



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

MONIQUE ANTONIA COELHO

**INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL TERCIÁRIO E UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE: PROJETO REAL - REDESENHANDO A ALTA HOSPITALAR**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Cirurgia e Medicina Translacional

Orientadora: Profa. Assoc. Erika Veruska Paiva Ortolan

Botucatu

2022

MONIQUE ANTONIA COELHO

**INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL TERCIÁRIO E
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO REAL -
REDESENHANDO A ALTA HOSPITALAR**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Cirurgia e Medicina
Translacional

Orientadora: Profa. Assoc. Erika Veruska Paiva Ortolan

Botucatu

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRE 8/7500

Coelho, Monique Antonia.

Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde : projeto real - redesenhando a alta hospitalar / Monique Antonia Coelho. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Érika Veruska Paiva Ortolan

Capes: 40000001

1. Colaboração intersetorial. 2. Níveis de atenção à saúde. 3. Alta do paciente. 4. Readmissão do paciente. 5. Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Integração planejada da assistência; Níveis de saúde; Planejamento da alta; Readmissão hospitalar; Sistema Único de Saúde.

Autor: Monique Antonia Coelho

Título: Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: Projeto Real
- redesenhando a alta hospitalar

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Botucatu, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de doutora

Orientador: Prof(a). Assoc(a). Erika Veruska Paiva Ortolan

Comissão examinadora:

Prof(a). Assoc(a). SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof. Dr. ANDRÉ LUIS BALBI
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a). DANNIELLE FERNANDES GODOI
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Prof. Dr. FÁBIO ANTONIO PERECIM VOLPE
Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Elaine C. Leonello (in memoriam), por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de minha trajetória acadêmica, sempre com uma presença cheia de luz e otimismo.

AGRADECIMENTOS

À Pós-Graduação em Cirurgia e Medicina Translacional;

À Faculdade de Medicina de Botucatu;

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e,

Prefeitura Municipal de Botucatu por me proporcionarem esta oportunidade ímpar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 2019/03796-7) pelo apoio financeiro essencial para realização dessa pesquisa.

Às especialidades médicas de Clínica Médica Geral e Cirurgia geral, ao Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP), Centro de Informática Médica (CIMED), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Unidades Básicas de Saúde do município de Botucatu.

Aos **pacientes**, usuários do Sistema Único de Saúde (um sistema ímpar no âmbito mundial), pela valiosa colaboração e participação.

Em especial:

À minha orientadora, Professora Assoc. **Erika Veruska Paiva Ortolan**, obrigada por esta oportunidade. A vida não é sobre metas, conquistas e linhas de chegada. É sobre quem você se torna nessa caminhada. Devido ao seu incentivo, confiança e motivação eu posso celebrar esta conquista.

À **Deus**, por me capacitar e trazer essa vitória para a minha vida.

À minha **família** por toda dedicação, abdicação de tempo e muitos outros projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar, ter uma excelente formação profissional e pessoal.

Ao **Napoleão**, meu fiel companheiro.

À minha avó **Joana**, por traduzir em todos os seus atos o significado da palavra amor.

Ao meu noivo **Henrique**, pelo seu amor incondicional e por compreender minha dedicação a esta pesquisa.

À minha amiga **Ketillyn** pelo valor de uma amizade verdadeira, incondicionalmente.

Ao Professor Associado **Pedro Luiz Lourenção** pela atenção e eficiência na análise estatística dos resultados.

Às bolsistas, Anícia, Isabella, Jéssica e Mayara pelo significado de “Time”.

Aos gerentes de enfermagem, **Darlene Bravim Cerqueira** e **Ricardo Eugênio Maranzatto**, por toda motivação e incentivo às praticas acadêmicas, bem como pelos ensinamentos inerentes a estratégias de superação, liderança e determinação na carreira profissional. Sou grata pelo seu acolhimento e pela confiança depositada em mim.

EPÍGRAFE

“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes.”

(Isaac Newton)

RESUMO

COELHO, M. A. Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: projeto real – redesenhando a alta hospitalar. 2022. 80 folhas. Tese (Doutorado em Cirurgia e Medicina Translacional) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

Introdução: A readmissão hospitalar evitável gera custos ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de causar sofrimento social ao paciente. A Taxa de Readmissão tem sido usada como indicador para planejamento em saúde na gerência de planos privados de saúde e em sistemas de saúde internacionais. Seguindo a proposta do SUS da hierarquização da assistência, a integração otimizada das equipes de assistência poderia diminuir as readmissões. **Objetivos:** 1. Aplicar uma sistematização de alta para um grupo de pacientes internados em hospital terciário do Sistema Único de Saúde como ferramenta de otimização da integração hierarquizada e avaliar os resultados das intervenções de transição do cuidado no momento de internação até o pós-alta hospitalar; 2. Avaliar a qualidade da transição do cuidado e comparar sua associação às taxas de readmissão hospitalar não planejada em até trinta dias após a alta com os anos anteriores à sistematização; 3. Desenvolver e aplicar ferramenta informatizada em plataforma específica para comunicação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde com os profissionais do hospital terciário. **Métodos:** Por um período de um ano, pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu nas especialidades Clínica Médica Geral (CMG) e Cirurgia Geral (CG), provenientes do município de Botucatu, foram randomizados em dois grupos. Os pacientes e familiares do Grupo Intervenção (GI) receberam orientações desde o início da internação, na alta hospitalar, e no pós-alta, com informações em formato de protocolos padronizados a respeito da sua patologia e de sinais de alerta e itinerário terapêutico pós-hospitalar. O plano de alta, bem como as informações recebidas e compreendidas pelo paciente ou familiar, além de agendamento de retornos na UBS (independente dos retornos no centro terciário), uso correto da medicação e das demais orientações no seguimento foram registrados. O Grupo não intervenção (GNI) permaneceu com procedimentos habituais de alta, sem orientações protocoladas, e sem seguimento integrado da assistência nas Unidades Básicas de Saúde. Todos os pacientes foram acompanhados por um período de 6 meses após a alta hospitalar. **Resultados:** os pacientes da CMG eram mais velhos, possuíam mais comorbidades, permaneceram mais tempo internados quando comparados aos da CG. Não houve diferenças entre os GI e GNI quanto ao conhecimento de seu diagnóstico e entendimento das orientações na alta. Não houve diferenças entre taxas de readmissão em 30 dias entre os grupos em ambas as especialidades. Houve redução da readmissão de ambas as especialidades quando comparadas com os anos de 2018 e 2019. **Conclusão:** Foi estabelecida e incorporada a sistematização da alta, que apesar de não ter apresentado diferenças entre GI e GNI por serem os mesmos médicos a interagirem com os pacientes em ambos os grupos, teve como consequência a diminuição das readmissões hospitalares não planejadas em 30 dias. A ferramenta digital “Segunda Opinião” foi integrada e aplicada entre as redes de atenção à saúde, promovendo o acompanhamento comunitário e multiprofissional, melhorando a comunicação entre as redes de atenção, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, reduzindo-se as lacunas nas transições de cuidado.

Palavras-Chave: Planejamento da alta; Readmissão hospitalar; Integração Planejada da Assistência; Hierarquização, Níveis de saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

COELHO, M. A. Integration between tertiary hospital and basic health units: real project – redesigning hospital discharge. 2022. 80 sheets. Thesis (Doctorate in Surgery and Translational Medicine) - Faculty of Medicine of Botucatu, São Paulo State University, Botucatu, 2022.

