



PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA



AUTORES

- ❖ Pedro Chandllis Alencar Vasconcelos (Universidade Federal Fluminense)
- ❖ Dra. Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco (Universidade Federal Fluminense)
- ❖ Dra. Patrícia Rezende do Prado (Universidade Federal do Acre)

POTENCIAIS UTILIZADORES

- ❖ Equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem);
- ❖ Acadêmicos de enfermagem;
- ❖ Pesquisadores;
- ❖ Gestão de leitos e;
- ❖ Autogestão.

PÚBLICO-ALVO

- ❖ Pacientes internados na enfermaria clínica médica;
- ❖ Idade igual ou superior a 18 anos;
- ❖ Perspectiva de tempo de internação igual ou superior a 5 dias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HSJ	Hospital Santa Juliana
MPEA	Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAC	Universidade Federal do Acre

SUMÁRIO

Capítulo 1 - APRESENTAÇÃO E FINALIDADE DO PROTOCOLO

Capítulo 2 – REVISÃO DE LITERATURA

Identificação da Questão da Pesquisa

Fontes de Informação e Critério de Inclusão

Estratégias de Busca

Seleção dos Estudos

Extração de Dados

Síntese dos Dados

Resultados da Revisão Sistemática

Capítulo 3 - ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

Planejamento e Desenvolvimento

Design do Protocolo

Capítulo 4 - RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

Planejamento, Desenvolvimento e Avaliação do Protocolo

Capítulo 5 - CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

Etapas Futuras

Plano de implementação

Capítulo 6 - APLICABILIDADE E INDEPENDÊNCIA EDITORIAL.

Capítulo 7 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Conciliação Medicamentosa

Educação em Saúde

Carta de Alta

Coordenação de Cuidados

Transição de cuidado para atenção domiciliar

Capítulo 8 – INSTRUMENTO

REFERÊNCIAS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Vasconcelos, Pedro Chandllis Alencar

Protocolo de planejamento de alta hospitalar para
pacientes internados em clínica médica / Pedro
Chandllis Alencar Vasconcelos, Juliana de Melo
Vellozo Pereira Tinoco, Patrícia Rezende do Prado. --
Rio Branco, AC : Ed. dos Autores, 2024.

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-04989-2

1. Clínica médica - Manuais, guias, etc
2. Enfermagem 3. Medicina e saúde 4. Protocolos
médicos I. Tinoco, Juliana de Melo Vellozo Pereira.
II. Prado, Patrícia Rezende do. III. Título.

24-210633

CDD-610

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina e saúde 610

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Capítulo 1 - APRESENTAÇÃO E FINALIDADE DO PROTOCOLO

Este protocolo institucional trata-se da primeira versão do Protocolo de Planejamento de Alta Hospitalar para pacientes internados em clínica médica (HSJ).

Protocolo é um instrumento normativo que permite a sistematização de minuciosas linhas de cuidado específicas, que auxiliam os enfermeiros no planejamento das ações, colaborando na legitimação das práticas e auxiliando nas dificuldades do exercício profissional.¹

Este protocolo foi construído coletivamente com bases ética, legais e científicas sólidas e seguirá o modelo validado pelo time de implementação e pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do referido hospital.

O protocolo tem o objetivo de orientar a equipe de enfermagem no manejo programático e operacional do planejamento de alta hospitalar, que conduzirá os profissionais de enfermagem nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Prevê ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educativas, sociais e farmacológicas que serão compartilhadas com outros profissionais.

Logo, este protocolo visa melhorar a qualidade da atenção à saúde do indivíduo, melhorar a experiência dos pacientes, reduzir o tempo de internação e a taxa de reinternação, dentre outros indicadores, baseado em extensa revisão de evidências científicas.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a construção de protocolos imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida. O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; melhoram a qualidade de serviços prestados aos clientes; padronizam as condutas; melhoram o planejamento e controle da instituição, dos procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.^{2,3}

Capítulo 2 – REVISÃO DE LITERATURA

Para a elaboração do protocolo, inicialmente, foram utilizadas as variáveis independentes identificadas em uma revisão sistemática da Cochrane publicada em 2022.

Os itens identificados na revisão sistemática contemplados como intervenções de enfermagem para o planejamento de alta hospitalar foram: conciliação medicamentosa, educação em saúde, coordenação de cuidados, transição de cuidados para atenção domiciliar e carta de alta.

Identificação da Questão da Pesquisa

A pergunta de pesquisa da revisão sistemática foi orientada por uma tabela de resumo dos resultados usando os seguintes desfechos: readmissão hospitalar não programada, tempo de internação hospitalar, estado de saúde, satisfação e custos. Foram utilizadas as cinco considerações GRADE (limitações do estudo, consistência do efeito, imprecisão, caráter indireto e risco de viés) para avaliar a certeza da evidência no que se refere aos principais resultados.

As perguntas que a revisão sistemática tentou responder ao longo do estudo foram: Um plano de alta estruturado e adaptado ao paciente com uma ou mais condição médica, reduz o tempo de internação, readmissão e custo hospitalar? Melhora o estado de saúde e aumenta a satisfação do cliente?

Fontes de Informação e Critério de Inclusão

A principal fonte de evidência considerada no estudo trata-se da quinta atualização da revisão sistemática da Cochrane publicada em 24 de fevereiro de 2022, a qual incluiu 33 ensaios clínicos randomizados considerados em sua maioria com baixo risco de viés. Foram comparados um plano de alta individualizado com uma alta de rotina que não foi adaptada a cada participante. Os autores da revisão procuraram estudos publicados até abril de 2021.

A randomização fornece uma comparação justa entre dois ou mais grupos de intervenção, equilibrando, em média, a distribuição de fatores prognósticos conhecidos e desconhecidos na linha de base entre os grupos de intervenção.⁵⁵

Foram excluídos da revisão os estudos que não incluíssem uma fase de avaliação ou implementação no plano de alta; se o planejamento da alta parecia ser uma parte menor de uma intervenção multifacetada; ou se o foco estava na prestação de cuidados após a alta.

Quadro 01 - Histórico de versões da revisão sistemática.

Publicação	Título	Estágio	Autores	Versão
24/02/2022	Planejamento de alta hospitalar	Análise	Daniela C Gonçalves-Bradley, Natasha A Lannin, Lindy Clemson, Ian D Cameron, Sasha Shepperd	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6
27/01/2016	Planejamento de alta hospitalar	Análise	Daniela C. Gonçalves-Bradley, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Ian D Cameron, Sasha Shepperd	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5
31/01/2013	Planejamento de alta do hospital para casa	Análise	Sasha Shepperd, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Annie McCluskey, Ian D Cameron, Sarah L Barras	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub4
20/01/2010	Planejamento de alta do hospital para casa	Análise	Sasha Shepperd, Jacqueline McClaran, Christopher O Phillips, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Annie McCluskey, Ian D Cameron, Sarah L Barras	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub3
26/01/2004	Planejamento de alta do hospital para casa	Análise	Sasha Shepperd, Julie Parkes, Jacqueline JM McClaran, Christopher Phillips	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub2
17/08/2000	Planejamento de alta do hospital para casa	Análise	J Parkes, Sasha S Shepperd	https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313

Estratégias de Busca

Foram utilizadas as bases de dados PUBMED CENTRAL, MEDLINE, Embase e dois registros de ensaios clínicos em 20 de abril de 2021. Também foi realizada verificação de referências, pesquisa de citações e contato com autores de estudos para identificar

estudos adicionais.

Seleção dos Estudos

Foram selecionados ensaios clínicos randomizados que compararam um plano de alta individualizado com uma alta de rotina que não foi adaptada a cada participante. Os participantes eram pacientes internados em hospitais.

Extração de Dados

Dois revisores realizaram de forma independente a análise dos dados e a avaliação da qualidade usando uma planilha de extração de dados pré-elaborada. Agruparam estudos realizados por idosos com alguma condição médica, pessoas em recuperação de cirurgia e estudos que recrutaram participantes com uma combinação de condições.

Síntese dos Dados

Foram calculadas razões de risco (RR) para desfechos dicotômicos e diferenças médias (DM) para dados contínuos usando metanálise de efeito fixo. As diferenças existentes no relato dos resultados foram resumidas para cada ensaio no texto, quando não foi possível combinar os dados dos resultados.

