



Pré-implementação de um protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes clínicos

Pre-implementation of a hospital discharge planning protocol for clinical patients

Pre-implementación de un protocolo de planificación de alta hospitalaria para pacientes clínicos

Pedro Chandllis Alencar Vasconcelos¹, Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco¹, Patrícia Rezende do Prado².

RESUMO

Objetivo: Propor a implementação de um protocolo de planejamento de alta hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo de pré-implementação desenvolvido em quatro etapas consecutivas, norteado por uma Revisão Sistemática da Cochrane. **Resultados:** Participaram do estudo, 21 pacientes na etapa 2, e 7 enfermeiros assistenciais nas etapas 3 e 4. Dos 21 pacientes entrevistados, 52,4% eram do sexo feminino, com idade entre 19 a 88 anos e média de 60,9 anos. A maioria apresentou baixo nível de escolaridade. Foi utilizado o instrumento de satisfação, no momento da alta, e o instrumento Care Transitions Measure 15, 30 dias após alta. Um plano de ação foi elaborado em conjunto com os enfermeiros assistenciais para implementar o protocolo de planejamento de alta hospitalar. **Conclusão:** O protocolo foi construído, por meio de etapas metodológicas baseadas na literatura, para auxiliar o enfermeiro no cuidado ao paciente clínico. Recomenda-se a continuidade do estudo com a validação de conteúdo e implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar para paciente internados em clínica médica.

Palavras-chave: Ciência da implementação, Planejamento da alta, Protocolo, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To propose the implementation of a hospital discharge planning protocol. **Methods:** This is a pre-implementation study developed in four consecutive stages, guided by a Cochrane Systematic Review. **Results:** 21 patients participated in the study in stage 2, and 7 clinical nurses in stages 3 and 4. Of the 21 patients interviewed, 52.4% were female, aged between 19 and 88 years and an average of 60.9 years. The majority had a low level of education. The satisfaction instrument was used at the time of discharge, and the Care Transitions Measure 15 instrument was used 30 days after discharge. An action plan was developed together with clinical nurses to implement the hospital discharge planning protocol. **Conclusion:** The protocol was constructed, through methodological steps based on literature, to assist nurses in caring for clinical patients. It is recommended that the study be continued with content validation and implementation of the hospital discharge planning protocol for patients admitted to a medical clinic.

Keywords: Implementation science, Discharge planning, Protocol, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Proponer la implementación de un protocolo de planificación del alta hospitalaria. **Métodos:** Se trata de un estudio previo a la implementación desarrollado en cuatro etapas consecutivas, guiado por una Revisión Sistemática Cochrane. **Resultados:** Participaron del estudio 21 pacientes en la etapa 2, y 7 enfermeras clínicas en las etapas 3 y 4. De los 21 pacientes entrevistados, el 52,4% eran del sexo femenino, con edades entre 19 y 88 años y un promedio de 60,9 años. La mayoría tenía un bajo nivel de educación. Se

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói - RJ.

² Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto – SP.

utilizó el instrumento de satisfacción en el momento del alta y el instrumento Care Transitions Measure 15 a los 30 días del alta. Se desarrolló un plan de acción junto con enfermeras clínicas para implementar el protocolo de planificación del alta hospitalaria. **Conclusión:** El protocolo fue construido, a través de pasos metodológicos basados en la literatura, para ayudar al enfermero en el cuidado de los pacientes clínicos. Se recomienda continuar el estudio con la validación de contenido e implementación del protocolo de planificación del alta hospitalaria para pacientes ingresados en una clínica médica.

Palabras clave: Ciencia de la implementación, Planificación del alta, Protocolo, Enfermería.

