO
2222222	70	F	Viamão	Med. Interna	Vínculo com unidade de saúde	25/07/20	SIM	SIM	VD	NÃO	SIM

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

APÊNDICE 2 – Roteiro para as entrevistas semiestruturadas

1 – Identificação do profissional
Codificação:
Idade:
Sexo:
Categoria profissional:
Tempo de formação:
Área de atuação atual:
Tempo de atuação com atividades de transição de cuidados:

2 – Roteiro

1 - Como você vê o processo de alta no HNSC?

2 - Quais as dificuldades encontradas no processo de alta?

3 - Quais as facilidades encontradas no processo de alta?

4 - Qual é a sua percepção em relação à transição de cuidados pós-alta no HNSC?

5 - Como é o envolvimento do paciente e da família no processo de desospitalização?

6 – Como é a forma de comunicação sobre a alta do paciente do hospital para as redes de atenção à saúde?

7 - Você percebeu alguma mudança no preparo dos pacientes/familiares para a alta depois do início dos rounds multidisciplinares no HNSC?

8 - O que você considera essencial estar pontuado no *checklist* para transição de cuidado na alta hospitalar? (Quais informações)

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Elaboração do *checklist*

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário de uma pesquisa para a etapa de elaboração de um *checklist*. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar ou não em fazer parte do estudo, assinale ao final do documento.

Título do estudo: Elaboração e validação de um *checklist* para a alta qualificada de pacientes adultos e idosos

Objetivo: Elaborar e validar um *checklist* para a alta qualificada que auxilie na transição de cuidados pós-alta de pacientes adultos e idosos.

Procedimento: Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr.(a) se disponibilize a participar do estudo através de uma entrevista individual, que será realizada pelo *Google Meet* com duração aproximadamente de 30 minutos, fora de seu horário de trabalho. Nesta ocasião, será questionado sobre como você vê o processo de alta hospitalar e transição de cuidados no seu local de trabalho. A partir desse momento será possível identificar facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais das equipes multidisciplinares no processo de desospitalização. Esta pesquisa servirá para qualificar o processo de alta hospitalar e transição de cuidados, com a organização e o preparo do paciente e família para esse momento e a garantia da continuidade do cuidado pós-alta.

Desconfortos, riscos e benefícios: Os possíveis desconfortos e riscos apresentados são mínimos, os quais podem estar relacionados ao tempo dedicado para participar da entrevista ou com a possibilidade de ocorrer eventual desconforto em responder algum dos questionamentos. Você terá a garantia de todo apoio emocional necessário, caso ocorra alguma intercorrência ou dano comprovadamente resultante da sua participação na pesquisa, e terá a liberdade de interromper a participação a qualquer momento. O benefício será indireto, através do conhecimento científico e técnico gerado a partir das coletas das informações.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer

penalidade. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados de forma anônima. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado, havendo a codificação de seu nome para um código que sinalize as informações coletadas. Uma via deste consentimento informado será mantida em poder das pesquisadoras e a outra de mesmo teor permanecerá contigo.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: a participação no estudo não acarretará custos para você, não será disponível nenhuma compensação financeira adicional e nem ressarcimento por despesas decorrentes de sua participação.

Declaração do (a) participante:

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não participar se assim o desejar. A Professora Orientadora Alisia Helena Weis, certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvida poderei entrar em contato pelo telefone (51-992840389), através dos e-mails alisia@ufcspa.edu.br ou jocieleg@ufcspa.edu.br e no endereço das pesquisadoras, Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/RS; CEP 90050-170. Caso eu tenha dúvidas sobre os meus direitos de participante da pesquisa posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (51-33038840), no mesmo endereço das pesquisadora e, também, o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, com Daniela Montano Wilhelms, Coordenadora-geral pelo telefone 3357-2813, endereço Av. Francisco Trein 326, Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h. Declaro que concordo em participar desse estudo. Fui oportunizado a ler e esclarecer as minhas dúvidas.

A concordância ou não com o conteúdo é uma condição essencial para iniciarmos a entrevista.