Resultados da Revisão Sistemática

Esta revisão avaliou a eficácia do planejamento de alta hospitalar. Trinta e três ensaios randomizados preencheram os critérios pré-especificados para inclusão. Foram combinados dados de estudos que recrutaram participantes mais velhos com uma condição médica e foi evidenciado que o planejamento de alta provavelmente resulta em uma pequena redução no tempo de internação hospitalar e provavelmente reduz o risco de readmissões hospitalares não programadas em uma média de três meses de acompanhamento.

O planejamento da alta pode levar a um aumento da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde. É incerto se há alguma diferença no custo dos cuidados quando o planejamento de alta é implementado devido aos diferentes métodos usados para custear os recursos e ao intervalo de anos dos ensaios que relataram dados sobre o uso e custo dos recursos, variando de 1994 a 2019.

Capítulo 3 - ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

A elaboração do Protocolo de Planejamento de Alta Hospitalar para Pacientes Internados em Clínica Médica: Proposta De Implementação, será desenvolvida por enfermeiros da prática assistencial e pesquisadores da área da Enfermagem.

Planejamento e Desenvolvimento

- **Pedro Chandlis Alencar Vasconcelos:** Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial pela Universidade Federal Fluminense (UFF). (Lider do Time de Implementação).
- **Patrícia Rezende do Prado:** Pós Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP, Capes 7) e Especialista em Terapia Intensiva. Docente da Universidade Federal do Acre. Atualmente está lotada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) ministrando disciplinas da Área de Enfermagem Fundamental.
- **Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco:** Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA). Especialização em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora de Enfermagem da Unidade Coronariana do Hospital Universitário Antônio Pedro - Niterói, RJ.

Design do Protocolo

Será contratada uma empresa de design gráfico para trabalhar com a edição do protocolo.

Capítulo 4 - RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

O planejamento de alta é o desenvolvimento de um plano de alta individualizado destinado para o paciente desde o momento da admissão, implementado antes de voltar para o ambiente pós hospitalar.

O planejamento da alta tem como finalidade proporcionar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, desta forma, pode ser uma intervenção independente, possibilitando incluir apoio pós-alta ou incorporar a outras diversas possibilidades de intervenções. Por exemplo, preparar o paciente/familiar para a alta planejada com segurança através de educação em saúde, conciliação medicamentosa, ou mesmo, fazer parte de uma revisão de medicamentos no momento da alta.

A OMS tem advertido nos últimos anos quanto aos erros de medicação e evidenciados maior atenção aos erros que podem ocorrer no momento da desospitalização, com evidências indicando que os erros são mais prováveis durante transferência do paciente de um ambiente hospitalar para outro.⁵⁸

De acordo com alguns estudos, cerca de 98.000 norte-americanos chegam a óbito por ano devido a erros relacionados à assistência à saúde, considerados uma das principais causas de mortes nos Estados Unidos.⁵⁹

Em diversos países é comum o planejamento de alta hospitalar. Infelizmente, essa realidade não é rotineira nos sistemas de saúde do Brasil, principalmente, na região Amazônica, em especial no Estado do Acre, cuja grande parte dos pacientes é de população ribeirinha, colonos, indígenas ou refugiados.

No hospital de estudo não existe protocolo de planejamento de alta hospitalar, e raramente, são contrarreferenciadas. As altas hospitalares são realizadas convencionalmente, sem planejamento e acompanhamento pós-alta.

Neste sentido, o rigor do desenvolvimento do Protocolo de Planejamento de Alta Hospitalar foi norteado por uma Revisão Sistemática da Cochrane publicada em 2022, que avaliou a eficácia do planejamento da alta de pacientes individuais, considerando os indicadores tempo de internação hospitalar, readmissão hospitalar não programada, estado de saúde do paciente, satisfação de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, uso de recursos de saúde e custos. **Planejamento, Desenvolvimento e Avaliação do Protocolo**

O protocolo foi elaborado por meio das variáveis independentes identificadas em uma revisão sistemática da Cochrane publicada em 2022. O protocolo futuramente será avaliado por enfermeiros que trabalham em enfermaria clínica, por meio de reuniões de equipe, utilizando a ferramenta *Plan - Do - Study - Act* (PDSA).⁵⁷ Ao executar um ciclo de PDSA, há um planejamento para testar a mudança com previsões do resultado esperado do protocolo de alta (*Plan*), realização do teste (*Do*), observação, análise e aprendizados com o teste (*Study*) e determinar quais modificações, se houver, para fazer para o próximo ciclo (*Act*).⁵⁷

Capítulo 5 - CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

Etapas Futuras

O protocolo deverá ser atualizado a cada cinco anos através de novos estudos de revisão para garantia de práticas pautadas nas melhores evidências. A criação e consolidação de um Time de Implementação e Grupo de Estudo voltados para o Processo de Enfermagem, para fortalecer a usabilidade do Protocolo será necessária. Outras etapas futuras será a adaptação e validação de conteúdo do protocolo com os profissionais de outros setores do hospital, envolvendo outras especialidades.

Plano de implementação

O protocolo deve ser implementado por enfermeiros que possuem escalas de trabalho nas enfermarias da Clínica Médica.

Nesta etapa, por se tratar de um estudo de implementação de melhorias, os profissionais participantes da pesquisa serão submetidos a treinamentos em serviço sobre a aplicação do protocolo com dinâmicas, cursos, entre outras possibilidades de intervenção.

O plano de implementação do protocolo deverá ser norteado pelas diretrizes “*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*” (Check-liste equator SQUIRE 2.0), publicado em 2016.⁶¹

Em relação às principais barreiras e para a implementação de alta hospitalar planejada de enfermagem referenciados pelos enfermeiros, segue o quadro abaixo com as principais respostas agrupadas:

Quadro 2 - Apresentação de barreiras e facilitadores relatados pelos enfermeiros sobre a implementação de um planejamento de alta hospitalar. Rio Branco-Acre, 2024.

FATORES DIFICULTADORES (BARREIRAS) PARA O PLANEJAMENTO DE ALTA	FATORES QUE FACILITAM AO PLANEJAMENTO DE ALTA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo escasso no plantão para priorizar o planejamento de alta. 2. Baixo grau de escolaridade dos pacientes para entendimento de um planejamento de alta. 3. Possível baixa adesão dos profissionais de enfermagem à proposta. 4. Falta de experiência com o planejamento de alta de enfermagem. 5. O planejamento de alta precisar estar alinhado ao prontuário eletrônico, quando o mesmo for implementado na instituição. 6. Gastos com insumos, pelo uso de formulários impressos sobre planejamento de alta. 7. Possível descontinuidade no planejamento de alta pois, a equipe que inicia o planejamento de alta não é a mesma que entregará a alta ou a carta de alta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otimização do plano de cuidado 2. Pode reduzir tempo de internação e prevenir readmissões 3. Acompanhamento e foco na resolução do diagnóstico do paciente 4. Melhor manejo do paciente durante o processo intra-hospitalar. Confere segurança ao paciente, reduz risco ao paciente (não informado qual) 5. Família direcionada e assistida, com maior participação 6. Satisfação do paciente 7. Otimização de custo (não informado qual). 8. Aumenta oferta de leitos 9. Segurança da alta médica

O quadro 3 representa uma proposta de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em enfermaria de clínica médica. Com base no resultado do levantamento das barreiras e facilitadores relatados pelos enfermeiros sobre a implementação de um planejamento de alta hospitalar, foi elaborado um plano de ação para implementação do protocolo de planejamento de alta, em conjunto com os enfermeiros assistenciais e coordenação de enfermagem.