INTRODUÇÃO

O planejamento da alta hospitalar está recomendado para a melhoria dos indicadores de reinternação, tempo de internação, readmissão hospitalar em 30 dias pós-alta, e para melhorar a qualidade do cuidado de transição visando uma melhor experiência, segurança e satisfação do paciente. Logo, os hospitais que visam reduzir o atraso na alta hospitalar devem focar na transição do cuidado, que engloba o planejamento da alta hospitalar desde o momento da admissão do paciente no hospital (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). No entanto, há desafios impostos para os sistemas de saúde do Brasil, cujos pacientes têm necessidades médicas complexas e muitas vezes residem distante dos serviços de saúde (ARAÚJO JS, et al., 2022). Ainda não há um consenso sobre o melhor modelo de planejamento de alta, sendo fundamental mapear a literatura para auxiliar o planejamento da alta hospitalar, os pacientes devem ser orientados e acompanhados durante e após a alta hospitalar (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022).

Alguns desafios existentes nas enfermarias de clínica médica que contribuem para a internação prolongada e interfere na alta hospitalar são as pendências sociais, interrupção de cuidado, espera para a realização de exames, avaliação incompleta do paciente no momento da admissão e falta de planejamento e orientações de cuidados para a alta hospitalar (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). 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, agilizar e uniformizar o atendimento, facilitar condutas descentralizadas, melhorar a qualidade de serviços prestados aos clientes, padronizar as condutas; melhorar o planejamento e controle da instituição, dos procedimentos e dos resultados, garantir maior segurança, otimizar a utilização dos recursos operacionais, reduzir custos e garantir uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes (COREN-SE, 2017; PIMENTA CA et al., 2015).

Os protocolos assistenciais são produtos tecnológicos em saúde, adaptados às expectativas e objetivos de pesquisadores. Os protocolos devem, estruturalmente, ser embasados por sua finalidade, público-alvo, linhas de cuidado prioritárias e por evidências científicas que justifiquem a assistência proposta por princípios éticos e legais (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). No hospital de estudo, as altas hospitalares são realizadas convencionalmente, com orientações sobre medicamentos, nutrição, curativos, exames, retorno para acompanhamento ambulatorial, entrega de informe de alta e receituário médico pelo enfermeiro responsável pela alta.

No entanto, não existe transição do cuidado por meio de um protocolo de planejamento de alta hospitalar e, raramente, os pacientes são contra referenciados. Os resultados deste estudo poderão contribuir com o processo da alta hospitalar, bem como a transição de cuidado dos pacientes internados em enfermarias clínicas, e assim, reduzir o tempo de internação e as taxas de reinternação no referido hospital. Além disso, poderão auxiliar os profissionais em suas tomadas de decisões, tornando o processo da alta menos complexo e mais eficiente. Assim, o presente estudo teve como objetivo propor a implementação de um protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em clínica médica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de pré-implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar, realizado em uma enfermaria de clínica médica de um hospital filantrópico do estado do Acre. Geralmente, na enfermaria clínica, os pacientes têm o tempo de internação mais prolongados, devido à complexidade da alta hospitalar de alguns casos, como a demora para realização de exames complementares, pendências sociais

e a inexistência do planejamento da alta hospitalar para auxiliar a transição. Este estudo foi descrito e desenvolvido em 4 etapas consecutivas: 1) Mapeamento de evidências de melhores práticas para o planejamento de alta hospitalar: por meio da revisão da literatura; 2) Caracterização dos indicadores assistenciais dos pacientes internados em enfermaria de clínica médica: por meio de um questionário; 3) Levantamento, junto à equipe de enfermeiros, das barreiras e facilitadores para a implementação de alta hospitalar planejada de enfermagem: por meio de um questionário; 4) Proposta de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em enfermaria de clínica médica.

O desenvolvimento 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 (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). Considerou-se, também, para a elaboração do protocolo, as principais características clínicas dos pacientes, suas respostas aos questionários de satisfação conforme a Etapa 2, bem como os relatos dos enfermeiros acerca das dificuldades e facilidades observadas por eles para a efetivação de um planejamento de alta de enfermagem.