( ) ACEITO PARTICIPAR ( ) NÃO ACEITO PARTICIPAR

Assinatura do participante: _____

Pesquisadora responsável: Alisia Helena Weis

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Validação do *checklist*

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário de uma pesquisa para a etapa de validação do *checklist*. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Título do estudo: Elaboração e validação de *checklist* para alta qualificada de pacientes adultos e idosos.

Objetivo: Elaborar e validar um *checklist* para a alta qualificada de pacientes adultos e idosos.

Procedimento: Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr.(a) se disponibilize a participar do estudo através da avaliação de conteúdo de um *checklist* para a alta que será encaminhado através de formulário eletrônico, auto aplicado e individual. A estimativa de tempo de duração é de 15 a 20 minutos. Esta pesquisa servirá para qualificar o processo de alta hospitalar e transição de cuidados, com a organização e o preparo do paciente e família para esse momento e a garantia da continuidade do cuidado pós-alta.

Desconfortos, riscos e benefícios: Os possíveis desconfortos e riscos apresentados são mínimos, os quais podem estar relacionados ao tempo dedicado para a avaliação do instrumento ou podendo ocorrer eventual desconforto pela exposição durante a avaliação criteriosa da temática. Você terá a garantia de todo apoio emocional necessário, caso ocorra alguma intercorrência ou dano comprovadamente resultante da sua participação na pesquisa, e terá a liberdade de interromper a participação a qualquer momento. O benefício será indireto, através do conhecimento científico e técnico gerado a partir das coletas das informações.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados de forma anônima. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado, havendo a codificação de

seu nome para um código que sinalize as informações coletadas. Uma via deste consentimento informado será mantida em poder das pesquisadoras e a outra de mesmo teor permanecerá contigo.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: a participação no estudo não acarretará custos para você, não será disponível nenhuma compensação financeira adicional e nem ressarcimento por despesas decorrentes de sua participação.

Declaração do (a) participante:

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não participar se assim o desejar. A Professora Orientadora Alísia Helena Weis, certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvida poderei entrar em contato pelo telefone (51-992840389), através dos e-mails alisia@ufcspa.edu.br ou jocieleg@ufcspa.edu.br e no endereço das pesquisadoras, Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/RS; CEP 90050-170. Caso eu tenha dúvidas sobre os meus direitos de participante da pesquisa posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (51-33038840), no mesmo endereço das pesquisadora e ,também, o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, com Daniela Montano Wilhelms, Coordenadora-geral pelo telefone 3357-2813, endereço Av. Francisco Trein 326, Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h. Declaro que concordo em participar desse estudo. Foi oportunizado a ler e esclarecer as minhas dúvidas.

A concordância ou não com o conteúdo é uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário. O Termo será armazenado na plataforma eletrônica.

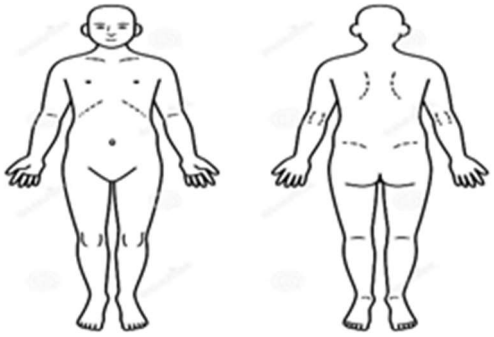
( ) ACEITO PARTICIPAR ( ) NÃO ACEITO PARTICIPAR