Quadro 3 - Proposta de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar. Rio Branco-Acre,2024

Problema		O quê	Como	Por que	Quem	Onde	Quando	Custo	Mensuração
Questões relacionadas aos principais resultados apresentados pelos pacientes									
1	Satisfação moderada com o tempo de internação (questionário baseado na NOC)	Aumentar a satisfação relacionada ao tempo de internação	Roda de conversa com os stakeholders	Para solucionar as pendências para a alta	- Enfermeiros assistenciais - Médicos, - Serviço Social, - Fisioterapeutas	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Reaplicação do questionário de satisfação
2	Baixo nível de satisfação para um plano escrito de cuidados (questionário CTM-15)	Aumentar a satisfação dos pacientes relacionada a um plano de alta escrito	Verificar a existência do plano de alta escrito durante a alta	Para assegurar o plano escrito	- Enfermeiros assistenciais - Médicos	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Reaplicação do questionário ATM-15
Questões relacionadas pelos enfermeiros aos fatores dificultadores (barreiras) para o planejamento de alta									
1	Tempo escasso no plantão para priorizar o planejamento de alta	Simplificar o plano	Fornecer acesso rápido ao instrumento (fluxograma)	Para facilitar a usabilidade do plano	- Propositor da implementação do protocolo - Enfermeiros assistenciais	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Verificação do tempo de internação após implementação do plano de ação
2	Baixo grau de escolaridade dos pacientes para entendimento de um planejamento de alta	Melhorar o entendimento do plano de alta	Verificar, na internação, as prioridades de cuidado evidenciadas pelos pacientes na transição da internação para alta, bem como a literacia dos mesmos	Para que o paciente receba um plano de alta por escrito individualizado e de fácil entendimento	- Técnicos de enfermagem - Enfermeiros - Família/cuidador-	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Avaliação por meio dos registros de enfermagem

3	Possível baixa adesão dos profissionais de enfermagem à proposta	Incentivar os profissionais	Ministrar oficinas de sensibilização em serviço	Para compreensão do plano de alta registrado e detalhado pelo enfermeiro como atividade de competência científica e legal.	- Propositor da implementação do protocolo - Coordenador das clínicas - Gerência de enfermagem - Núcleo de Educação Permanente	- Sala de reunião - Auditório	A definir	A definir	Avaliação por meio dos registros de enfermagem
4	Falta de experiência com o planejamento de alta de enfermagem	Incentivar os profissionais	Ministrar oficinas e treinamentos em serviço	Para compreensão do plano de alta registrado e detalhado pelo enfermeiro como atividade de competência científica e legal.	- Propositor da implementação do protocolo - Coordenador das clínicas - Gerência de enfermagem - Núcleo de Educação Permanente	- Sala de reunião - Auditório - Em serviço	A definir	A definir	Acompanhamento in loco dos planos de alta realizados pelos enfermeiros
5	O planejamento de alta precisar estar alinhado ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), quando o mesmo for implementado na instituição	Solicitar inserção do plano de alta no sistema TOTVS	Através de reunião de alinhamento	Para integrar ao modelo de prontuário eletrônico	- Coordenador do plano - Coordenador das clínicas - Gerência de enfermagem - Gerência de TI	Sala de reuniões	A definir	A definir	Realizar monitoramento do sistema
6	Gastos com insumos, pelo uso de formulários impressos sobre planejamento de alta	Reduzir gastos com insumos (papel)	Editar em formato digital e disponibilizar nos computadores da clínica médica	Para otimizar custo	Propositor da implementação do protocolo - Setor de tecnologia da informação institucional	Produção	A definir	A definir	Balanco financeiro da empresa
7	Possível descontinuidade no planejamento de alta pois, a equipe que inicia o planejamento de alta não é a mesma que entregará a alta ou a carta de alta	Melhorar a comunicação na passagem de plantão	Fortalecer a comunicação efetiva na passagem de plantão	Para garantir a continuidade do plano do início ao fim	- Enfermeiros assistenciais - Coordenação de enfermagem	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Avaliação por meio dos registros de enfermagem

Capítulo 6 - APLICABILIDADE E INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

A independência editorial não foi contemplada. Não há financiamento da pesquisa e não há conflito de interesse por parte dos autores.

Capítulo 7 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

❖ Conciliação Medicamentosa

A Conciliação ou Reconciliação Medicamentosa é uma das estratégias utilizadas na identificação e prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos. Esta estratégia tem como objetivo otimizar o tratamento medicamentoso hospitalar, prevenir erros de medicação e interações medicamentosas, colaborando com a melhoria da segurança do paciente durante a hospitalização.^{62,63}

A Conciliação Medicamentosa busca diminuir as discrepâncias não intencionais das prescrições, as duplicidades dos princípios ativos e as omissões na prescrição dos medicamentos de uso comum utilizados em domicílio identificados durante a admissão hospitalar.⁶⁴ Desta forma, é possível conciliar os medicamentos que os pacientes fazem uso em seu domicílio com os medicamentos utilizados durante a hospitalização.⁶⁵

Indicado para harmonizar os planos terapêuticos dos pacientes, desde a admissão até a alta, incluindo todas as mudanças de nível assistencial.

Recomendações da OMS

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou realização da Conciliação Medicamentosa por etapas.⁶⁶

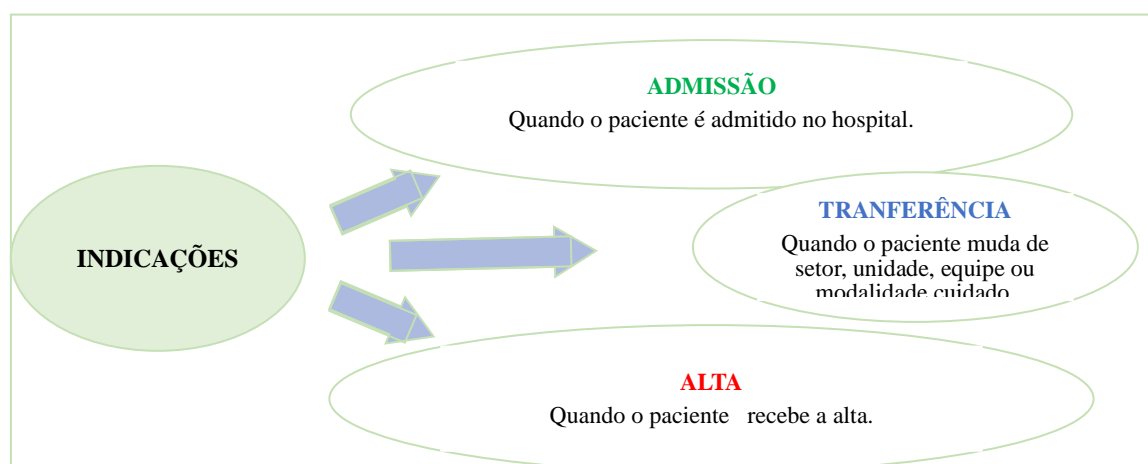


Figura 01 – Indicações da Conciliação Medicamentosa Rio Branco (AC), Brasil, 2024.

Como fazer?

O processo de Conciliação Medicamentosa pode ser executado em diferentes e sucessivas etapas durante a admissão, transferências e alta do paciente.

O enfermeiro deve implementar a Conciliação Medicamentosa em qualquer momento da internação, mantendo o foco no indivíduo e no objeto da terapia. Por exemplo, é possível que o enfermeiro realize uma comparação entre duas listas de medicamentos (domiciliares e hospitalares) por meio de coleta de dados da lista precisa e atualizada dos medicamentos que ele utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração), e compará-la as prescrições médicas, realizadas durante a hospitalização.

Essa lista é usada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos em todos os pontos de transição do cuidado do paciente, e tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação e discrepâncias não intencionais relacionadas ao tratamento medicamentoso quando o paciente muda seu nível de assistência à saúde.^{67,68}

Pacientes que têm em suas prescrições vários medicamentos, possuem um risco maior de problemas relacionados a essas prescrições e erros de medicação.⁶⁹

Dentre os principais problemas relacionados a essas prescrições, pode-se observar principalmente a ausência de documentação e registro do raciocínio clínico para a interrupção de um tratamento ou duplicação de princípios ativos semelhantes.⁶⁷ Em virtude dos achados, organizações internacionais e nacionais de acreditação consideram a conciliação medicamentosa como uma prioridade, pois essa atividade é uma ferramenta-chave na prevenção de eventos adversos.^{24,70,71,72,73,74}

Processos formais e com suporte informatizado na conciliação medicamentosa podem reduzir significativamente os problemas relacionados aos medicamentos durante todo o período de hospitalização do paciente.^{75,76}

O uso dessa intervenção pode reduzir os riscos de eventos adversos durante e após a internação e melhorar a compreensão e adesão do tratamento terapêutico estabelecido.

Quadro 04 - Conciliação Medicamentosa sugerida pela OMS (2014). Adaptado. Rio Branco – AC, Brasil, 2024.



ETAPA 1

❖ **Obter a melhor história sobre o uso de medicamentos anteriores à hospitalização.**

* **Compilar uma lista abrangente de medicamentos domiciliares.**

* **Entrevistar pacientes/cuidadores, verificar as receitas, e outras fontes de informação.**



ETAPA 2	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Confirmar a precisão da história. * Verificar com mais de uma fonte a informação fornecida no passo anterior. 	
	