O protocolo foi construído baseado nas recomendações metodológicas do guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, (COREN-SP, 2020). O protocolo apresentou, inicialmente, as seguintes medidas que incorporaram o planejamento de alta aos pacientes internados em clínica médica: criação e implementação de lista de verificação de intervenções de enfermagem de preparo do paciente e familiar para a alta planejada com segurança, coordenação de cuidados e conciliação medicamentosa no momento da alta e educação em saúde. A partir dos dados coletados na Etapa 3, elaborou-se a proposta de implementação do Protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em enfermaria de clínica médica.

Para isso, priorizou-se os problemas identificados e foi elaborada uma proposta de intervenções de acordo com as barreiras e facilidades identificadas pelos enfermeiros, bem como a apresentação dos resultados dos indicadores assistenciais após avaliação dos pacientes. Para a elaboração da proposta de implementação do protocolo foi utilizada a ferramenta 5W3H para nortear a execução das ações. A ferramenta 5W3H é uma técnica de gestão utilizada para planejamento e resolução de problemas (CARLESSO F e TAVARES RG, 2014). Para a Etapa 2, a amostra dos pacientes foi de conveniência e composta por pacientes internados na enfermaria de clínica médica. A amostra foi compreendida por 21 pacientes. Para a Etapa 3, a amostra foi composta pela totalidade de enfermeiros que trabalhavam nas enfermarias de clínica médica, em turnos matutino, vespertino e noturno, totalizando sete participantes.

Os dados foram tabulados em um banco de dados no Microsoft Excel 2020 e compilados no software estatístico IBM SPSS Statistics 25. As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa, e as variáveis contínuas foram avaliadas em média e desvio padrão. A variável “escore final do instrumento CTM-15” foi apresentada com medidas de tendência central, média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo. Para todos os casos, um nível de significância estatística de 0,05 foi considerado. A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o N° 6.594.410 e CAAE 73356323.2.0000.5243, cumprindo as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

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 e carta de alta.

A estrutura básica do protocolo foi organizada em oito capítulos:

- **Capítulo 1- Apresentação e finalidade do protocolo** - diz respeito a apresentação e ao objetivo geral do protocolo.

- **Capítulo 2- Revisão de literatura** – diz respeito à sustentação teórica e metodológicas em resposta a uma pergunta específica.
- **Capítulo 3- Envolvimento das partes interessadas** - focaliza em que medida o protocolo foi desenvolvido pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos.
- **Capítulo 4- Rigor do desenvolvimento** - diz respeito ao processo usado para sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas.
- **Capítulo 5- Clareza da apresentação** - diz respeito à linguagem, estrutura e o formato do protocolo.
- **Capítulo 6- Aplicabilidade e independência editorial** - diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização do protocolo; e à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes.
- **Capítulo 7- Intervenções** – diz respeito ao conjunto de ações, identificadas na revisão sistemática, que auxilia o profissional a conduzir o plano de alta.
- **Capítulo 8- Instrumento** – diz respeito ao mecanismo norteador para desenvolver o protocolo.

A **Tabela 1**, apresenta as características sociodemográficas dos 21 pacientes internados em enfermaria clínica do cenário do estudo. Destes, 52,4% são do sexo feminino, a idade variou de 19 a 88 anos, 71,4% tinham mais de 60 anos de idade, com média de idade de 60,9 anos. A maioria apresentou nível de escolaridade baixo, sendo 23,8% analfabetos e 47,6% possuíam ensino fundamental incompleto, 1 a 4 série.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes (n=21).

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	11	52,4
Masculino	10	47,6
Idade		
18 a 59 anos	6	28,6
60 a 64	2	9,5
65 a 70 anos	5	23,8
71 ou mais	8	38,1
Estado civil		
Solteiro	2	9,5
Casado/União estável	13	62,0
Divorciado	2	9,5
Viúvo	4	19,0
Escolaridade		
Analfabeto	5	23,8
Ensino fundamental incompleto: da 1ª à 4ª série	10	47,6
Ensino fundamental incompleto: Da 5ª à 8ª série		-
Ensino fundamental completo	1	4,8
Ensino médio incompleto	2	9,5
Ensino médio completo		
Superior completo	1	4,8
Pós-graduação/mestrado/doutorado		-

Fonte: Vasconcelos PCA, et al., 2025.