Introduction: Avoidable hospital readmission generates costs for the Unified Health System (SUS), in addition to causing social suffering to the patient. The Readmission Rate has been used as an indicator for health planning in the management of private health plans and international health systems. Following the SUS proposal of hierarchization of care, the optimized integration of care teams could reduce readmissions. **Objectives:** 1. Apply a systematization of discharge for a group of patients hospitalized in a tertiary hospital of the Unified Health System as a tool to optimize hierarchical integration and evaluate the results of care transition interventions from the moment of hospitalization to the post-discharge; 2. Assess the quality of care transition and compare its association with unplanned hospital readmission rates within thirty days after discharge to the years prior to systematization; 3. Develop and apply an automated tool on a specific platform for communication among professionals from Basic Health Units and tertiary hospital professionals. **Methods:** For one year, patients admitted to the tertiary hospital in the specialties Clinical Medicine (CM) and General Surgery (GS), from the city of Botucatu, were randomized into two groups. Patients and family members in the Intervention Group (IG) received guidance in the hospitalization moment, at hospital discharge, and after discharge, with information about their pathology, warning signs and, post-hospital therapeutic itinerary in a standardized protocol format. The discharge plan, the information provided to the patient or family member, the schedule of visits to the Basic Healthcare Unit (BHU) (regardless visits to the tertiary center), correct use of medication, and other follow-up guidelines were recorded. The non-intervention group (NIG) continued with the usual discharge procedures, without protocol guidelines, and without integrated care follow-up at the BHU. All patients were followed for a period of 6 months after hospital discharge. **Results:** the CM patients were older, had more comorbidities, and remained in the hospital longer when compared to those in the GS. There were no differences between the IG and NIG regarding knowledge of their diagnosis and understanding of the guidelines at discharge. There were no differences in 30-day readmission rates between groups in both specialties. There was a reduction in readmission for both specialties when compared to 2018 and 2019. **Conclusion:** The systematization of discharge was established and incorporated, despite not having shown differences between GI and GNI because of the same physicians interacted with patients in both groups, resulted in a decrease in unplanned hospital readmissions within 30 days. The digital tool “Second Opinion” was integrated and applied between health care networks, promoting community and multiprofessional monitoring, improving communication between care networks, providing support for decision-making, thus reducing gaps in care transitions.

Key words: Discharge planning; Hospital readmission; Planned Integration of Assistance; Hierarchization, Health levels; Health Unified System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas do grupo de intervenção denominado REAL (redesenhando a alta)	21
Figura 2 - Tela inicial acesso à opção Segunda Opinião.....	23
Figura 3 - Fluxo de cadastramento do estabelecimento e profissional de saúde.....	24
Figura 4 – Fluxo para o envio da consulta “Segunda opinião”	25
Figura 5 – Visualização do módulo “Prestador”	26
Figura 6 – Reunião com especialidade de Clínica Médica Geral.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização e comparação dos pacientes de acordo com as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação	31
Tabela 2 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação.....	34
Tabela 3 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação.....	35
Tabela 4 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar.....	36
Tabela 5 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar.....	37
Tabela 6 – Análise de comparação global das respostas positivas (“sim”) dos pacientes das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano terapêutico no momento de internação hospitalar.....	38
Tabela 7 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção (GI) referente às orientações de alta hospitalar entre as	

especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral.....	39
Tabela 8 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Clínica Médica Geral no momento de pós-alta hospitalar	40
Tabela 9 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Cirurgia Geral no momento de pós-alta hospitalar	41
Tabela 10 - Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do instrumento no momento de pós-alta hospitalar	42
Tabela 11 - Análise comparativa das taxas de readmissões não planejadas em trinta dias após a alta hospitalar antes e após a sistematização entre as especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral	43
Tabela 12 - Taxas de mortalidade global das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral e estratificada em GI e GNI de ambas em até trinta dias após a alta, assim como durante a internação até o pós-alta, monitorada por seis meses	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CSEs – Centros de Saúde-Escola

CID – A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIMED – Centro de Informática Médica

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 – Coronavirus disease, 19

CMG – Clínica Médica Geral

CG – Cirurgia Geral

DRS – VI – VI Departamento Região de Saúde

EAP – Escritório de Apoio à Pesquisa

EUA – Estados Unidos das América

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GI – Grupo Intervenção

GNI – Grupo Não Intervenção

HC – Hospital das Clínicas

HCFMB – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

NIR – Núcleo Interno de Regulação

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

p - valor – Nível descritivo

PROADIS-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

REBEC – Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TICs – Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USFs – Unidades de Saúde da Família

UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

XIII – Treze

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	17
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. MÉTODOS	19
3.1. ETAPAS DO PROJETO REAL PARA OS PACIENTES SORTEADOS PARA ESSE GRUPO..	20
3.2. AMOSTRA E PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO.....	22
3.3. DESENVOLVIMENTO DE PLATAFORMA DE INFORMÁTICA “SEGUNDA OPINIÃO”	23
3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA DE DADOS	27
3.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	45
6. CONCLUSÃO.....	56
7. REFERÊNCIAS	57
8. ANEXOS	67
9. APÊNDICES.....	69

1. INTRODUÇÃO

A transição da assistência após a alta do paciente é um aspecto crítico para determinar a qualidade do cuidado^{1, 2} e inclui ações e planejamento de alta, bem como a educação em saúde do paciente e família, articulação entre os serviços e equipes de saúde e o acompanhamento pós alta.^{3,4} Se houver fragilidades neste processo de transição, mesmo que o paciente tenha recebido os melhores cuidados intra-hospitalares, com acesso a todas as possibilidades de tratamento, as readmissões hospitalares e idas às unidades de urgência tornam-se frequentes.^{5,6} No entanto, até os dias atuais, a realização de efetivas transições é ainda um desafio para o usuário que busca o serviço de saúde, principalmente no que diz respeito à articulação do hospital com as redes de atenção primárias, prejudicando a continuidade dos cuidados de forma adequada.⁵

O interesse de pesquisadores e gestores em saúde referente à temática da transição do cuidado é crescente. Evidências internacionais expõem as estratégias de transição do cuidado em modelos de sistema de saúde conforme as suas realidades contextuais.⁷⁻⁹ Alguns estudos internacionais têm associado a qualidade da transição do cuidado com a readmissão hospitalar, identificando a redução das taxas de readmissão quando a qualidade da transição é eficaz.^{5,10} Outros apontam a proporção de readmissão hospitalar como um indicador frequentemente utilizado como parâmetro para a qualidade assistencial.¹¹⁻¹⁴ Em 2009 a readmissão ocorria em torno de 20% dos pacientes atendidos pelo Medicare nos Estados Unidos.¹⁵ No Brasil há, em termos globais uma proporção de readmissões hospitalares de 19,8%, com variações significativas entre as regiões brasileiras (variação de 11,7 % na região Norte até 25,4% na região Sul).¹⁴

No Brasil, apesar dos avanços das políticas de saúde quanto à estruturação da rede de atenção à saúde, a temática ainda é incipiente e marcada pelo elevado número de reinternações com menos de trinta dias da alta, pela constante busca dos usuários pelos serviços de emergência, além da comunicação ineficiente entre os profissionais das redes básicas de atenção e os hospitais, sendo um desafio para os gestores de saúde.⁸ Um estudo realizado em Ribeirão Preto, polo assistencial e referência de média e alta complexidade para os 26 municípios da área de

abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII, com dados provenientes do Centro de Processamento de Dados Hospitalares / Observatório Regional de Atenção Hospitalar e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico dos hospitais, mostrou que, em 2011, houve 14,2% de readmissões, variando de 2,1 a 31,7%, entre os hospitais. As readmissões ocorreram no período de até sete dias após a alta da internação inicial, com tempo de permanência inferior a sete dias, tendo distribuição similar entre os sexos feminino e masculino, em pacientes adultos, que apresentavam ao menos uma comorbidade. Ocorreram com maior frequência nas internações pelo SUS, em hospitais com mais de 100 leitos e elevada complexidade assistencial.¹⁶