Assinatura do participante: _____

Pesquisadora responsável: Alísia Helena Weis

APÊNDICE 5 – Primeira versão do checklist

CHECKLIST PARA ALTA QUALIFICADA		
A organização para a alta deve ocorrer a partir da internação do paciente. Este checklist deve ser iniciado no mínimo 48 horas antes da alta, devendo estar completo até o dia da alta hospitalar. Marque "sim" para os cuidados e orientações necessários no momento em que eles tiverem sido realizados. Marque "sim" para os encaminhamentos realizados de acordo com a necessidade do paciente no pós-alta. Marque "sim" para as orientações fornecidas aos profissionais da rede de atenção no momento do contato.		
LISTA DE SIGLAS		
ILPI - instituição de longa permanência para idosos BPC - benefício de prestação continuada ON – óculos nasal CN – cateter nasal CPAP - pressão positiva contínua nas vias aéreas BiPAP - pressão positiva em vias aéreas a dois níveis	VO – via oral SNE – sonda nasoentérica NPT – nutrição parenteral total SVA – sondagem vesical de alívio SVD – sondagem vesical de demora	
IDENTIFICAÇÃO		PREVISÃO DE ALTA: ___/___/___
Preencha os dados ou cole a etiqueta com as informações do paciente		
Nome completo:		
Registro:	Leito:	
Data de nascimento:	Data de internação:	
SUPORTE SOCIAL		
Cidade onde reside:		
Responsável pelo paciente: _____ Grau de parentesco: ( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) outro_____ Telefones para contato: E-mail:		
Responsável pelo cuidado do paciente e para receber as orientações: _____ ( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) cuidador(a) ( ) outro_____ Telefones para contato: E-mail:		
Antes da internação o paciente morava: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____		
Após a internação o paciente residirá: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____		
Tipo de moradia: ( ) casa com quarto individual ( ) casa com quarto compartilhado ( ) albergue ( ) abrigo ( ) quarto alugado com banheiro individual ( ) quarto alugado com banheiro coletivo		
Renda do paciente/família:		
Renda proveniente de: ( ) aposentadoria ( ) bolsa família ( ) pensão ( ) BPC ( ) salário ( ) outros _____		
Faz algum acompanhamento dos seus problemas de saúde? ( ) SIM ( ) NÃO	Onde?	
Unidade de saúde de referência/telefone:		
Irá precisar de transporte no dia da alta? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) carro da família/vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município Quem deve ser acionado? Telefone:		
CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:		
USO DE OXIGÊNIO (O_2) DOMICILIAR	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica – encaminhou avaliação para equipe da pneumologia	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares – após a liberação do uso de O_2 pela pneumologia, encaminharam a documentação para a instalação do O_2 pelo município	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados com o uso de O_2 por: ( ) ON ___l/min. ( ) CN ___l/min. ( ) CPAP ___cmH_2O / ___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO

( ) BiPAP __/__cmH_2O / ___l/min.		
Oxigênio instalado no domicílio / data:	( ) SIM	( ) NÃO
TRAQUEOSTOMIA (TQT) (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou cuidados com aspiração, limpeza, curativo e troca de cadarço da TQT: ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - adquiriram aspirador portátil e foram orientados quanto ao manuseio	( ) SIM	( ) NÃO
ALIMENTAÇÃO / DIETA	( ) SIM	( ) NÃO
Nutrição por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia ( ) NPT		
Dieta por via oral – nutricionista orientou sobre a dieta que o paciente deve seguir	( ) SIM	( ) NÃO
Fonoaudióloga – orientou sobre cuidados no momento da alimentação e exercícios que podem ser realizados após a alta	( ) SIM	( ) NÃO
Dieta por sonda (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Nutricionista – orientou sobre a forma de nutrição que o paciente deverá continuar após a alta e entregou a documentação para a aquisição da dieta pelo Estado	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou os cuidados com a sonda e os cuidados específicos com a NPT	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - encaminharam a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição de dietas especiais no Estado	( ) SIM	( ) NÃO
DIÁLISE	( ) SIM	( ) NÃO
( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal		
Assistente social – solicitou vínculo com clínica de hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
Será necessário transporte para o paciente até a clínica	( ) SIM	( ) NÃO
Assistente social – organizou o transporte e será realizado pela(o): ( ) família/ vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente e familiares treinados para a realização da diálise peritoneal	( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES URINÁRIAS		
( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre____ (Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre a auto - sondagem e possibilitou que o paciente realizasse o procedimento sob sua supervisão ou orientou o cuidador sobre a realização da SVA e possibilitou a realização do procedimento sob sua supervisão	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados com a SVD ou com a ostomia e sobre a troca da sonda na unidade de saúde	( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS		
( ) ileostomia ( ) colostomia	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermeira estomaterapeuta – orientou os cuidados com a ostomia	( ) SIM	( ) NÃO
Local de retirada das bolsas		
CURATIVOS	( ) SIM	( ) NÃO
Local do curativo (marque na figura) 	Tipo de lesão: Cobertura especial utilizada na realização do curativo:	
Enfermagem – orientou os cuidados para a realização do curativo	( ) SIM	( ) NÃO
MEDICAMENTOS	( ) SIM	( ) NÃO
Orientações sobre o uso de medicamento(s) ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) morfina ( ) outras:_____	( ) SIM	( ) NÃO

Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre possíveis reações adversas dos medicamentos. Em especial, o medicamento _____	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou onde os medicamentos podem ser adquiridos	( ) SIM	( ) NÃO
GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE	( ) SIM	( ) NÃO

Índice de Independência de Katz nas Atividades da Vida Diária

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos:_____ 6 = Independente / 4 = Dependência moderada / 2 ou menos = Muito dependente

(Fonte: Duarte, Andrade e Lebrão,2007)

Assistente social – orientou responsáveis pelo paciente sobre como adquirir cama hospitalar, cadeira de rodas ou andador / bengala	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados de higiene e conforto e possibilitou que o cuidador participasse desses cuidados durante a internação	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados para prevenção de quedas e de lesões por pressão	( ) SIM	( ) NÃO
Fisioterapia – orientou sobre exercícios no domicílio, saída do leito e prevenção de quedas	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem - orientou sobre os métodos farmacológicos e não - farmacológicos para alívio da dor	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - orientou os responsáveis pelo paciente que em caso de urgência devem retornar a emergência do hospital	( ) SIM	( ) NÃO
ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA		
TIPO DE SERVIÇO		
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	( ) SIM	( ) NÃO
Consulta – data / hora / profissional:	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da consulta:		
Visita domiciliar – prevista para:	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da visita domiciliar:		
Reabilitação ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia	( ) SIM	( ) NÃO

Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de reabilitação e orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento	( ) SIM	( ) NÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - realizou o encaminhamento para avaliação do SAD	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da necessidade de acompanhamento pelo SAD:		
Equipe do SAD entrou em contato com equipe médica assistente	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente aceito para acompanhamento pelo SAD	( ) SIM	( ) NÃO
AMBULATORIAL	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente tem vínculo ambulatorial com _____	( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas agendou consulta - data / hora / profissional:	( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de encaminhamento ambulatorial para especialidade _____	( ) SIM	( ) NÃO
Orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento para especialidade	( ) SIM	( ) NÃO
ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE		
Informado quanto ao suporte social do paciente	( ) SIM	( ) NÃO
Informado quanto a fragilidade da rede familiar para os cuidados	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de uso de O_2 domiciliar por: ( ) ON ___l/min. ( ) CN ___l/min. ( ) CPAP ___cmH_2O / ___l/min. ( ) BiPAP __/__cmH_2O / ___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com TQT, instalada em ___/___/___ ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
A nutrição do paciente é por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia ( ) NPT Data da sonda ___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição da dietas especiais no Estado foi entregue aos familiares	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de: ( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal Já vinculado à clínica de hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação urinária é via: ( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre____ (Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação intestinal é por: ( ) ileostomia ( ) colostomia Data ___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que foi orientado onde as bolsas das ostomias podem ser retiradas	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de cuidados com curativos. Informado o local, o tipo de lesão e a cobertura especial utilizada para a realização do curativo	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente faz uso de medicamentos de alto risco e precisa de supervisão frequente ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) morfina ( ) outras:_____	( ) SIM	( ) NÃO
Informado o grau de dependência e os cuidados com higiene e conforto, prevenção de quedas e lesões por pressão, exercícios no domicílio e saída do leito	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que o paciente referiu interesse em participar de grupo de tabagismo	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que o paciente está em tratamento para tuberculose e precisa de supervisão. Em caso de tratamento com esquema especial, paciente e familiares orientados onde devem retirar as medicações.	( ) SIM	( ) NÃO
Observações		
Profissional responsável (assinatura e carimbo)		

APÊNDICE 6 – Segunda versão do checklist

CHECKLIST PARA ALTA HOSPITALAR SEGURA

O planejamento da alta deve ocorrer a partir da internação do paciente e os rounds multidisciplinares são os principais momentos destinados a essa organização. Este checklist deve ser preenchido durante a internação e no mínimo 72 horas antes da alta, devendo estar completo até o dia da alta hospitalar.