Dos 21 participantes, 81% têm procedência extra-hospitalar, sendo que todos foram acompanhados por familiares. O tempo de permanência no hospital variou de 04 a 29 dias, com uma média de 11,2 dias. Os principais diagnósticos que motivaram a internação foram Síndrome Coronariana Aguda Multiarterial (28,6%) e Insuficiência Cardíaca (23,8%).

Após 30 dias de alta hospitalar, não houve reinternação e apenas um paciente apresentou visita de emergência (4,8%). As principais comorbidades destacadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (85,7%), Doenças Cardiovasculares (38,1%), Diabetes (23,8%), outras comorbidades (47,6%) e mais de uma comorbidades (71,4%), conforme (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes (21).

Variáveis	N	N (%)
Procedência		
Extra hospitalar	17	81,0
Intra-hospitalar	4	19,0
Acompanhante		
Familiar	21	100,0
Outros	-	-
Tempo de permanência (dias)	11,2*	-
Diagnósticos de entrada		
SCA Multiarterial	6	28,6
Insuficiência cardíaca	5	23,8
Crise hipertensiva	2	9,5
Pneumonia	1	4,8
Pé diabético		
Estenose aórtica		
Sepse de foco urinário		
Lúpus		
Aneurisma de aorta		
Doença renal crônica		
Reinternação (dias)	-	-
Visita de emergência (em 30 dias)	1	4,8
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	18	85,7
Cardiovasculares	8	38,1
Diabetes	5	23,8
Renais	2	9,5
Respiratórias		
Musculoesqueléticas		
Mais de uma comorbidade	15	71,4
Outras	10	47,6

Fonte: Vasconcelos PCA, et al., 2025.

A Tabela 3 apresentou a prevalência das respostas dos participantes ao questionário de satisfação do cliente. Perguntado sobre o grau de satisfação do cliente, foi identificado melhor resultado (completamente satisfeito) para comunicação entre técnico de enfermagem e paciente (100%) e a inclusão do paciente e família no plano de alta (100%). Destaca-se que 14% dos pacientes referiram estar moderadamente satisfeito com o tempo de internação.

Tabela 3 - Prevalência das respostas dos participantes ao questionário de satisfação do cliente, de acordo com os domínios da NOC (n=21).

Questionário de satisfação do cliente (NOC)	Nada satisfeito		Um pouco satisfeito		Moderadamente satisfeito		Muito satisfeito		Completamente satisfeito	
	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)
Paciente/família incluídos no plano de alta									21	100
Comunicação técnico de enf./paciente									21	100

Ambiente de internação				1	4,8	20	95,2	
Comunicação médico/paciente	-			1	4,8	20	95,2	
Comunicação enfermeiro/paciente	-	1	4,8	-		20	95,2	
Serviços prestados por outro profissional	-			2	9,5	19	90,5	
Cuidados para controle da dor	-			2	9,5	19	90,5	
Planejamento da alta	-	1	4,8	1	4,8	19	90,5	
Cuidados para manter o asseio	-			2	9,5	19	90,5	
Cuidados com o retorno à dieta	-			2	9,5	19	90,5	
Cuidados recebidos em geral	1	4,8	-		2	9,5	18	85,7
Assistência para/ enfrentar preocupações	-		-		3	14,3	18	85,7
Cuidados para prevenir danos ou lesões	-		-		3	14,3	18	85,7
Tempo de internação	-		3	14,3	1	4,8	17	81,0

Fonte: Vasconcelos PCA, et al., 2025.