Os prejuízos à saúde dos pacientes com as readmissões vêm acompanhados de altos custos, podendo indicar elementos disfuncionais e fragmentos no sistema de saúde. Em 2007, nos Estados Unidos, o Medicare estimou uma potencial economia de 12 bilhões de dólares por ano, se reduzidas as readmissões preveníveis.¹⁷ No ano seguinte, o congresso americano recomendou que o Medicare pagasse uma única vez para um episódio de cuidado, até 30 dias após a alta.¹⁸ Em 2012, o Medicare reduziu os pagamentos a hospitais com altas taxas de readmissão por problemas cardíacos e pneumonia.¹⁹

No Brasil, em 2016, a Agência Nacional de Saúde (ANS) tornou obrigatório para os planos de saúde, o informe das readmissões de pacientes até 30 dias após a alta. A taxa de readmissão passou a ser usada como critério para definir a porcentagem autorizada de reajuste dos planos de saúde, podendo atingir até 100% do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).²⁰ No âmbito do SUS, não há política de incentivo à diminuição das taxas de readmissão, que são caras e muitas vezes evitáveis.²¹

Na Europa e nos Estados Unidos, planos para estabelecer a transição do cuidado após a alta tem sido colocados em prática no intuito de padronizar as ações, obtendo assim melhores resultados.^{6,22,23} Todas as propostas têm em comum o planejamento da alta ainda durante a internação, abreviando as necessidades que ocorrerão no momento da alta (dieta, cuidados domiciliares, etc.), instruções detalhadas sobre os cuidados e medicações necessárias no momento da alta, interação com o médico generalista que acompanhará o paciente, canal de

comunicação para dúvidas, orientações sobre sinais de alerta para buscar serviço de saúde, orientações sobre dieta e exercícios, retornos em consultas e exames e telefonemas para tirar eventuais dúvidas.^{6,22,23}

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização e a hierarquização são dois princípios que definem a estruturação dos serviços em níveis de complexidade crescentes, dispostos em uma área geográfica circunscrita e com a definição da população a ser acolhida. Refletem na capacidade dos serviços de saúde em oferecer a uma determinada população todas as vias para a assistência, assim como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando maior resolutividade. O acesso da população à rede deve se dar por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para acolher e resolver os problemas de menor complexidade. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade.^{24, 25}

Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.²⁴ No entanto, na prática o que se observa é um fluxo de encaminhamento no sentido ascendente, ou seja, da rede básica para hospitais secundários e terciários, sem o adequado retorno destes pacientes para continuarem a assistência nas unidades básicas, superlotando os serviços de referência. Nota-se, ainda, grande abismo na comunicação entre o profissional de saúde da unidade básica e a equipe do hospital terciário, que é inacessível para discussões de casos e respostas de dúvidas.²⁵

Diante do exposto, nota-se que os planos estruturados e sistematizados de alta hospitalar são ferramentas fundamentais neste processo de transição do cuidado, visto que aumentam a capacidade do autocuidado, fortalecem a adesão ao tratamento terapêutico solicitado, reduzem a incidência das readmissões, além de subsidiarem com maior segurança o elo e a comunicação entre a rede hospitalar terciária e as redes de atenção em saúde, com foco na integralidade do cuidado, baixos custos e alta reprodutibilidade.²⁵

Promover um planejamento prévio e sistematizado para a alta hospitalar permite qualificar os cuidados desde a primeira internação até a manutenção da assistência domiciliar, minimizando as hospitalizações não programadas, garantindo a segurança do paciente.²⁶

1.1. Delimitação do problema e justificativa

Estudos inerentes à temática citada ganham destaque no cenário internacional, embora ainda em menor número na literatura nacional. A taxa de readmissões hospitalares apresenta relevância social e econômica no âmbito da gestão, uma vez que permite o reconhecimento situacional do contexto, seus determinantes, análise de custos, bem como o impacto na população.

Ademais, compreender as percepções de pacientes sobre o seu processo de transição da rede hospitalar para a rede básica de saúde e domicílio permitem buscar estratégias facilitadoras e sistematizadas para a tomada de decisão, contribuindo para implantação de transições do cuidado mais qualificadas e eficientes, baseadas em evidências, prevenindo readmissões desnecessárias e redução de custos.

A presente pesquisa está direcionada ao processo contínuo da assistência desde a internação do paciente até a alta hospitalar, o qual traz desafios no que concerne à preservação da autonomia do paciente, bem como ao cumprimento das variadas orientações de uma equipe multiprofissional. Desta forma, pretende - se responder às questões: Qual é a taxa de readmissão hospitalar após a implantação de ferramenta para a sistematização do cuidado?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Aplicar uma sistematização de alta para um grupo de pacientes internados em hospital terciário do Sistema Único de Saúde como ferramenta de otimização da integração hierarquizada e avaliar os resultados das intervenções de transição do cuidado no momento de internação até o pós-alta hospitalar.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a qualidade da transição do cuidado e comparar sua associação às taxas de readmissão hospitalar não planejada em até trinta dias após a alta com os anos anteriores à sistematização;
- Desenvolver e aplicar ferramenta informatizada em plataforma específica para comunicação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde com os profissionais do hospital terciário.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico randomizado e prospectivo. O estudo foi realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu, em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) – UNESP, integrante do Sistema Único de Saúde, pertencente à Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo, e com as unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Esta pesquisa foi financiada por chamado PPSUS-FAPESP processo 2019/03796-7.

O HCFMB é um hospital terciário de 450 leitos, pertencente à Divisão Regional de Saúde VI (DRS-VI), responsável pelo atendimento de região de 2 milhões de pessoas, de 68 municípios. Diariamente, circulam aproximadamente 14 mil pessoas por este hospital. É a maior instituição pública da região vinculada ao SUS, onde se realizam, ao ano, aproximadamente 570 mil consultas ambulatoriais, 27 mil internações e 16 mil cirurgias.

Durante o período de um ano foram incluídos pacientes a partir de 18 anos de idade, residentes no município de Botucatu, internados pelas especialidades Clínica Médica Geral (CMG) e Cirurgia Geral (CG). Os pacientes foram acompanhados por pelo menos 6 meses após a alta hospitalar. Todos os pacientes internados foram aleatorizados entre 2 grupos: os participantes e os não participantes da intervenção, aqui definida como REAL (redesenhando a alta). A aleatorização dos grupos foi realizada por meio do *software Research Randomizer* online, versão 4.0, um programa automatizado para a geração de números aleatórios. Os pacientes sorteados a participarem do grupo REAL, seguiram as etapas de intervenção definidas pelo estudo. Os sorteados a não participar tiveram a condução da internação e a alta da forma habitual de cada especialidade, sem a padronização definida pela intervenção. Foram incluídos os pacientes que concordaram em participar, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 1**).