ETAPA 3	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comparar se os medicamentos domiciliares (prescritos anteriores à hospitalização) estão prescritos no prontuário médico. * Comparar as listas de medicamentos. * Resolver discrepâncias entre as listas de medicamentos. 	
	
ETAPA 4	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se não estiverem, buscar resolver a situação, e fornecer ao paciente e equipe de saúde informações precisas sobre os medicamentos envolvidos no tratamento farmacoterapêutico. 	

❖ Educação em Saúde

A Educação em Saúde é uma estratégia voltada para a promoção da saúde, que potencializa o cuidado de enfermagem por meio de ações educativas que impactam na assistência, aprimorando a autonomia do paciente.⁷⁷ É indicada para ampliar o conhecimento sobre o processo saúde-doença, promover a emancipação de paciente/família/cuidador, estimular o autocuidado e promover o bem-estar do paciente, por meio de estratégias ou métodos educativos.

Recomendações

- As ações educativas devem proporcionar informação em saúde e conhecimentos indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida.⁷⁸
- Deve ser desenvolvida por múltiplas estratégias intrínsecas aos processos de trabalho, estabelecida com base nas necessidades individuais.⁷⁷
- Recomenda na programação de alta hospitalar planejada.⁵⁵

Como fazer?

O enfermeiro é o profissional responsável por apontar e avaliar as necessidades da Educação em Saúde. Para implementar as ações educativas, o enfermeiro poderá trabalhar

com as temáticas sobre cuidados de enfermagem prestados ao paciente, dentro das dimensões de promoção, prevenção, autocuidado e organização dos cuidados de enfermagem.

- Realizar ações educativas com amorosidade voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes;
- Realizar educação em saúde nas enfermarias para emancipação de paciente/família/cuidador, utilizando material educativo;
- Valorizar os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS
- Informar ao paciente/família/cuidador sobre o objetivo da terapia no âmbito hospitalar;
- Atentar para que o paciente não faça uso de prescrição domiciliar ao mesmo tempo que faz uso da prescrição hospitalar;
- Realizar aconselhamento com foco no paciente conforme seu grau de entendimento;
- Ampliar o diálogo nas relações de cuidado, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

Poderá considerar ainda, as temáticas sobre os indicadores assistências, como: Incidência de queda do paciente; Incidência de LPP; Incidência de saída não planejada de sonda (nutrição); Incidência de broncoaspiração; Incidência de trocas não planejadas de AVP; e Incidência de erro de medicação.

Educação em Saúde – Queda	Orientar paciente/família/cuidador sobre risco de queda do paciente, e reforçar as recomendações de segurança, ver protocolo institucional.
Educação em Saúde – Lesão Por Pressão (LPP)	Orientar paciente/família/cuidador sobre os cuidados preventivos de lesão por pressão (LPP), e reforçar as medidas protetivas. Ver protocolo institucional.
Educação em Saúde – Saída não planejada de sonda (nutrição)	Orientar paciente/família/cuidador sobre os cuidados com as sondas de alimentação, risco, benefícios, custo, saída não planejada de sonda. Ver protocolo institucional.
Educação em Saúde – Broncoaspiração	Orientar paciente/família/cuidador sobre medidas preventivas para evitar a broncoaspiração, como, manter a cabeceira elevada, comer em ritmo lento e sem distrações. Ver protocolo institucional.
Educação em Saúde - Trocas não planejadas de AVP	Orientar paciente/família/cuidador sobre a importância das trocas planejadas de Acesso Venoso Periférico (AVP). Ver protocolo institucional.
Educação em saúde - Erro de medicação.	Orientar paciente/família/cuidador sobre possíveis riscos de erro de medicação. Ver protocolo institucional.

Gallo et al., (2021) considera a Educação em Saúde uma das principais estratégias identificadas na literatura que concorrem ao fortalecimento da continuidade de cuidados.⁷⁹

❖ Carta de Alta

A carta de alta de enfermagem é considerada um instrumento na comunicação entre profissionais de saúde, possibilitando ao enfermeiro ter conhecimento de informações importantes sobre o utente e seu estado de saúde-doença, com vista à continuidade da prestação de cuidados de saúde.⁸⁰

A Carta de Alta de Enfermagem é identificada na literatura como uma ferramenta simplificadora da comunicação entre pacientes e profissionais, que possibilita a continuidade de cuidados pós-alta por meio da comunicação efetiva das necessidades do paciente.

Indicação

Ter conhecimento da data de consultas, permite aos enfermeiros, orientar os pacientes no sentido de não perderem a consulta e planear as atividades no centro de saúde de forma a não haver sobreposição com as atividades do hospital. Consideram ainda importante a troca de informação entre centro de saúde e hospital, quer em termos de evolução de tratamentos quer pela importância do esclarecimento de dúvidas.

Recomendações

A Carta de Alta deve ser preparada pelo enfermeiro responsável pela alta, e direcionar ao centro de saúde que dará continuidade aos cuidados, podendo ser encaminhado pelo o paciente/família/cuidador no momento da alta. As informações produzidas e partilhada pelos enfermeiros, devem ser organizadas e sistematizadas.⁸¹

Recomenda-se que a Carta de Alta:

- ✓ Insira informações sobre o motivo de internamento e a evolução ao longo do mesmo.
- ✓ Incluir os resultados decorrentes da intervenção efetuada no sentido da prevenção de recaídas (sinais de alerta, fatores de stress desencadeadores da crise que motivaram o internamento da pessoa),
- ✓ Inserir informações de quem e como contactar em caso de necessidade,
- ✓ Inserir onde e a quem recorrer em caso de crise,
- ✓ Inserir contato de suporte,
- ✓ Inserir atividades psicoeducativas realizadas ou em realização,
- ✓ Inserir detalhes sobre a medicação,
- ✓ inserir detalhes do tratamento e plano de apoio,
- ✓ Inserir as necessidades de continuidade de cuidado e outras informações.
- ✓ Inserir a identificação do enfermeiro que redige a Carta (responsável pela alta) com o número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).⁸¹

Como fazer

Em geral, a Carta de Alta de Enfermagem deve constar informações específicas do

estado de saúde do paciente, podendo variar conforme as necessidades identificadas na internação. Segue as etapas:

- **Inicie com dados do paciente:** nome completo do paciente, sexo, idade, endereço etc.
- **Em seguida, insira os dados da internação:** diagnóstico, indicação clínica, data da internação, tempo de internação etc.
- **Descreva o caso:** Elabore uma Carta em formato de texto corrido com o timbre do hospital, constando informações gerais do paciente na admissão, histórico médico e estado de saúde do paciente, sobre os cuidados recebidos na internação, exames realizados e exames adicionais necessários, e tratamento adicional necessário, bem como suas fragilidades e necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem (drenos, sondas, colostomias e curativos), entre outros.
- **Por fim, registre:** insira data, localidade e assinatura do enfermeiro com o número do COREN.

❖ **Coordenação de Cuidados**

A coordenação do cuidado é um dos atributos da Atenção Primária a Saúde (APS). Amplamente definida como a harmonização entre diferentes serviços e ações compartilhadas por distintos profissionais de saúde na atenção à saúde, de forma que, independentemente do local onde seja prestada, esteja sincronizada, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.^{82,83}

É indicada para garantir que o paciente receba atendimento oportuno e apropriado, em situação de referência ou contrarreferência, mediante compartilhamento de informações adequada e eficiente.

Garantir a continuidade do cuidado, pela Atenção Primária à Saúde, que atua de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

Minimizar possíveis problemas através de um planejamento de cuidados que foca nas necessidades dos pacientes que recebem alta hospitalar e são contrarreferenciadas.

Recomendações

De acordo com Hernandes et al. (2020), não há coordenação quando o usuário é o principal instrumento de coordenação, ocorrendo a ausência de outros mecanismos, além

da existência de desperdício de tempo e recursos.⁸⁴

Tais mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, implicam em definição de fluxos, troca de informações sobre e com paciente/família/cuidador, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde.⁸³

Desta forma, a coordenação do cuidado visa a eficiência nos recursos e nos tratamentos e acessibilidade com resolutividade.