Em relação à avaliação do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15), aplicado em 30 dias pós-alta, até o momento da elaboração destes resultados houve respostas de 15 pacientes, conforme demonstrado na (Tabela 4). A Tabela 4 apresentou a média e desvio padrão dos fatores descritos para o instrumento CTM-15 (F1 a F4). Dentre eles, o que apresentou maior média de escore foi “preparação para autogerenciamento” (68,9+5,9), e o menor escore foi evidenciado no “plano de cuidado” (47,9+ 5,9). O escore final apresentou média de 64,8 (3,1), excetuando-se o fator 4, todos os demais fatores referentes ao cuidado de transição são considerados como nível aceitável de satisfação, por estarem em valores maiores ou acima de 50.

Demonstrou as médias dos escores do instrumento CTM-15 por questão. As questões “entende claramente como cuidar da saúde”, “entende sinais de alerta e sintomas” e “preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas” foram respectivamente as que apresentaram maior pontuação. A questão “recebeu um plano escrito de cuidados” obteve a menor pontuação (média = 33,3), estando inclusive abaixo de 50 pontos, ou seja, com média baixa de nível de satisfação neste item.

Tabela 4 - Distribuição de estatísticas descritivas do escore final do CTM-15 e da média e desvio padrão por fatores e escores.

Fatores – Questionário CTM-15		Média (DP)*
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento		68,9(5,9)
Fator 2 - Entendimento sobre medicações		65,2(3,9)
Fator 3 - Preferências asseguradas		67,4(2,9)
Fator 4 - Plano de cuidado		47,7(5,9)
Escore final		64,8(3,1)
Perguntas – Questionário CTM-15		
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados.	66,7(-)	
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde.		
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	68,9(8,5)	
4. Teve informações que precisava para autocuidado	64,4(8,6)	
5. Entende claramente como cuidar da saúde	77,8(16,2)	
6. Entende sinais de alerta e sintomas	71,1(21,3)	
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	33,3(-)	
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	66,7(-)	
9. Compreende o que é de sua responsabilidade		

10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	
12. Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames.	62,2(11,7)
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	
14. Entende como tomar os medicamentos.	66,7(-)
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	62,2(11,7)

Nota: *Média com desvio padrão = Média (DP). **Fonte:** Vasconcelos PCA, et al., 2025.

Participaram desta etapa sete enfermeiros lotados nas enfermarias clínicas. Os mesmos apresentam as seguintes características: média de 36,4 anos de idade, sexo masculino (n=5), média de 8,4 anos de experiência na assistência aos adultos ou idosos hospitalizados, média de 4,1 anos de tempo de serviço no setor de enfermaria de clínica médica, tempo de formação em Bacharelado em Enfermagem compreendido entre 6 e 10 anos. A maior parte dos enfermeiros apresentaram graduação em instituição privada (n=5). Todos os enfermeiros são especialistas, sendo este o maior nível de formação da amostra.

A maior parte tem especialização em enfermagem médico-cirúrgica (n=4). Deste grupo, cinco enfermeiros possuem dois ou três vínculos empregatícios. Destaca-se também que da amostra avaliada, seis enfermeiros referiram apresentar experiência com projetos de implementação de boas práticas e cinco possuem experiência na elaboração de protocolos de enfermagem. Em relação às principais barreiras e facilitadores para a implementação do plano de alta hospitalar, referenciadas pelos enfermeiros, foram relatados os seguintes: (Quadro 1)

Quadro 1 - Apresentação de barreiras e facilitadores relatados pelos enfermeiros sobre a implementação de um planejamento de alta hospitalar.