- Marque ``sim`` quando os cuidados/orientações, encaminhamentos e orientações aos profissionais da rede de atenção forem realizados.
- Marque ``não`` para todas as opções que não são necessárias para a transição de cuidado.

LISTA DE SIGLAS

ILPI - instituição de longa permanência para idosos	VO – via oral
BPC - benefício de prestação continuada	SNE – sonda nasoentérica
ON – óculos nasal	NPT – nutrição parenteral total
CN – cateter nasal	SVA – sondagem vesical de alívio
CPAP - pressão positiva contínua nas vias aéreas	SVD – sondagem vesical de demora
BiPAP - pressão positiva em vias aéreas a dois níveis	

IDENTIFICAÇÃO

Preencha os dados ou cole a etiqueta com as informações do paciente

PREVISÃO DE ALTA: __/__/__

Nome completo:	
Registro:	CPF:
Data de nascimento:	Data de internação:

SUPORTE SOCIAL

Cidade onde reside:

Responsável pelo paciente:_____ Idade do responsável:_____
Grau de parentesco: ( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) outro_____
Telefones para contato: E-mail:

Responsável pelo cuidado do paciente e para receber as orientações: _____
( ) pai/mãe ( ) cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) sobrinho(a) ( ) cuidador(a) ( ) outro_____
Telefones para contato: E-mail:

Antes da internação o paciente morava: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____

Após a internação o paciente residirá: ( ) sozinho ( ) com cônjuge ( ) filho(a) ( ) irmão(a) ( ) ILPI ( ) outro local _____

Tipo de moradia: ( ) casa com quarto individual ( ) casa com quarto compartilhado ( ) albergue ( ) abrigo ( ) quarto alugado com banheiro individual ( ) quarto alugado com banheiro coletivo

Renda do paciente/família:

Renda proveniente de: ( ) aposentadoria ( ) bolsa família ( ) pensão ( ) BPC ( ) salário ( ) outros _____

Faz algum acompanhamento dos seus problemas de saúde? ( ) SIM ( ) NÃO	Onde?
Unidade de saúde de referência/telefone: Tem vínculo ativo com a unidade? ( ) SIM ( ) NÃO	

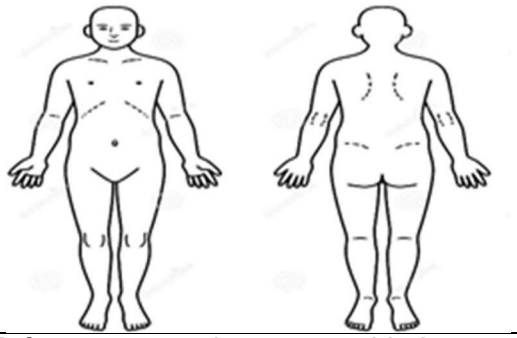
Irá precisar de transporte no dia da alta? ( ) SIM ( ) NÃO
( ) transporte próprio/vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município ( ) outro_____
Quem deve ser acionado? Telefone:

CUIDADOS / ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES SOBRE:

USO DE OXIGÊNIO (O_2) DOMICILIAR	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica – encaminhou avaliação para equipe da pneumologia	( ) SIM	( ) NÃO