Como fazer

Foi evidenciado na revisão sistemática, que a comunicação envolvendo o paciente/família/cuidador e os serviços de saúde é uma ferramenta importante, pois fornece suporte informativo para o desenvolvimento do plano de cuidados e colabora no processo de planejamento de alta hospitalar, uma vez que identifica a real necessidade do paciente.⁵⁵

O enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente/família, conhece as fragilidades do indivíduo, estabelece fluxo, troca de informação e realiza os cuidados. É o profissional que participa ativamente na resolução de problemas dos pacientes, juntamente com outros profissionais. Quando necessário, indicada e faz contato com os serviços domiciliares para continuidade dos cuidados, indispensável para desenvolver o plano de cuidado com foco nas necessidades do paciente.

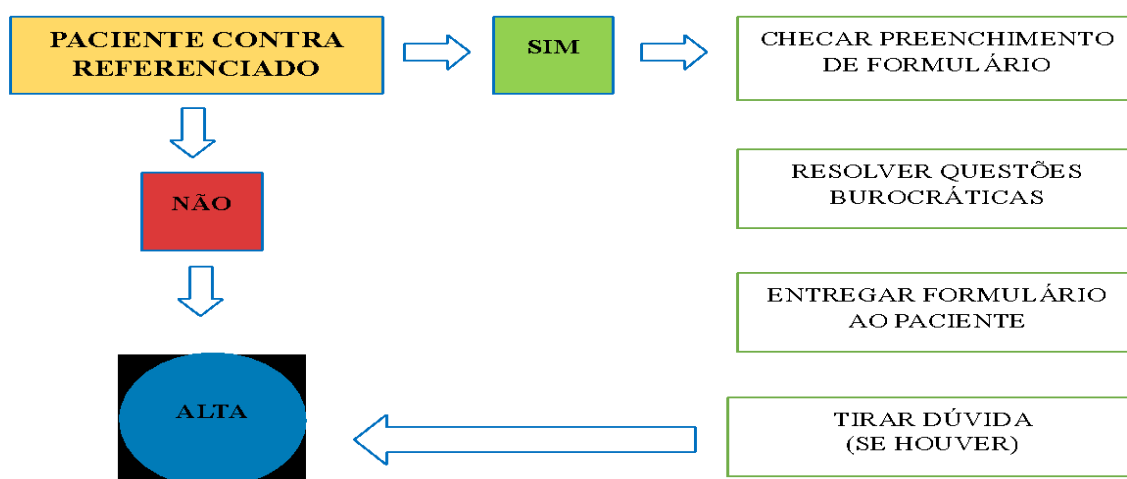


Figura 2 - Fluxograma de contrarreferência. Rio Branco – AC, Brasil, 2024.

❖ Transição de cuidado para atenção domiciliar

A Transição de Cuidado compreende um conjunto de ações com a finalidade preparar o paciente para a alta e assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde na transferência entre os diversos serviços de saúde ou entre unidades de um mesmo

serviço.⁸⁵ É indicada para preparar a alta hospitalar do paciente para continuidade dos cuidados no contexto domiciliar ou ambulatorial.

Recomendações

As Transições de Cuidados quando realizadas corretamente, reduzem as chances de readmissões hospitalares não programadas, do contrário, pode desencadear eventos adversos, e duplicação de cuidados, aumento da mortalidade, insatisfação do paciente, familiares e profissionais, e sobretudo aumento dos custos nos serviços de saúde.^{55,86}

De acordo com Pinto (2023), é fundamental o empoderamento e capacitação dos enfermeiros e técnicos que realizarão as intervenções no sentido de preparação para o regresso a casa ou à comunidade é crucial para uma transição de cuidados efetiva.⁸⁷

É recomendado também que o preparo do planeamento de alta envolva as ações de educação em saúde com o paciente/família, organização logística, articulação entre os serviços de saúde e comunicação entre os profissionais envolvidos no processo contribuam para minimizar possíveis intercorrências no processo de transição.³⁶ Logo, a transição do cuidado mostra-se como potente dispositivo no auxílio da superação da fragmentação da atenção e garantia da continuidade dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo uma importante estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde.⁸⁸

Há 10 domínios necessários voltados para a atenção integral do paciente na Transição de Cuidado do hospital para o domicílio ou para a comunidade, sendo eles:⁸⁵

Quadro 5: Domínios para a transição do cuidado. Rio Branco – AC, Brasil, 2024.

D O M Í N I O S	Planejamento da alta
	Coordenação do cuidado entre membros da equipe de saúde
	Comunicação de intercorrências
	A organização, clareza, disponibilidade, em tempo hábil de informações
	Segurança das medicações
	A educação e promoção do autogerenciamento
	O monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta
	Acompanhamento ambulatorial
	O planejamento antecipado dos cuidados
	O suporte psicossocial

Implementar a Transição de Cuidado pode ser desafiador para o serviço de saúde, no entanto, as evidências indicam que são considerados importantes o preparo de alta, as orientações e a abordagem do enfermeiro, pois garantem a transição segura e responsável da continuidade dos cuidados no contexto domiciliar ou ambulatorial, ainda que esses possam receber alta hospitalar em uso de dispositivos invasivos (drenos, sondas, colostomias e outros) e curativos.⁸⁵

Como fazer

A Transição de Cuidado poderá envolver várias estratégias e intervenções conforme as necessidades do paciente, indispensável considerar a comunicação entre os níveis de Atenção à Saúde (primário, secundário e terciário) do SUS e o destino da alta hospitalar, para facilitar a transição do paciente. Essa comunicação implicará na resolução de problemas econômicos, sociais e de transporte (Tratamento Fora do Domicílio - TFD), exames entre outros. Importante seguir as seguintes orientações:

- ✓ Envolver as ações de educação em saúde com o paciente/família;
- ✓ Realizar articulação entre os serviços de saúde;
- ✓ Repensar na organização logística;
- ✓ Manter a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo;
- ✓ Manter a comunicação de possíveis intercorrências no processo de transição.

Cada intervenção destacada acima, representa aspectos importantes do protocolo para atender as necessidades individuais dos pacientes e contribuir com o estado de saúde, bem como, melhorar a satisfação com os serviços prestados e reduzir o tempo de internação e reinternação hospitalar dos pacientes internados em clínica médica.

Capítulo 8 – INSTRUMENTO



PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR

Definição: Este protocolo visa auxiliar os enfermeiros assistenciais a executarem a alta hospitalar planejada de pacientes internados em clínica médica.

Objetivos:

- Orientar a Equipe de Enfermagem a realizar alta planejada de pacientes internados em clínica médica.
- Melhorar a qualidade de serviços prestados e aumentar a satisfação do cliente;
- Reduzir a taxa de reinternação e tempo de internação hospitalar.

População: Este plano de alta está recomendado para pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam internados na enfermaria clínica médica para tratamento clínico, e tenham perspectiva de tempo de internação igual ou superior a 5 dias.

Envolvimentos das Partes: Enfermeiros da prática assistencial e pesquisadores da área da Enfermagem.

Potenciais Utilizadores: Equipe de enfermagem, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, acadêmicos, pesquisadores, gestão de leitos e autogestão.

Dados do Cliente

Nome do Cliente:

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Nome do Acompanhante:

Idade:

Vínculo do Acompanhante: () Familiar () Cuidador () Vizinho () Amigo
() Outro, especificar: _____

Acomodação:

Tipo: () Enfermaria () Apartamento

Diagnóstico Principal:

Data de Internação: ____/____/____

Dias de Internação: _____

() Procedência Intra-Hospitalar (descreva): _____

() Procedência Extra-Hospitalar (descreva): _____

Destino da Alta

() Casa

() Casa de Apoio

() Casa do Índio (CASAI)

() Instituto Longa Permanência de Idosos (ILPIs)

() Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Onde: _____

() Outra Instituição de Saúde. Qual: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO ADOTADA DURANTE A INTERNAÇÃO			
CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA			<input type="checkbox"/> Realizada <input type="checkbox"/> Não realizada
*Na Admissão (Nas Primeiras Horas)			STATUS
✓ Checar histórico de medicamento de uso contínuo ou temporário durante a admissão, diretamente com o cliente.			<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se Aplica
✓ Realizar busca completa do histórico de medicamentos de uso contínuo ou temporário com auxílio da família/cuidador para resposta mais precisa.			<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se Aplica
✓ Apresentar ao médico a relação de medicamentos que o cliente fez ou faz uso antes da atual internação hospitalar.			<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se Aplica
*Após Admissão (Em até 24 Horas)			STATUS
✓ Verificar se as medicações de uso diário do cliente foram inseridas na prescrição admissional.			<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se Aplica
✓ Comparar as prescrições domiciliares e de admissão do cliente, identificar e comunicar quaisquer discrepâncias ao médico plantonista ou ao médico responsável, dentro de 24 horas após a internação do cliente.			<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se Aplica
LISTA DE MEDICAMENTOS DE USO COMUM:			
NOME		DOSAGEM	FREQUÊNCIA
1.			
2.			
3.			
LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITO NA HOSPITALIZAÇÃO:			
Para a listagem, considere a prescrição hospitalar do cliente.			
Considerações: Exemplo - As prescrições domiciliares e de admissão do cliente foram comparadas e não foram identificadas discrepâncias relacionadas às doses e intervalos de administrações, duplicidades ou omissões.			
Recomendações Gerais			
✓ Realizar aconselhamento com foco no cliente conforme seu grau de entendimento; ✓ Informar ao cliente/família/cuidador sobre o objetivo da terapia no âmbito hospitalar; ✓ Salientar sobre intervalos corretos de administrações de medicamentos; ✓ Adverti-lo sobre o risco de duplicidade de medicamentos no ambiente hospitalar; ✓ Sanar barreiras que impedem à adesão da terapia, dentre outras preocupações do			

cliente;

- ✓ Atentar para que o cliente não faça uso de prescrição domiciliar ao mesmo tempo que faz uso da prescrição hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
2. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasaudecoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.
3. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
5. Botros S, Dunn J. Implementation and spread of a simple and effective way to improve the accuracy of medicines reconciliation on discharge: a hospital-based quality improvement project and success story. BMJ Open Quality. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000363>.
6. Santos CO, Lazaretto FZ, Lima LH, Azambuja MS, Millão FL. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. Saúde Debate. 2019; 43(121):368-77. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>.
7. WHO. The High 5s Project Implementation guide – Assuring Medication Accuracy at transitions in care: Medication Reconciliation. 2014. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4).
8. SOARES, A. Desenvolvimento e Aplicação de um Sistema Informatizado para Reconciliação de Medicamentos em Ambiente Hospitalar em dois Hospitais do Sul de Santa Catarina (SC). 2023.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

() Aplicada

() Não Aplicada

Recomendações Gerais

- ✓ Realizar aconselhamento do cliente conforme seu grau de entendimento;
- ✓ Informar ao cliente/família/cuidador sobre o objetivo da terapia no âmbito hospitalar;
- ✓ Atentar para que o cliente não faça uso de prescrição domiciliar ao mesmo tempo que faz uso da prescrição hospitalar;
- ✓ Realizar educação em saúde nas enfermarias para emancipação de cliente/família/cuidador utilizando material educativo;
- ✓ Realizar ações educativas com amorosidade voltadas para a **promoção, proteção e recuperação da saúde**, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes;
- ✓ Valorizar os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.
- ✓ Ampliar o diálogo nas relações de cuidado propiciando ir além do diálogo baseado

apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

✓ **Valorizar a prevenção** e a promoção tanto quanto as práticas curativas;

Aumentar autonomia dos clientes nos cuidados individuais e coletivos.

Recomendações Específicas

❖ Educação em saúde – Queda

- Orientar cliente/família/cuidador sobre risco de queda do cliente, e reforça as recomendações de segurança, se necessário. Consultar o **protocolo institucional**.

❖ Educação em saúde – Lesão Por Pressão (LPP)

- Orientar cliente/família/cuidador sobre os cuidados preventivos de lesão por pressão (LPP), e reforçar as medidas protetivas, se necessárias. Consultar o **protocolo institucional**.

❖ Educação em saúde – Saída não planejada de sonda.

- Orientar cliente/família/cuidador sobre os cuidados com as sondas de alimentação, risco, benefícios, custo, saída não planejada de sonda, se necessário. Consultar o **protocolo institucional**.

❖ Educação em saúde – Broncoaspiração.

- Orientar cliente/família/cuidador sobre medidas preventivas para evitar a broncoaspiração como, manter a cabeceira elevada, especialmente durante a alimentação, não ingerir líquidos ou medicamentos enquanto estiver deitado, comer em ritmo lento e sem distrações, se necessário. Consultar o **protocolo institucional**.

❖ Educação em saúde - Trocas não planejadas de AVP.

- Orientar cliente/família/cuidador sobre a importância das trocas planejadas de Acesso Venoso Periférico (AVP). **Consultar o protocolo institucional**.

❖ Educação em saúde - Erro de medicação.

- Orientar cliente/família/cuidador sobre possíveis riscos de erro de medicação. **Consultar o protocolo institucional**.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
2. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasaudecoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.

3. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
5. Silva JA, Pinto CM. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde, ou seja, o percentual de adequação que reflete a segurança em relação à assistência prestada. Revista de Administração em saúde. 2017; 17(66). Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10/20>.
6. Organização Pan American de Saúde. OPAS. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>.
7. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020;6(3):e6000012.
8. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. Rev Bras Geriatr Gerontol 2018; 21(2):155-163.

COORDENAÇÃO DE CUIDADO

☐ Aplicada

☐ Não Aplicada

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- ✓ Definir os fluxos;
- ✓ Ter diálogo para trocar informações sobre e com cliente/família/cuidador;
- ✓ Monitorar os planos terapêuticos e as necessidades de saúde;
- ✓ Checar preenchimento de formulários;
- ✓ Resolver questões burocráticas;
- ✓ Entregar formulário ao cliente juntamente com o informe de alta;
- ✓ Sanar dúvidas (se existirem).

REFERÊNCIAS

1. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
2. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasaudecoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.
3. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
5. Martins EMGA, Machado EAPM, da Silva Gouveia EMC, da Costa Pereira EPS, Renca EPFNN. Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. (2021).
6. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. Cien Saude Colet 2018; 23(7):2213-2228.
7. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousqual A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate 2018 set; 43(e1): 244-60. doi: 10.1590/0103-110420185116 > <https://doi.org/10.1590/0103-110420185116>.

8. Hernandes HCP et al. Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do cliente pós COVID-19. Revista de Administração em Saúde, 2020; 20(80).

TRANSIÇÃO DE CUIDADO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

() Aplicada

() Não Aplicada

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- ✓ Envolver as ações de educação em saúde com o cliente/família;
- ✓ Realizar articulação entre os serviços de saúde;
- ✓ Repensar na organização logística;
- ✓ Manter a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo;
- ✓ Manter a comunicação de possíveis intercorrências no processo de transição.

REFERÊNCIAS

1. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
2. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasaudefcoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.
3. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
5. Bandeira D, Weiller TH, Damaceno AN, Pucci VR, Megier ER, Souza Junior G de F de. Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de Transição do Cuidado: uma revisão integrativa. RSD [Internet]. 5 de setembro de 2021 [citado 29 de novembro de 2023];10(11):e417101119636. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19636>.
6. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Jul 6, 2017]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=1>.
7. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KS de A, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. Revista EnfermagemUFSM, 2021;11:e79. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>.
8. PINTO, Mônica Filipa dos Santos Veterano Messias. Continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na transição da pessoa adulta em situação de doença, do contexto hospitalar para a comunidade: proposta de intervenção. 2023. Tese de Doutorado.
9. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. Int Nurs Rev. 2017;64(3):379-87. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326> » <https://doi.org/10.1111/inr.12326>.

CARTA DE ALTA		() Aplicada () Não Aplicada
Recomendações Gerais		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insira informações sobre o motivo de internamento e a evolução ao longo da mesma. ✓ Incluir os resultados decorrentes da intervenção efetuada no sentido da prevenção de recaídas (sinais de alerta, fatores de stress desencadeadores da crise que motivaram o internamento da pessoa), ✓ Inserir informações de quem e como contactar em caso de necessidade, ✓ Inserir onde e a quem recorrer em caso de crise, ✓ Inserir contato de suporte, ✓ Inserir atividades psicoeducativas, ✓ Inserir detalhes sobre a medicação, ✓ inserir detalhes do tratamento e plano de apoio, ✓ Inserir as necessidades de continuidade de cuidado e outras informações, ✓ Inserir a identificação do enfermeiro que redige a Carta (responsável pela alta) com o número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).⁸¹ 		
MODELO DA CARTA DE ALTA		
<ul style="list-style-type: none"> • Inicie com dados do cliente: nome completo do cliente, sexo, idade, endereço etc. • Em seguida, insira os dados da internação: diagnostico, indicação clínica, data da internação, tempo de internação etc. • Descreva o caso: Elabore uma Carta em formato de texto corrido com o timbre do hospital constando informações gerias do cliente na admissão, histórico médico e estado de saúde do cliente, sobre os cuidados recebidos na internação, exames realizados e exames adicionais e tratamento adicional necessário, bem como suas fragilidades e necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem drenos, sondas, colostomias e curativos), entre outros. • Por fim, registre: data, localidade e assinatura do enfermeiro com número do COREN. 		