Fatores dificultadores (barreiras) para o planejamento de alta	Fatores que facilitam ao planejamento de alta
1. Tempo escasso no plantão para priorizar o planejamento de alta.	1. Otimização do plano de cuidado
2. Baixo grau de escolaridade dos pacientes para entendimento de um planejamento de alta.	2. Pode reduzir tempo de internação e prevenir readmissões
3. Possível baixa adesão dos profissionais de enfermagem à proposta.	3. Acompanhamento e foco na resolução do diagnóstico do paciente
4. Falta de experiência com o planejamento de alta de enfermagem.	4. Melhor manejo do paciente durante o processo intra-hospitalar. Confere segurança ao paciente, reduz risco ao paciente (não informado qual)
5. O planejamento de alta precisar estar alinhado ao prontuário eletrônico, quando o mesmo for implementado na instituição.	5. Família direcionada e assistida, com maior participação
6. Gastos com insumos, pelo uso de formulários impressos sobre planejamento de alta.	6. Satisfação do paciente
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.	7. Otimização de custo (não informado qual).
	8. Aumenta oferta de leitos
	9. Segurança da alta médica

Fonte: Vasconcelos PCA, et al., 2025.

O **Quadro 2** apresenta uma proposta metodológica de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em enfermaria de clínica médica, embasado nos resultados apresentados nas Etapas 2 e 3. Com base nesse resultado, 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 2 - Proposta metodológica de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar.

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 as partes interessadas (stakeholders)	Solucionar as pendências sociais e clínicas 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 do 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	- 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

				atividade de competência científica e legal.					
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Propositor da implementação do protocolo - Coordenador das clínicas - Gerência de enfermagem - Núcleo de Educação Permanente 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 precisa 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros assistenciais - Coordenação de enfermagem 	Enfermaria de clínica médica	A definir	A definir	Avaliação por meio dos registros de enfermagem

Fonte: Vasconcelos PCA, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Este estudo propôs a implementação de um protocolo de planejamento de alta hospitalar para pacientes internados em clínica médica visando 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 na revisão de evidência científica (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). Ao escolher entre várias intervenções potenciais, evidenciadas na Revisão Sistemática e destacadas no produto da dissertação, considerou-se a força das evidências de eficácia da pré-implementação, centrada na pessoa e no ambiente (GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). As intervenções demonstraram eficácia na redução das disparidades de saúde e devem ser priorizadas para implementação quando possível, no entanto, para promover a equidade na saúde utilizando a ciência da implementação é crucial que o foco na equidade seja integrado nas fases de pré-implementação (BAUMANN AA e CABASSA LJ, 2020; KERKHOFF AD, et al., 2022).

Há evidências que a implementação do protocolo pode melhorar os indicadores de saúde por meio da seleção de intervenções e estratégias de implementação associadas que tenham maior probabilidade de ser eficazes e ser implementadas na prática (KERKHOFF AD, et al., 2022; GONÇALVES-BRADLEY DC, et al., 2022). Foram elencadas cinco intervenções de enfermagem que mais se alinharam com as necessidades da população estudada, fundamentada na revisão sistemática: Conciliação Medicamentosa, Educação em Saúde, Coordenação de Cuidados, Transição de Cuidado e Carta de Alta, as quais devem ser consideradas ao planejar protocolos de alta.

No Brasil, estudos evidenciaram que programa de conciliação medicamentosa pode prevenir erros de medicamentos e reduzir significativamente os riscos de morte ou complicações, com orientações direta ao paciente sobre sua farmacoterapia (CANDIDO SHS, 2022; BARBOSA SM, et al., 2023; SILVA WPC, et al., 2024). 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 (COSTA DAC, et al., 2020).

Identificou-se na literatura inúmeras recomendações para executar a Educação em Saúde no âmbito hospitalar, é uma das principais estratégias identificadas para fortalecer a continuidade do cuidado, evidenciada e fundamentada em um plano de alta (COSTA DAC, et al., 2020; GALLO VCL, et al., 2021; VALENTE SH, et al., 2022). Outra intervenção foi a Coordenação de Cuidados, amplamente definida como a harmonização entre diferentes serviços e ações compartilhadas por distintos profissionais de saúde (ALMEIDA PF, et al., 2018).

Evidenciada na revisão sistemática, 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. 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 (TOMAZELA M, et al., 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 (PINTO MFSM, 2023).