3.1. Etapas do projeto REAL para os pacientes sorteados para esse grupo

O projeto REAL – redefinindo a alta, foi embasado em 3 pilares (momentos):

1. Internação: Ao chegar à enfermaria, um membro da equipe médica, previamente treinado, conversou com paciente e/ou familiares sobre o diagnóstico e plano de tratamento terapêutico daquela internação de forma sistematizada, conforme **Apêndice 2**. Por se tratar de hospital escola, com alunos de graduação e médicos residentes, essa padronização garantiu que nenhuma informação essencial fosse esquecida. Esta padronização foi embasada em algumas etapas do protocolo SPIKES de comunicação de más notícias²⁶, e foi criada para esta pesquisa. Foi também preenchido formulário por um dos membros da pesquisa, para coleta dos dados iniciais e melhor conhecimento do histórico clínico de cada paciente, conforme **Apêndice 3**.

Um membro da equipe de pesquisa (assistente social e/ou enfermeiro) ficou responsável por realizar a entrevista com pacientes e familiares, em momento após a conversa inicial do médico, e identificar dúvidas sobre seu tratamento e plano até a alta que não foram sanadas ou explicadas pela equipe assistente. Nesta consulta, também foi identificado se o paciente tinha acompanhamento regular em uma unidade básica de saúde, e em caso negativo, identificou-se qual UBS próxima ao domicílio do mesmo (**Apêndice 4**).

2. Momento da alta: No momento da alta, o paciente recebeu folha com resumo de alta, com os dias de afastamento, se necessário para fins trabalhistas, e, também, a folha de orientações pós-alta (**Apêndice 5**). As informações contidas nesta folha foram repassadas e explicadas ao paciente e/ou familiar em sala facilitadora da comunicação e entendimento, fora do quarto de internação.

Foram montadas quatro salas, uma em cada enfermaria participante do estudo, mobiliadas com recursos financeiros da pesquisa.

Após a saída do membro da equipe médica responsável pelas orientações da alta, um dos membros da equipe de pesquisa leu com o paciente e/ou familiares todas as informações novamente, dando ênfase aos sinais de alerta para a procura ao serviço de saúde, sanando dúvidas ainda existentes, bem como a identificação prévia do local para a aquisição da terapêutica medicamentosa prescrita e da(s)

data(s) de retorno no HCFMB e na Unidade Básica de Saúde de referência. Esta folha de orientação de alta faz parte do prontuário eletrônico do HCFMB e o acesso esteve disponível no portal “HC em Casa” (**Apêndice 6**).

3. Momento pós-alta: um dos membros da equipe de pesquisa identificou se o paciente compareceu à consulta na UBS e à(s) consulta(s) agendada(s) no HCFMB. Caso tenha havido ausência às consultas, solicitou ao HC e à UBS o reagendamento da(s) mesma(s) e entrou em contato telefônico com o paciente para informar a nova data.

No primeiro mês um dos membros da equipe de pesquisa fez contato via telefone com o paciente para registrar se este procurou serviço de emergência ou se foi internado, e registrou o motivo. A taxa de mortalidade foi mensurada desde o período da internação até o momento de pós-alta hospitalar e foi monitorada durante seis meses (**Apêndice 7**). Todas as etapas dos pacientes sorteados a participar do grupo REAL estão sumarizadas na **Figura 1**.

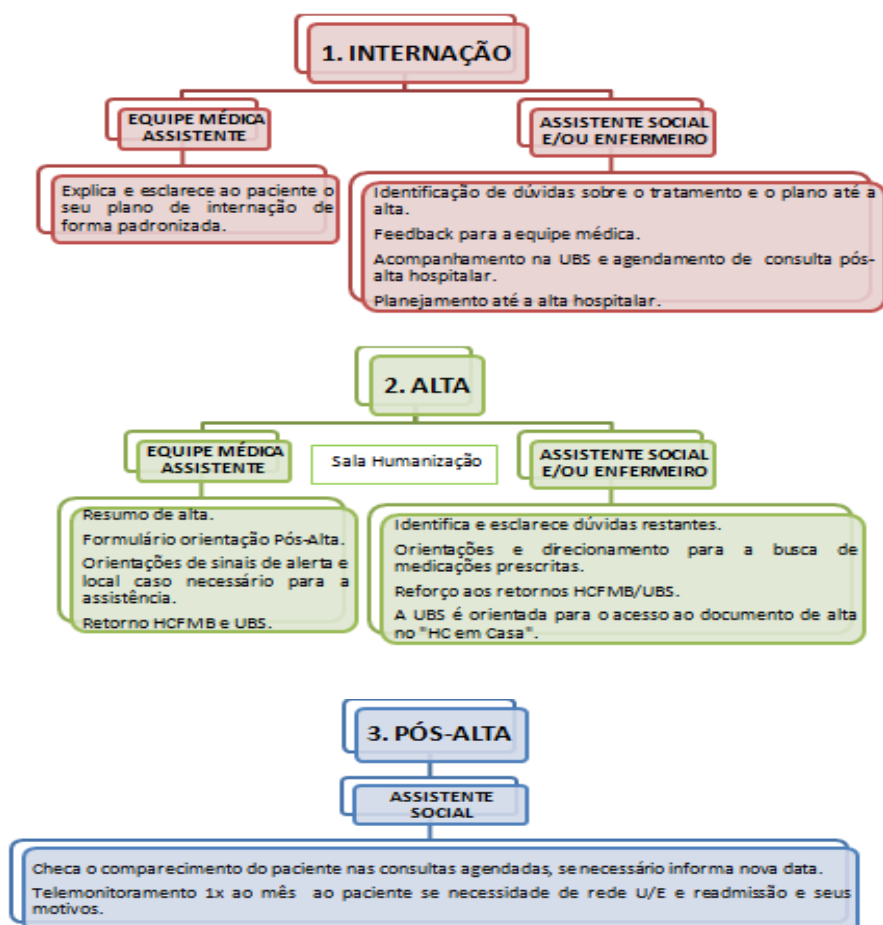


Figura 1 - Etapas do Grupo Intervenção (GI) denominado REAL – redesenhando a alta.

Fonte: autores, 2022.

3.2. Amostra e parâmetros de avaliação

O cálculo amostral foi feito baseado no número de internações de cada especialidade envolvida no projeto no ano de 2018 (790 internações da Clínica Médica Geral e 561 da Cirurgia Geral). Considerando-se que os pacientes moradores de Botucatu representam aproximadamente 30% desse total, a amostra foi composta de 200 pacientes internados na Clínica Médica Geral e 168 pacientes internados na Cirurgia Geral.

Foram medidos nos dois grupos, de cada uma das duas especialidades, os seguintes indicadores:

- ❖ Dados demográficos: idade, sexo;
- ❖ Grau de escolaridade;
- ❖ Número e tipo de comorbidades;
- ❖ Tempo médio de internação (em dias);

- ❖ Taxa de readmissão não planejada: foi calculada como o número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta.²⁰ Readmissões que terminem em morte foram incluídas. Foram recuperadas também as taxas anteriores (anos de 2018 e 2019), permitindo a comparação antes e após a intervenção (anos de 2020 a 2021);
- ❖ Taxa de mortalidade em até 30 dias da última alta e durante a internação até o momento de pós-alta hospitalar, sendo monitorado durante seis meses;
- ❖ Número de consultas em serviços de emergência (prontos socorros, unidades de pronto atendimento);
- ❖ Grau de entendimento sobre seu diagnóstico, plano terapêutico e tempo até a alta.