CARTA DE ALTA

Em ____/____/____ às 00h00min – paciente P.C.A.V recebe alta hospitalar após reavaliação médica e melhora clínica, deixou o setor às 00h00min, consciente, orientado, deambulando, acompanhado da esposa. No momento da alta: PA;... mmHg, TAX;..... FC; FR;.... SPO2;..... Sendo oferecidas orientações quanto na troca diária do curativo oclusivo, localizado na região dorsal do MIE, mantendo sempre limpo e seco, evitar atividades físicas e exercícios excessivos, fazer uso correto das medicações prescritas, sendo prescrito incluindo os horários das doses e retornar ao médico em 7 dias para nova avaliação no ambulatório XXXX,...

Data, localidade

Enfermeiro Responsável

REFERÊNCIAS

1. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
2. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasaudecoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.
3. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
4. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
5. Luz EL. Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade de cuidados. Nursing, nº175, março de, p.24 - 44, 2003.
6. Martins EMGA, Machado EAPM, da Silva Gouveia EMC, da Costa Pereira EPS, Renca EPFNN. Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. (2021).
7. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. Cien Saude Colet 2018; 23(7):2213-2228.

Registros

Plano de alta hospitalar realizado em Rio Branco - Acre, em ____/____/____

Assinatura do Cliente/Responsável

Enfermeiro Responsável (carimbo)

Endereço: Rua Alvorada, Nº 806, bairro Bosque, Rio Branco - AC, CEP 69900-63. Telefone (68) 3212-4700

REFERÊNCIAS

1. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Dias JR, Bohusch G. Ethical aspects in the use of protocols as potentialists of nursing practices in primary care. *Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2020]; 47(9). Disponível em: http://revistasauodecoletiva.com.br/revista/ed47/SAUDE-COLETIVA_ED47_COMPLETA.pdf.
2. Pimenta CA, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem; 2015.
3. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Protocolos Assistenciais. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. COREN, 2017.
4. Briner R, Barends E. The role of scientific findings in evidence-based HR. *People & Strategy*, 39 (2), 16–20, 2016.
5. Zepada KGM, Silva MM, Silva IR, Redko C, Gimbel S. Ciência da Implementação. *Escola Anna Nery* 22(2), 2018.
6. Fixsen, DL., Blasé, KA., & Van Dyke, MK. (2019). *Implementation Practice and Science*. Independently Published. [Paper reference 1].
7. Eccles MP, Mittman BS. Bem-vindo à ciência da implementação. *Implementar ciência*. 2006;1(1):1. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.
8. Grimshaw, JM, Eccles, M., Lavis, J., Hill, S., Squires, J., 2012. Knowledge translation of resultados da pesquisa. *Implementar ciência*. 7, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>.
9. Nilsen, P. (2020). Fazendo sentido de teorias de implementação, modelos e estruturas. In: Albers, B., Shlonsky, A., Mildon, R. (eds) *Implementation Science* 3.0. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_3.
10. Olswang LB, Prelock PA (2015). Fazendo a ponte entre a pesquisa e a prática: Ciência da Implementação. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, S1818-S1826. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0305.
11. Lewis, CC, Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., et al. (2019). Implementando cuidados baseados em medição em saúde comportamental: uma revisão. *JAMA Psychiatry*, 76 (3), 324–335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>.
12. Schlechter CR, Del Fiol G, Lam CY, et al. Application of community—engaged dissemination and implementation science to improve health equity. *Prev Med Rep*. 2021; 24:101620. doi:10.1016/j.pmedr.2021.101620.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005. [acessado 2023 mar 08]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf.

14. Ribeiro IA, Lima LR, Volpe CRG, Funghetto SS, Rehem TCMSB, Stival MM. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03449. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>.
15. Dias DEM, Silva SM, Ferreira JDO, Santos ILS, Campos TNC. Ações de enfermagem na promoção da saúde de idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):674-685. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-057.
16. Santos JMS, Ribeiro LCRB, & Lopes RF. Ações educativas em instituições de longa permanência para idosos: uma revisão narrativa da literatura / Educational actions in long stay institutions for the elderly: a narrative literature review. *Brazilian Journal of Development*. 6(3), 12140–12152. 2020 <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-177>.
17. Araújo JS, Lima NCS, Castro NJC. Comunidade do baixo acará: realidades e desafios aos serviços de atenção à saúde. *Nova Revista Amazônica*, v. 10, n. 1, p. 177-184, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/nra.v10i1.12766>.
18. Novais AT, Silva SC, Barbosa JSP. Papel do enfermeiro nos cuidados de idosos em asilos: uma revisão da literatura. *Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS*. 2021; 3(4):105-8.
19. Coimbra VDSA., Silva RMCRA, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71, 912-919.<https://+>.
20. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:32. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000829>.
21. Bezerra, P, Torres G. Multimorbidades, morbidades referidas mais prevalentes e fatores associados em idosos de unidades de saúde de Rio Branco, Acre. 2020; 10.35170/ss.ed.9786586283235.15).
22. Souza, VM de AF de, Lins, SM de SB, Bezerra, PCL, Santana, RF, Prado, PR do, & Cardoso, RB (2023). Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: uma revisão integrativa. *Rev Rene*, 24, e81342. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232481342>.
23. Oliveira, AB., Pereira, ACS., Barbosa, IT., Cardoso, KGA., dos Santos Viana, M., da Silveira, C. C., ... & Oliveira, D. P. (2022). Estratégias de transição do cuidado: desafios e perspectivas da equipe de enfermagem para uma comunicação efetiva com foco na segurança do paciente: Care transition strategies: challenges and perspectives of the nursing staff for effective communication with a focus on patient safety. *Brazilian Journal of Development*, 58676-58695.
24. Brasil. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 02 abr 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
25. Metelski FK, Engel FD, Mello ALSFD, Meirelles BHS. A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. 2023. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33009.
26. Soares RA, Miname FC, Mendes AF, Ferreira LM, Santos CM, Zecca AR, et al.

- Desafios na construção de um instrumento de passagem de plantão em um hospital de cardiopneumologia. *Saúde Coletiva* (Barueri). 2020;9(49):1564-8.
27. Shahsavari H, Zarei M, Aliheydari Mamaghani J. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud*. 2019 Nov;99:e103387. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103387 Epub 2019 Aug 1.
 28. Acosta AM et al. Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas desde el alta del servicio de emergencia hasta el domicilio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.
 29. Montero AJ et al. Reducing Unplanned Medical Oncology Readmissions by Improving Outpatient Care Transitions: A Process Improvement Project at the Cleveland Clinic. *JCO Oncology Practice*. v. 12, n. 5, 2020.
 30. Pivatto Júnior F, Ulbrich AHDPS, Gheno J, Fisch MA, Petry RC, Nunes TS et al. Accuracy of the Simplified Hospital Score to Predict Nonelective Readmission in a Brazilian Tertiary Care Public Teaching Hospital. *Qual Manag Health Care*. 2023 Jan-Mar;32(1):30-34. doi: 10.1097/QMH.0000000000000357. Epub 2022 Apr 4.
 31. Canto DF, da Costa FM, Pivatto Júnior F, Paskulin LMG, Dora JM. Performance of the Simplified HOSPITAL Score for Risk Assessment of Hospital Readmission in a Brazilian Tertiary Public Hospital. *Am J Med Qual*. 2022 Jan-Feb;01;37(1):88-9. doi: 10.1097/JMQ.0000000000000002.
 32. Jung DH, DuGoff E, Smith M, Palta M, Gilmore-Bykovskyi A, Mullahy J. Likelihood of hospital readmission in Medicare Advantage and Fee-For-Service within same hospital. *Health Serv Res [Internet]*. 2020 Aug [cited 2023 jul 16];55(4):587-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 7375992/> doi: 10.1111/1475-6773.13315.
 33. Costa MFBNA da, Andrade SR de, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2019 [cited 2023 jul 16];53:e03477. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FMqmWPGrdfCNCRLb3CQ76hB/?format=pdf&lang=endoi>: 10.1590/S1980-220X2018017803477.
 34. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2019 [citado 2023 jul 16]; 40(spe):e20180133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?format=pdf&lang=pt..>
 35. Gheno J, Weis AH. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto Contexto - Enferm [Internet]*. 2021 [cited 2022 jul 16];30:e20210030. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030.
 36. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, et al. 2013. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *J. Hosp. Med*. 8:102–9. <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>.
 37. Sousa J, Meneses D, Alves D, Machado L, Príncipe F, Mota L. Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. 2019. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 151-158.