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. (MARTINS EMGA, et al., 2021). Na coleta de dados pré-implementação foram apontados pelos pacientes a satisfação moderada com o tempo de internação (81% satisfeito), com variação de 04 a 29 dias, constando uma média de 11 dias de internação, evidenciado no Instrumento de Satisfação, elaborado com base nos resultados da NOC (Classification of Nursing Outcomes).

Os melhores resultados obtidos do Questionário de Satisfação foram referentes à comunicação do técnico de enfermagem com paciente e à inclusão do paciente/família no plano de alta. Outro problema se deve, principalmente, à ausência de documentação e registro de um plano de cuidado representado pelo baixo nível

de satisfação para evidenciado pelo Instrumento Care Transitions Measure (CTM-15). Isso significa que os pacientes estão insatisfeitos com o modelo de alta conduzido no hospital de estudo, cujo resultado evidencia a necessidade de melhoria da transição dos cuidados entre a hospitalização e o domicílio, momento em que os pacientes ainda se apresentam altamente vulneráveis frente as mudanças drásticas do regime de tratamento medicamentoso e não medicamentoso que ocorreram durante a internação.

Dentre os melhores resultados obtidos do Instrumento CTM-15, foram identificadas as seguintes questões: “Entende claramente como cuidar da saúde”, “Entende sinais de alerta e sintomas”, “Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas”, todas consideradas como nível aceitável de satisfação, por estarem em valores acima de 50 pontos. Estes itens do questionário ainda são considerados aquém dos resultados de um estudo brasileiro prévio que avaliou a qualidade do cuidado de transição em pacientes internados com doenças crônicas (ACOSTA AM, et al., 2020). A comparação entre ambos os estudos corrobora com a necessidade de se melhorar a qualidade dos cuidados de transição ao longo do tempo com o avançar da proposta de implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar, com aprimoramento da segurança e satisfação do paciente.

Dentre os principais problemas para implementar o planejamento de alta hospitalar apontados pelos enfermeiros foram o tempo dos enfermeiros para implementar; o grau de escolaridade dos pacientes para se trabalhar a educação em saúde, possível baixa adesão, falta de experiência com implementação, alinhamento do protocolo no prontuário eletrônico, gastos com insumos e adesão ao plano de alta. Resumidamente, a falta de tempo, a falta de experiência, a possível baixa adesão dos profissionais de enfermagem para desenvolver o planejamento de alta, e possível descontinuidade no planejamento de alta, podem ser solucionados com a simplificação do instrumento (checklist/fluxograma), e com incentivos dos profissionais, para fornecer o acesso rápido e de fácil aplicação, compreendendo que a enfermagem tem competência técnico-científica e legal para melhorar a vida das pessoas.

Ressalta-se, que parte dos enfermeiros apresentam pouca experiência com a alta planejada, justificado pela inexistência de um protocolo de planejamento de alta hospitalar no hospital de estudo. Por outro lado, a maioria apresentou ter experiência com projetos de implementação de boas práticas e experiência na elaboração de protocolos de enfermagem, isso pode ser satisfatório para efetivar a implementação. No que tange o grau de escolaridade dos pacientes, foi evidenciado que grande maioria apresentou baixo grau de escolaridade, cabendo ao enfermeiro trabalhar a educação em saúde e além disso, inserir na rotina o plano de alta escrito individualizado e de fácil entendimento.

Outros apontamentos como inserção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e gastos com insumos, foram citados pois o hospital de estudo encontra-se em fase de modernização e de pré-implementação do PEP. Após a implementação do PEP, será necessário fazer o alinhamento do protocolo de alta no sistema do PEP, em consequência disso, é possível que os custos sejam otimizados. Para isso, além da busca de melhores evidências, foi realizada uma avaliação com os pacientes para identificar os indicadores assistenciais dos pacientes internados em enfermagem de clínica médica, evidenciando baixo nível de satisfação com o planejamento da alta hospitalar.