3.3. Desenvolvimento de Plataforma de informática “Segunda Opinião”

O desenvolvimento da plataforma, chamada de “Segunda Opinião” foi realizado por empresa especializada e, após seu desenvolvimento, foi integrada aos sistemas do HC pelo Centro de Informática Médica (CIMED), garantindo o gerenciamento e atualização da ferramenta, bem como a disponibilidade após a implantação, abrindo um leque de possibilidades de melhoria nos processos organizacionais informatizados da instituição.

Para o desenvolvimento da mesma foi utilizado o software Embarcadero® Delphi 10.3 Version 26.0.36039.7899 Update 3 e UniGui Web Application Framework 1.90.0 build 1508 sobre o sistema operacional Windows™ 10 Pro 64 bit. A codificação ocorreu em linguagem orientada a objeto Delphi e arquitetura de implementação em 3 camadas: cliente, servidor de aplicação e banco de dados.

A ferramenta “segunda opinião” foi hospedada no portal “HC em Casa”, já existente para os usuários do complexo HCFMB. A tela inicial é composta pelos menus “Prontuário do Paciente”, “Segunda Opinião” e “Cadastros” e o guia

manual do usuário. O menu “Cadastro” constitui no ponto de partida para utilização da ferramenta e é composto pelas abas “Estabelecimento” e “Profissional”, podendo ser acessada por meio de um navegador no endereço <https://hcemcasa.hcfmb.unesp.br> (**Figura 2**).

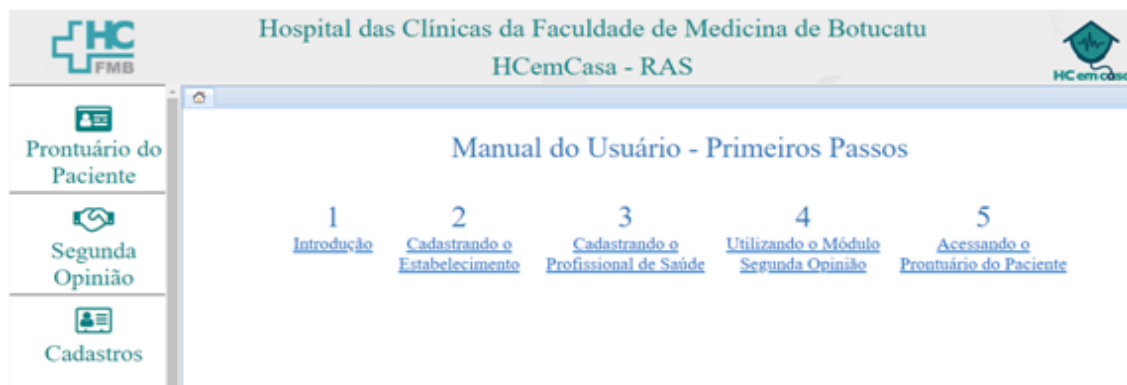


Figura 2- Tela inicial acesso à opção Segunda Opinião. Botucatu, 2022.

Fonte: Autores, 2022.

Para a operacionalização da ferramenta “Segunda Opinião” foi necessário inicialmente, que o estabelecimento e o profissional de saúde seguissem o fluxo de cadastramento e habilitação (**Figura 3**).

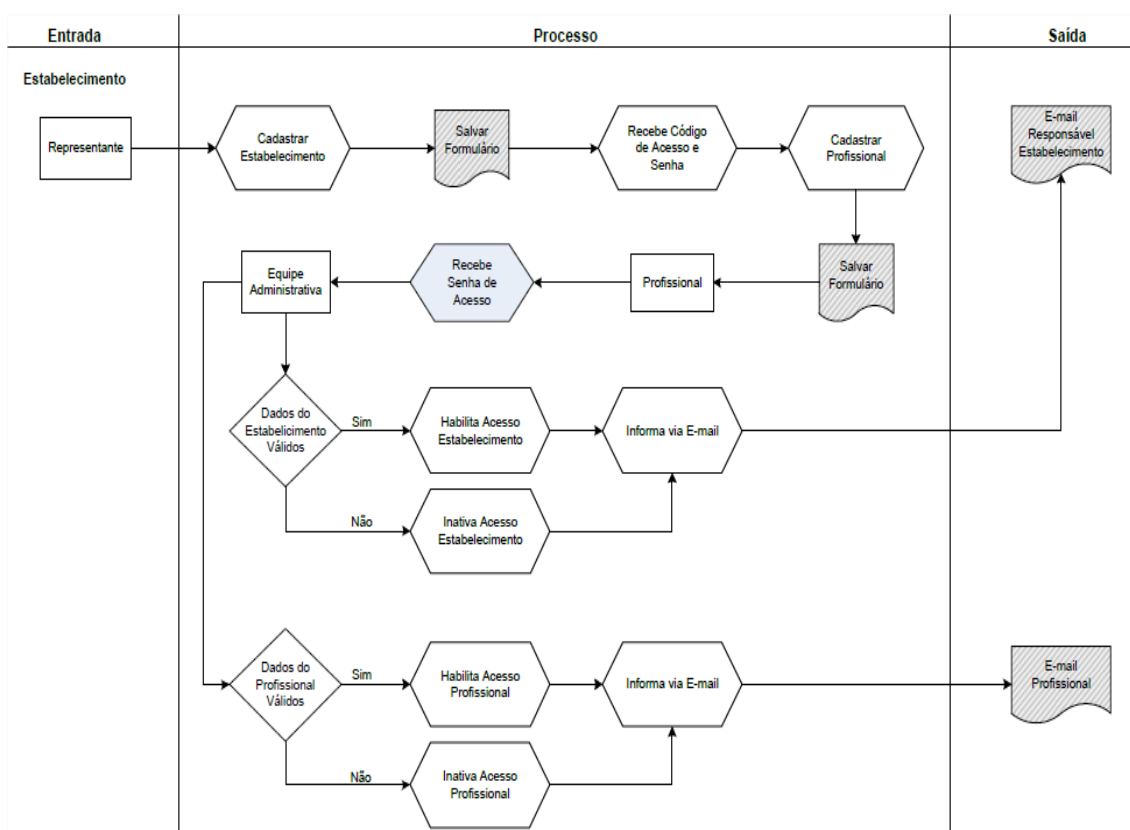


Figura 3 – Fluxo de cadastramento do estabelecimento e profissional de saúde. Botucatu, 2022.

Fonte: Autores, 2022.

As etapas para realizar a consulta de segunda opinião estão apresentadas na **figura 4**. Ao final da interação, é solicitada que o profissional da UBS preencha uma avaliação sobre o contato com o profissional do hospital terciário.

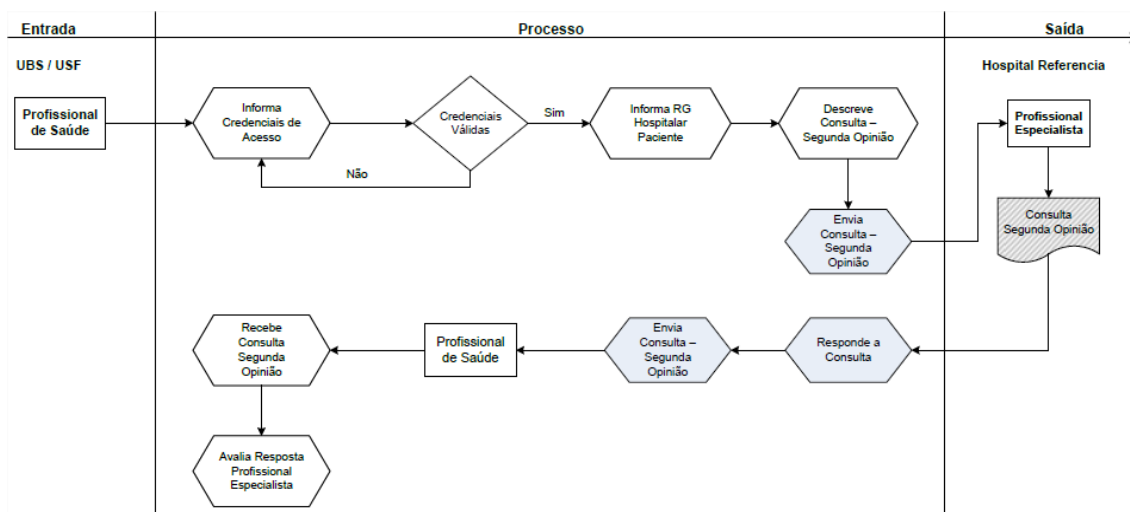


Figura 4 – Fluxo para o envio da consulta “Segunda opinião”. Botucatu, 2022.