38. Olino L, Gonçalves, ADC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, Cogo ALP. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. 2019. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180341.
39. Acosta AM, Câmara, CE, Weber LAF, Fontenele RM. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. 2018. *Rev. enferm. UFPE on line*, 3190-3196.
40. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição-análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc. Anna. Nery*. 2022;26:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-043>.
41. Araújo ESL, Rocha IP, de Jesus Souza E, Bastos NLDMV, Tavares MG, Brito SA, Anjos APS. Vivência dos familiares de pacientes com depressão: uma revisão integrativa. 2022 *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 42, e11240-e11240.
42. Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima, LS. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021[cited 2023 jul 16];42(esp):yue20200211. Available from: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fFLc4LvLmmGp_Y8JPTm6ZzRz/ doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200211.
43. Gheno J, Aires Lombardini A, Araujo KC, Weis AH. Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 11 de janeiro de 2023 [citado 6 de agosto de 2023];97(1):e023011. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/161>.
44. Feil Weber LA. et al. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 3, 2017.
45. Valente SH, Zacharias FC, Fabríz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02687.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016 [acesso em 2023 jul 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
47. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Jun [cited 2023 jul 16];43(121):592-604. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/abstract/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0103-1104201912123.
48. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: Critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 Jun [cited 2023 jul 16];29(2):244-52. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40848190013>. DOI: 10.5020/18061230.2016.p244.
49. Xavier GTO, Nascimento VB, Carneiro N Jr. Atenção domiciliar e sua contribuição

- para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2019 [acessado 2023 jul 16]; 22(2):e180151. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180151.pdf.
50. Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc. Anna. Nery* [Internet]. 2022 [cited 2023 jul 16];26. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QwgZ57nPfYZLqSxdfTCg4rM/?lang=pt>. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt.
 51. Teston LM, Mendes A, Carnut L, Louvison MCP. Political and operational challenges in the perception of managers on health regionalization in Acre. 2019. *Saúde em Debate*, 43, 314-328.
 52. Provencher V, Clemson L, Wales K, et al. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):84. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494-3>.
 53. Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, 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):2457. doi:10.3390/ijerph16142457.
 54. Sawan MJ, Wenekers D, Sakiris M, Gnjidic D. Interventions at hospital discharge to guide caregivers in medication management for people living with dementia: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2021;36:1371-1379.
 55. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;2:CD000313. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>.
 56. GANE, Elise M. et al. Discharge Planning of Older Persons from Hospital: Comparison of Observed Practice to Recommended Best Practice. In: *Healthcare*. MDPI, 2022.
 57. Meleis AI. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in nursing research and practice*. New York, Springer Publishing Company, 2010;16-616.
 58. Organização Mundial da Saúde. OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-pa-ra-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838>.
 59. Sousa A, APR et al. Impacto das interações medicamentosas em ambiente hospitalar e papel do farmacêutico clínico nesse cenário: revisão sistemática de literatura. *Saúde (Santa Maria)*, v. 49, n. 2, 2023.
 60. Christoff P. Running PDSA cycles. *CurrProblPediatrAdolesc Health Care*. 2018 Aug;48(8):198-201. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.08.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30270135. Pimentel A. O método da análise documental: Seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad Pesquisa* 2001; 114(4): 179-95.
 61. OGRINC, Greg et al. SQUIRE 2.0—Standards for Quality Improvement Reporting Excellence—revised publication guidelines from a detailed consensus process.

Journal of the American College of Surgeons, v. 222, n. 3).

62. Santos CO, Lazaretto FZ, Lima LH, Azambuja MS, Millão FL. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. *Saúde Debate*. 2019; 43(121):368-77. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>.
63. DA SILVA TB, et al. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 2021; 33(2): 158-166.
64. SOARES, A. Desenvolvimento e Aplicação de um Sistema Informatizado para Reconciliação de Medicamentos em Ambiente Hospitalar em dois Hospitais do Sul de Santa Catarina (SC). 2023.
65. Jourdan JP, Muzard A, A Goyer, Ollivier Y, Oulhouir Y, Henri P, Breuil C. Impact of pharmacist interventions on clinical outcome and cost avoidance in a university teaching hospital. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2018. doi: 10.1007/s11096-018-0733-6.
66. WHO. The High 5s Project Implementation guide – Assuring Medication Accuracy at transitions in care: Medication Reconciliation. 2014. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/high5s/h5s-guide.pdf?sfvrsn=3bbdb46a_4).
67. Arain S, Thalapparambath R, Al Ghamdi FH. COVID-19 pandemic: Response plan by the Johns Hopkins Aramco Healthcare inpatient pharmacy department. *Res Social Adm Pharm*. 2021; 17(1):2009-11. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.05.016.
68. Atey TM, Peterson GM, Salahudeen MS, Bereznicki LR, Simpson T, Boland CM, et al. Impact of Partnered Pharmacist Medication Charting (PPMC) on Medication Discrepancies and Errors: A Pragmatic Evaluation of an Emergency Department-Based Process Redesign. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 13(20):1452. doi: 10.3390/ijerph20021452.
69. Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(3):375-82. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.8274.
70. Brasil(c). Portaria No1.978, de 12 de setembro de 2014. Dispões sobre a aprovação do o Regimento Interno do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). *Diário Oficial da União*. 15 set 2014; Seção I: p.54. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1978_12_09_2014.html.
71. Behrens R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Revista Bioética*. 2019; 27(2): 253-60. doi: 10.1590/1983-80422019272307.
72. Santos RP, Sopha FBF, Ruths JC, Rizzotto MLF. Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. *Rev enferm UFPE*. Recife. 2019; 13(2):532-7. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a238189p532-537-2018>.
73. Silva JA, Pinto CM. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde, ou seja, o percentual de adequação que

- reflete a segurança em relação à assistência prestada. *Revista de Administração em saúde*. 2017; 17(66). Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10/20>.
74. Organização Pan American de Saúde. OPAS. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>.
 75. Botros S, Dunn J. Implementation and spread of a simple and effective way to improve the accuracy of medicines reconciliation on discharge: a hospital-based quality improvement project and success story. *BMJ Open Quality*. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-oq-2018-000363>.
 76. Wasylewicz ATM, Scheepers-Hoeks AMJW. Clinical Decision Support Systems. In: Kubben P, Dumontier M, Dekker A, editors. *Fundamentals of Clinical Data Science* [Internet].
 77. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*. 2020;6(3):e6000012.
 78. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(2):155-163.
 79. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KS de A, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UFSM*, 2021;11:e79. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>.
 80. Luz EL. Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade de cuidados. *Nursing*, nº175, março de, p.24 - 44, 2003.
 81. Martins EMGA, Machado EAPM, da Silva Gouveia EMC, da Costa Pereira EPS, Renca EPFNN. Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. (2021).
 82. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2213-2228.
 83. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousqual A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018 set; 43(e1): 244-60. doi: 10.1590/0103-110420185116 » <https://doi.org/10.1590/0103-110420185116>.
 84. Hernandez HCP et al. Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do paciente pós COVID-19. *Revista de Administração em Saúde*, 2020; 20(80).
 85. Bandeira D, Weiller TH, Damaceno AN, Pucci VR, Megier ER, Souza Junior G de F de. Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de Transição do Cuidado: uma revisão integrativa. *RSD* [Internet]. 5 de setembro de 2021 [citado 29 de novembro de 2023];10(11):e417101119636. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19636>.

86. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Jul 6, 2017]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=1>.
87. Pinto MFSVM. Continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na transição da pessoa adulta em situação de doença, do contexto hospitalar para a comunidade: proposta de intervenção. 2023. Tese de Doutorado.
88. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev.* 2017;64(3):379-87. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>.