Familiares – após a liberação do uso de O_2 pela pneumologia, encaminharam a documentação para a instalação do O_2 pelo município	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados com o uso de O_2 por: ( ) ON___l/min. ( ) CN___l/min. ( ) CPAP___cmH_2O /___l/min. ( ) BiPAP __/__cmH_2O /___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO
Oxigênio instalado no domicílio / data:	( ) SIM	( ) NÃO
TRAQUEOSTOMIA (TQT) (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou cuidados com aspiração, limpeza, curativo e troca de cadarço da TQT: ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - adquiriram aspirador portátil e foram orientados quanto ao manuseio	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente tem plano de retirada da TQT após a alta	( ) SIM	( ) NÃO

ALIMENTAÇÃO / DIETA	( ) SIM	( ) NÃO
Nutrição por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia		
Dieta por via oral – nutricionista orientou sobre a dieta que o paciente deve seguir	( ) SIM	( ) NÃO
Fonoaudióloga – orientou sobre cuidados no momento da alimentação e exercícios que podem ser realizados após a alta	( ) SIM	( ) NÃO
Dieta por sonda (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Nutricionista – orientou sobre a forma de nutrição que o paciente deverá continuar após a alta e entregou a documentação para a aquisição da dieta pela SES/RS	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou os cuidados com a sonda	( ) SIM	( ) NÃO
Familiares - encaminharam a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição de dietas especiais pela SES/RS	( ) SIM	( ) NÃO
DIÁLISE	( ) SIM	( ) NÃO
( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal		
Assistente social – solicitou vínculo com clínica de hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
Será necessário transporte para o paciente até a clínica	( ) SIM	( ) NÃO
Assistente social – orientou o fluxo para solicitação do transporte e será realizado pela(o): ( ) transporte próprio/ vizinhos ( ) ambulância do hospital ( ) transporte do município ( ) outro _____	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente e familiares treinados para a realização da diálise peritoneal	( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES URINÁRIAS		
( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre_____(Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre a auto – sondagem ou orientou o cuidador sobre a realização da SVA e possibilitou que o paciente ou cuidador realizasse o procedimento sob sua supervisão	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados com a SVD ou com a ostomia e sobre a troca da sonda na unidade de saúde	( ) SIM	( ) NÃO
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS		
( ) ileostomia ( ) colostomia	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermeira estomaterapeuta – orientou os cuidados com a ostomia	( ) SIM	( ) NÃO
Local de retirada das bolsas:		
CURATIVOS	( ) SIM	( ) NÃO

Local do curativo (marque na figura) 	Tipo de lesão: Cobertura especial utilizada na realização do curativo:	
Enfermagem – orientou os cuidados para a realização do curativo	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre o local de retirada dos materiais para o curativo	( ) SIM	( ) NÃO
MEDICAMENTOS	( ) SIM	( ) NÃO
Orientações sobre o uso de medicamento(s) ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) opióides ( ) antimicrobiano ( ) outros:_____	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre possíveis reações adversas dos medicamentos. Em especial, o medicamento _____	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre a via e posologia do medicamento	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou onde os medicamentos podem ser adquiridos	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Farmacêutico – orientou sobre os formulários para aquisição de medicamentos especiais	( ) SIM	( ) NÃO
DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVDs)	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente totalmente dependente para AVDs	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente precisa de supervisão ou orientação para uma ou mais AVDs	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente independente para AVDs	( ) SIM	( ) NÃO
ORIENTAÇÕS FINAIS		
Assistente social – orientou responsáveis pelo paciente sobre como adquirir fraldas, cama hospitalar, cadeira de rodas ou andador / bengala	( ) SIM	( ) NÃO
Assistente social – orientou sobre encaminhamentos para curatela ou benefícios pararecursos financeiros	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem – orientou sobre os cuidados de higiene e conforto e possibilitou que o cuidador participasse desses cuidados durante a internação	( ) SIM	( ) NÃO
Enfermagem ou Fisioterapia – orientou os cuidados para prevenção de quedas e de lesões por pressão	( ) SIM	( ) NÃO
Fisioterapia – orientou sobre exercícios no domicílio, saída do leito e prevenção de quedas	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem - orientou sobre os métodos farmacológicos e não - Farmacológicos para alívio da dor	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – estimulou o paciente para participar de grupo de tabagismo	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – orientou sobre a importância de seguir corretamente e completar o tratamento para tuberculose	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – orientou sinais e sintomas relacionados a infecções	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - orientou os responsáveis pelo paciente que em caso de urgência devem retornar a emergência do hospital	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica ou Enfermagem – questionou o paciente e responsáveis se compreenderam as orientações fornecidas pela equipe. Se a resposta for “não”, em qual orientação ficaram em dúvida?	( ) SIM	( ) NÃO
ENCAMINHAMENTOS PÓS –ALTA		
TIPO DE SERVIÇO		
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	( ) SIM	( ) NÃO