Fonte: Autores, 2022.

Para o devido funcionamento de toda a solução, a ferramenta possui também o módulo administrativo, cuja finalidade é oferecer funcionalidade à parte gerencial da solução. É acessado pelo endereço <https://portal.hcfmb.unesp.br/hcemcasaadm/>. A aba “Usuários” possibilita a manutenção do cadastro dos profissionais da equipe administrativa da ferramenta; “Estabelecimentos” permite a manutenção dos dados cadastrais dos estabelecimentos e seus profissionais de saúde, bem como, possibilita habilitar tanto estabelecimentos quanto os profissionais a utilizarem a ferramenta “Segunda Opinião” e “Prestadores” possibilita a manutenção do cadastramento dos profissionais especialistas do hospital terciário de referência.

Por fim, o módulo do especialista, acessado pelo endereço <https://portal.hcfmb.unesp.br/hcemcasaprestador/>, permite ao profissional do hospital de referência responder às consultas enviadas pelos profissionais dos estabelecimentos (**Figura 5**). A equipe de profissionais de saúde do HCFMB tem até 24 horas para responder ao questionamento, e se achar necessário, agendar conversa por áudio ou videoconferência.

Figura 5 – Visualização do módulo “Prestador”. Botucatu, 2022.

Fonte: Autores, 2022.

3.4. Análise Estatística de dados

Inicialmente os dados foram digitados em planilha Excel para posterior análise estatística. Dados numéricos contínuos foram expressos em média e desvio padrão ou mediana (mínimo e máximo) de acordo com o tipo de distribuição dos dados determinado pelo teste de Kolmogorov – Smirnov.

Proporções foram apresentadas em percentuais e seus respectivos intervalos de confiança (95%). As variáveis contínuas numéricas de distribuição paramétrica foram comparadas pelo Teste t de Student e as de distribuição não paramétrica foram comparadas pelo Teste de Mann – Whitney.

Diferenças entre as proporções foram comparadas pelo Teste Binomial.

O nível de significância de 5% e as análises foram realizadas utilizando o programa SPSS 22.0 for Windows.

3.5. Procedimentos Éticos

O estudo contemplou aos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Medicina Botucatu - UNESP, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 28223820.1.0000.5411 e Parecer nº 3829874 (**Anexo 1**). Tratando-se de um estudo clínico, o mesmo foi submetido à plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC), sendo aprovado através do código de identificação mundial: RBR-4t7wkg2.

4. RESULTADOS

As atividades foram iniciadas no mês de Agosto/2019 com as seguintes ações:

- Viabilização da Plataforma de informática – Integração Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Botucatu (HCFMB) às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Botucatu.
- Treinamento por meio do serviço de comunicação Google Meet com os (as) pesquisadores (as) envolvidos (as) na pesquisa. Este treinamento foi efetuado pelo profissional responsável pela empresa desenvolvedora do programa e pelo CIMED e teve como finalidade o aprendizado sobre a utilização das ferramentas “HC em casa” e “Segunda Opinião”.
- Apresentação para a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu da ferramenta “Segunda Opinião”. Esta integração teve como objetivo apresentar o projeto e a implantação da ferramenta “Segunda Opinião” a membros da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e viabilizar a possibilidade de reuniões com cada UBS. A partir daí, mediante autorização prévia da Prefeitura Municipal de Botucatu, realizamos contato telefônico com 21 Unidades Básicas de Saúde, a fim de agendarmos visitas in loco para apresentação do projeto e da ferramenta “HC em casa” e “Segunda Opinião”.
- Visitas a todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Botucatu. Estas visitas foram previamente agendadas com o coordenador de cada UBS. Na visita, foram cadastradas vinte e uma UBSs e orientada toda a equipe sobre o fluxo de cadastramento dos profissionais para o uso do “Segunda Opinião”, deixado material de divulgação para ser distribuído aos pacientes sobre as vantagens do cadastro no HC em Casa, e autorizado o contato para dúvidas. Foi desenvolvido um vídeo por

um dos membros da equipe de pesquisa como tutorial. Cinquenta e oito profissionais da rede básica encontram-se cadastrados. Vídeo disponível em [https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-](https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing)

[xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing)

- Reuniões com serviços de saúde do HCFMB para apresentação do módulo “Segunda Opinião” e cadastro dos profissionais. Nessas reuniões, foram sanadas as dúvidas do funcionamento do módulo, registrados os dados dos profissionais para o cadastro e divulgado vídeo tutorial desenvolvido por um dos membros da equipe de pesquisa de como acessar o módulo. Foram cadastradas 20 especialidades do HCFMB e 25 cinco profissionais da rede especializada. Vídeo disponível em [https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-](https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing)

[xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/19Ts4-xpmXrcwLVkUUTdVCkwS6gHfGxHE?usp=sharing)

- Explicações sobre os protocolos de sistematização do atendimento para o grupo “intervenção” às especialidades de Clínica Médica e Cirurgia Geral (**Figura 6**). Em duas reuniões, uma com cada especialidade, com a participação de todos os membros da equipe de pesquisa e médicos residentes, foi apresentado o projeto e orientado como deveriam ser atendidos os pacientes randomizados para o braço “intervenção” (grupo REAL).

Após a reunião foram criados dois grupos através de aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas, um com cada especialidade, sendo incluídos todos os membros de cada equipe, por onde foram avisados quais pacientes deveriam seguir a sistematização do atendimento e por onde as equipes avisaram sobre o momento da alta, para a visita oportuna dos membros da equipe de pesquisa.