No entanto, no sistema de saúde do Brasil, ainda existe dificuldade para implementar a alta hospitalar responsável como uma diretriz para a continuidade do cuidado. Isso deve-se à ausência de protocolos institucionais estabelecidos para nortear a condução deste processo, apesar de decorridos 11 anos desde a normativa brasileira ter sido implementada. Pressupõem que, além da inexistência de protocolos institucionais, outras barreiras associadas podem inviabilizar a implementação do plano como sobrecarga de trabalho gerada pela incorporação das atividades de alta, problemas estruturais, superlotação, elevada rotatividade de leitos e a pressão para liberação de leitos (ACOSTA AM, et al., 2020; ZANETONI TC, et al., 2023).

Limitações do estudo

Este estudo foi desenvolvido somente em uma enfermagem clínica e com pouca rotatividade de internação, justificada pela longa permanência de alguns pacientes. A dificuldade de contato telefônico e curto período de coleta podem ter inviabilizado o recrutamento de outros participantes para o estudo.

Contribuições para a área

Este estudo colabora com o aprimoramento da assistência ao paciente, fundamentado em melhores evidências científicas, abrindo caminho para o desenvolvimento de outros estudos futuros e possíveis intervenções que venham trazer melhorias à assistência de enfermagem aos pacientes.

CONCLUSÃO

Considerando o curto prazo para a execução desse estudo, o que impossibilitou de avançar de outros resultados, recomenda-se a continuidade do estudo com a validação de conteúdo e implementação do protocolo de planejamento de alta hospitalar para paciente internados em clínica médica. E para isso, é fundamental que as partes interessadas (stakeholders), estejam plenamente envolvidas, e que compreendam que o planejamento de alta é importante e deve ser centrado no paciente, para ser implementado desde a admissão visando atender as necessidades individuais. Espera-se que as informações apresentadas nesta pesquisa possam contribuir futuramente com outros estudos de implementação.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA AM, et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020; 41.
2. ALMEIDA PF, et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 2018; 43(1): 244-60.
3. ARAÚJO JS, et al. Comunidade do baixo acará: realidades e desafios aos serviços de atenção à saúde. *Nova Revista Amazônica*, 2022; 10(1): 177-184.
4. BARBOSA SM, et al. Sleep quality of nurses who worked in coping with COVID-19: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2023; 76(6).
5. BAUMANN AA e CABASSA LJ. Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Services Research*, 2020; 20: 190.
6. CANDIDO SHS. Conciliação medicamentosa de pacientes neurológicos em um hospital universitário do estado do Amazonas. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacológicas) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2022; 66.
7. CARLESSO F e TAVARES RG. Diagrama de Ishikawa e 5W2H como ferramentas de gestão da qualidade em laboratórios de análises clínicas. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 2014; 46(1-4): 74-9.
8. COREN-SE. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. Protocolos assistenciais. Sergipe, 2017. Disponível em: <https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/modelo-protocolos-assistenciais.pdf>. Acessado em: 20 de julho de 2024.
9. COREN-SP. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Responsabilidade e condições no procedimento de alta hospitalar, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-019.2020-Alta-Hospitalar.pdf>. Acessado em: 20 de julho de 2024.
10. COSTA DAC, et al. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*, 2020; 6(3).
11. GALLO VCL, et al. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2021; 79.
12. GONÇALVES-BRADLEY DC, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022; 2.
13. KERKHOFF AD, et al. Addressing health disparities through implementation science—a need to integrate an equity lens from the outset. *Implementação Science*, 2022; 17.
14. MARTINS EMGA, et al. Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, 2021.
15. PIMENTA CA, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem, 2015.
16. PINTO MFSM. 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. (Doutorado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Universidade de Évora, Évora – Portugal, 2023.
17. SILVA WPC, et al. Implantação do serviço de reconciliação medicamentosa em um hospital universitário em Belém-PA. *Caderno Pedagógico*, 2024; 21.
18. Tomazela M, et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36.
19. VALENTE SH, et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2022; 35.
20. ZANETONI TC, et al. Operationalization and time dedicated by nurses in responsible hospital discharge. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36.