Consulta – data / hora / profissional:	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da consulta:		
Visita domiciliar – prevista para:	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da visita domiciliar:		
Supervisão do paciente devido a baixa adesão ao tratamento medicamentoso	( ) SIM	( ) NÃO
Reabilitação ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia	( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de reabilitação e orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento	( ) SIM	( ) NÃO
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)	( ) SIM	( ) NÃO
Equipe médica - realizou o encaminhamento para avaliação do SAD	( ) SIM	( ) NÃO
Motivo da necessidade de acompanhamento pelo SAD:		
Articulação entre a equipe do SAD e a equipe médica assistente sobre a alta do paciente	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente aceito para acompanhamento pelo SAD	( ) SIM	( ) NÃO
AMBULATORIAL	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente tem vínculo ambulatorial com _____	( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas agendou consulta - data / hora / profissional:	( ) SIM	( ) NÃO
Gestão de altas – comunicou equipe de referência da APS sobre a necessidade de encaminhamento ambulatorial para especialidade _____	( ) SIM	( ) NÃO
Orientou os responsáveis pelo paciente para comparecerem a unidade de saúde para entregar o documento de encaminhamento para especialidade	( ) SIM	( ) NÃO
ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE		
Informado quanto ao suporte social do paciente e rede familiar para os cuidados	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de uso de O_2 domiciliar por: ( ) ON___l/min. ( ) CN___l/min. ( ) CPAP___cmH_2O /___l/min. ( ) BiPAP __/__cmH_2O /___l/min.	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com TQT, instalada em___/___/___ ( ) portex ( ) portex com endocânula ( ) metálica	( ) SIM	( ) NÃO
A nutrição do paciente é por: ( ) VO ( ) SNE ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia ( ) NPT Data da sonda___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que a documentação assinada pela nutricionista e pelo médico para aquisição da dietas especiais no Estado foi entregue aos familiares	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de: ( ) hemodiálise ( ) diálise peritoneal Já vinculado à clínica de hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação urinária é via: ( ) SVA (Frequência:) ( ) SVD calibre____ (Instalada em:___/___/___) ( ) urostomia ( ) nefrostomia ( ) cistostomia (Instalada em:___/___/___)	( ) SIM	( ) NÃO
A eliminação intestinal é por: ( ) ileostomia ( ) colostomia Data___/___/___	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que foi orientado onde as bolsas das ostomias podem ser retiradas	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente com necessidade de cuidados com curativos. Informado o local, o tipo de lesão e a cobertura especial utilizada para a realização do curativo	( ) SIM	( ) NÃO
Paciente faz uso de medicamentos e precisa de supervisão com: ( ) insulina ( ) anticoagulante ( ) opióides ( )antimicrobiano ( ) outras:_____	( ) SIM	( ) NÃO
Informado o grau de dependência e os cuidados com higiene e conforto, prevenção de quedas e lesões por pressão, exercícios no domicílio e saída do leito	( ) SIM	( ) NÃO
Informado sobre a necessidade de encaminhamento de transporte para hemodiálise	( ) SIM	( ) NÃO
Informado que o paciente referiu interesse em participar de grupo de tabagismo	( ) SIM	( ) NÃO

Informado que o paciente está em tratamento para tuberculose e precisa de supervisão. Em caso de tratamento com esquema especial, paciente e familiares orientados onde devem retirar as medicações.	( ) SIM	( ) NÃO
Observações		
Profissional responsável (assinatura e carimbo)		