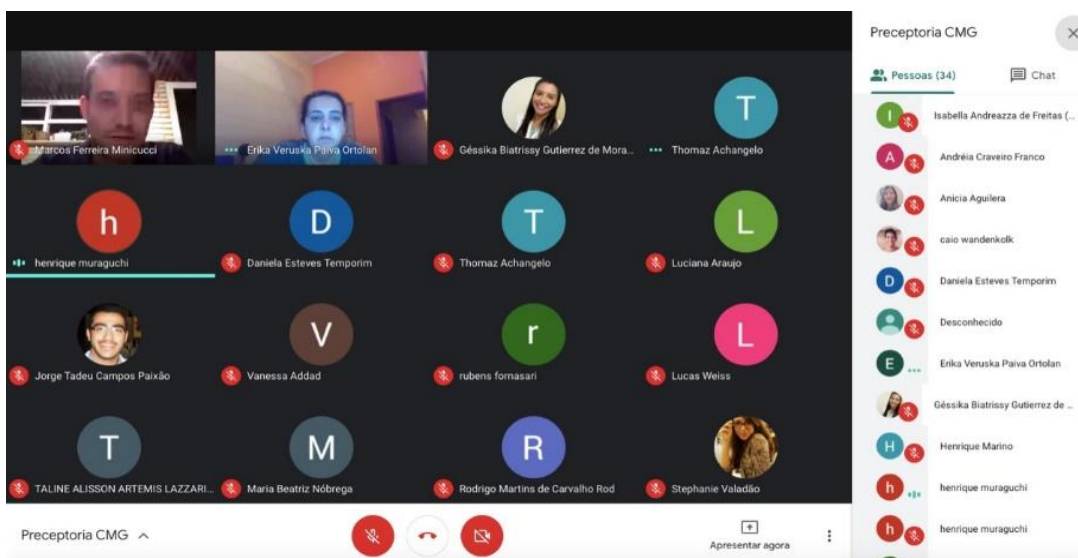


Figura 6 - Reunião com especialidade de Clínica Médica Geral.

Fonte: Autores, 2022.

- Montagem de quatro salas de humanização para a interação com pacientes e familiares: essas salas foram cedidas pelo HCFMB e mobiliadas com recursos da pesquisa, em locais estratégicos entre várias enfermarias.

Após estas etapas iniciais o planejado, de acordo com o cronograma, deveria ter início a randomização dos pacientes internados. No entanto, em março de 2020, em virtude da pandemia pelo COVID-19, os postos de saúde do município e os ambulatorios do HC foram fechados. As enfermarias foram reservadas para pacientes COVID, e as demais internações ficaram restritas a casos de urgência. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu tornou-se uma das referências do Estado de São Paulo para tratamento desta nova doença. Por isso, houve atraso de alguns meses para o início da randomização, que teve início em agosto de 2020.

Trezentos e sessenta e oito (368) pacientes do município de Botucatu participaram da pesquisa entre as especialidades de Clínica Médica Geral (200) e Cirurgia Geral (168) no HCFMB, divididos por randomização no Grupo Intervenção (GI) e no Grupo Não Intervenção (GNI).

Trinta e cinco (35) pacientes se recusaram a participar da pesquisa, sendo dezenove (19) da Clínica Médica Geral e dezesseis da Cirurgia Geral, e, portanto, não foram randomizados e nem incluídos no estudo.

Quanto a Clínica Médica Geral, noventa e oito (98) pacientes participaram do Grupo Intervenção e cento e dois (102) do Não Intervenção. Na Cirurgia geral, foram oitenta e sete (87) pacientes no Grupo Intervenção e oitenta e um (81) no Grupo Não Intervenção.

A **Tabela 1** resume às características sociodemográficas, o número e presença de comorbidades, cirurgias prévias, tipo de internação (eletiva ou urgência) e tempo de permanência hospitalar (em dias), divididas nas duas especialidades.

No grupo da Clínica Médica Geral, a amostra foi composta em sua maioria por mulheres (53.5%), com uma média de idade de 63.24 anos de idade (± 17.65), com o primeiro grau completo (60.5%), com quatro ou mais comorbidades (44%) sendo a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais prevalente (57.5%). Majoritariamente, foram internados no hospital terciário em caráter de urgência (99.5%), por um período médio de oito (8) dias.

Para o grupo da Cirurgia Geral, também houve predomínio de mulheres (53.6%), com uma média de idade de 52.32 anos (± 17.73), a maioria com o segundo grau completo (51.2%), com duas ou três comorbidades presentes (35.7%), estando a hipertensão arterial sistêmica novamente em destaque como comorbidade (36.9%), 73.8% já haviam realizado cirurgias prévias. Houve predomínio das internações de urgência (76.2%), com um tempo de permanência média de quatro (4) dias.

Quando comparadas as especialidades, o grupo cirúrgico apresentou faixa etária menor que o grupo clínico ($p < 0.001$). Não houve diferenças em relação ao gênero entre os dois grupos ($p = 0.989$). Quanto aos níveis de escolaridade dos pacientes, houve maior proporção de pacientes somente com o primeiro grau completo no grupo clínico e segundo grau completo no grupo cirúrgico ($p < 0.001$). Não houve diferença dos pacientes submetidos a cirurgias prévias entre as especialidades ($p = 0.126$).

Na avaliação das comorbidades entre as especialidades, deve-se considerar que um mesmo paciente possa apresentar uma ou mais comorbidades. Diferenças

foram evidenciadas para um número maior de pacientes do grupo cirúrgico sem comorbidades associadas ($p < 0.001$), e para pacientes com quatro ou mais comorbidades presentes para o grupo clínico ($p < 0.001$). Identificou-se, no grupo clínico, maior proporção de pacientes com diabetes melitus ($p < 0.001$), hipertensão arterial sistêmica ($p < 0.001$) e tireoidopatias ($p = 0.004$). Pacientes do grupo clínico internaram com maior frequência em caráter de urgência e permaneceram internados por mais dias quando comparado ao cirúrgico ($p < 0.001$).

Tabela 1 - Caracterização e comparação dos pacientes de acordo com as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação (Continua)

Variáveis	Clínica Médica Geral (n=200)			Cirurgia Geral (n=168)			<i>p</i>
Idade (anos) (média \pm dp) ^a	63.24 \pm 17.65 ^a			52.32 \pm 17.73 ^a			< 0.001*
Sexo							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Masculino	93	46.5	39.7-53.4	78	46.4	39.0-54.0	0.989**
Feminino	107	53.5	46.6-60.3	90	53.6	46.0-60.9	
Escolaridade							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sem escolaridade	12	6	3.5-10.2	5	3	1.3-6.8	0.168**
1° grau completo	121	60.5	53.6-67.0	57	33.9	27.2-41.4	< 0.001**
2° grau completo	53	26.5	20.9-33.0	86	51.2	43.7-58.6	< 0.001**
Ensino superior completo	14	7	4.2-11.4	20	11.9	7.8-17.7	0.105**
Cirurgia Prévia							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sim	161	80.5	74.5-85.4	124	73.8	66.7-79.9	0.126**

Tabela 1 - Caracterização e comparação dos pacientes de acordo com as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação (Conclusão)

Variáveis	Clínica Médica Geral (n=200)			Cirurgia Geral (n=168)			p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Comorbidades							
Número	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
0	13	6.5	3.8-10.8	46	27.4	21.2-34.6	< 0.001**
1	23	11.5	7.8-16.7	33	19.6	14.3-26.3	0.030**
2-3	76	38.0	31.6-44.9	60	35.7	28.9-43.2	0.650**
4 ou mais	88	44.0	37.3-50.9	29	17.3	12.3-23.7	< 0.001**
Prevalência	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Diabetes Melitus	62	31.0	25.0-37.7	22	13.1	8.8-19.0	< 0.001**
Hipertensão Arterial Sistêmica	115	57.5	50.6-64.2	62	36.9	30.0-44.4	< 0.001**
Dislipidemias	36	18.0	13.3-23.9	20	11.9	7.8-17.7	0.104**
Tireoidopatias	31	15.5	11.2-21.2	12	7.1	4.1-12.0	0.004**
Tabagismo	51	25.5	20.0-32.0	30	17.9	12.8-24.4	0.078**
Etilismo	27	8.5	5.4-13.2	16	9.5	5.9-14.9	0.236**
Tipo de internação							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Urgência	199	99.5	97.2-99.9	128	76.2	69.2-82.0	< 0.001**
Tempo de internação em dias (mediana, (min-max)) [#]	8.0 (1.0-122.0) [#]			4.0 (0.0-62.0) [#]			< 0.001***

*p valor associado ao teste T de Student;

** p valor associado ao Teste Binomial;

*** p valor associado ao Teste de Mann-Whitney;

a: dados expressos em média ± desvio-padrão;

#: dados expressos em mediana (min-máx).

Fonte: Autores, 2022.

A tabela 2 compara as mesmas variáveis na especialidade Clínica Médica Geral, entre os Grupos Intervenção (GI) e Não Intervenção (GNI) e na tabela 3 estão apresentados os dados da especialidade de Cirurgia Geral. Não houve diferenças entre os grupos intervenção e não intervenção na especialidade Clínica Médica em nenhuma das variáveis que caracterizaram os mesmos (**Tabela 2**).

Houve maior proporção de indivíduos somente com o primeiro grau completo no GNI da Cirurgia Geral sem diferença em relação aos demais níveis de escolaridade. Não houve diferenças nos demais dados que caracterizaram os grupos (**Tabela 3**).

No momento inicial da internação hospitalar, foi aplicada pelo médico da especialidade ao paciente do Grupo Intervenção (GI) e seus acompanhantes (familiares) a sistematização estruturada para a comunicação, baseada na identificação das necessidades do paciente e na orientação de todos os envolvidos no cuidado: paciente e familiares (**Apêndice 2**). A sistematização contemplou desde a apresentação cordial do médico ao paciente através de seu nome e especialidade, a compreensão da percepção do paciente quanto ao seu diagnóstico, a duração da internação, o plano de cuidados, assim como o resumo e esclarecimento das dúvidas de todas as etapas do seu tratamento terapêutico. Para o GNI, não havia exigência que essas etapas fossem seguidas, mantendo os fluxos de internação e alta hospitalar desejado pelo médico assistente.

As **Tabelas 4 e 5** apresentam a análise comparativa dos itens do instrumento respondidos pelo paciente referente ao momento de internação hospitalar entre os Grupos Intervenção (GI) e Não Intervenção (GNI) de cada especialidade, respectivamente. No momento da internação hospitalar, para a especialidade de Clínica Médica Geral, a grande maioria dos pacientes dos dois grupos possuía ciência do diagnóstico de internação, porém somente 43.9% (GI) e 55.9% (GNI) destes sabiam corretamente o mesmo, sem diferença estatística entre os grupos. Não houve diferenças entre os grupos em nenhum item do grau de conhecimento do diagnóstico pelos pacientes.

Tabela 2 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação

Variáveis	Clínica Médica Geral (n=200)						p
	Grupo intervenção (GI) (n=98)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=102)			
Idade (anos) (Média ±dp) ^a	64.78±16.92 ^a			61.75±18.28 ^a			0.226*
Sexo							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Masculino	93	46.5	39.7-53.4	78	46.4	39.0-54.0	0.989**
Escolaridade							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sem escolaridade	7	7.1	3.5-14.0	5	4.9	2.1-11.0	0.504**
1° grau completo	59	60.2	50.3-69.3	62	60.8	51.1-69.7	0.933**
2° grau completo	23	23.5	16.2-32.8	30	29.4	21.4-38.9	0.341**
Ensino superior completo	9	9.2	4.9-16.5	5	4.9	2.1-11.0	0.235**
Cirurgia Prévia							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sim	81	82.6	74.0-88.9	80	78.4	69.5-85.3	0.451**
Comorbidades							
Número	n	%	IC 95%	n	%	IC95%	
0	5	5.1	22.2-11.4	8	7.8	4.0-14.7	0.431**
1	12	12.2	7.1-20.2	11	10.8	6.1-18.3	0.746**
2-3	42	42.9	33.5-52.7	34	33.3	24.9-42.9	0.165**
4 ou mais	39	39.8	30.7-79.7	49	48.1	38.6-57.6	0.240**
Prevalência	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Diabetes Melitus	31	31.6	23.3-41.4	31	30.4	22.3-39.9	0.849**
Hipertensão Arterial Sistêmica	57	58.2	48.3-67.4	58	55.9	46.2-65.1	0.852**
Dislipidemias	19	19.4	12.8-28.3	17	16.7	10.7-25.1	0.616**
Tireoidopatias	14	14.3	8.7-22.6	17	16.7	10.7-25.1	0.641**
Tabagismo	27	27.5	19.7-37.1	24	25.5	16.3-32.6	0.514**
Etilismo	14	14.3	8.7-22.6	13	12.7	7.6-20.6	0.749**
Tipo de internação							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Urgência	98	100	96.2-100	101	99.0	94.6-99.8	0.325**
Tempo de internação em dias (mediana, (min-max)) [#]	7.0 (1.0-122.0) [#]			8.0 (1.0-49.0) [#]			0.871***

*p valor associado ao teste T de Student; ** p valor associado ao Teste Binomial;*** p valor associado ao Teste de Mann-Whitney; a: dados expressos em média ± desvio-padrão;

#: dados expressos em mediana (min-máx).

Fonte: Autores, 2022.

Tabela 3 - Caracterização e comparação dos pacientes divididos em Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral para idade, sexo, grau de escolaridade, cirurgias prévias, comorbidades, tipo e tempo de internação

Variáveis	Cirurgia Geral (n=168)						p
	Grupo intervenção (GI) (n=87)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=81)			
Idade (anos) (Média ±dp) ^a	51.88±16.56 ^a			52.80±19.00 ^a			0.738*
Sexo							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Masculino	41	47.1	37.0-57.5	37	45.7	35.3-56.5	0.850**
Escolaridade							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sem escolaridade	3	3.5	1.2-9.6	2	2.5	0.6-8.6	0.70**
1° grau completo	23	26.4	18.3-36.6	34	42.0	31.8-52.8	0.03**
2° grau completo	47	54.0	43.6-64.1	39	48.1	37.6-58.8	0.44**
Ensino superior completo	14	16.1	9.8-25.2	6	7.4	3.4-15.2	0.08**
Cirurgia Prévia							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sim	66	74.7	64.7-82.7	59	72.8	62.3-81.3	0.920**
Comorbidades							
Número	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
0	19	21.8	14.4-31.6	27	33.3	24.0-44.1	0.095**
1	20	23.0	15.4-32.9	13	16.1	9.6-25.5	0.250**
2-3	28	32.2	23.3-42.6	32	39.5	29.6-50.4	0.322**
4 ou mais	20	23.0	15.4-32.9	9	11.1	6.0-19.8	0.041**
Prevalência	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Diabetes Mellitus	15	17.2	10.7-26.5	7	8.6	4.2-16.8	0.098**
Hipertensão Arterial Sistêmica	31	35.6	26.4-46.1	31	38.3	24.4-49.1	0.723**
Dislipidemias	10	11.5	6.4-19.9	10	12.4	6.8-21.3	0.864**
Tireoidopatias	8	9.2	4.7-17.1	4	4.9	1.9-12.0	0.284**
Tabagismo	20	23.0	15.4-32.9	10	12.4	6.8-21.3	0.071**
Etilismo	11	12.6	7.2-21.2	5	6.2	2.7-13.6	0.153**
Tipo de internação							
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Urgência	67	77.0	67.1-84.6	61	75.3	64.9-83.4	0.795**
Tempo de internação em dias (mediana, (min-max)) [#]	4.0 (0.0-62.0) [#]			5.0 (1.0-36.0) [#]			0.521***

*p valor associado ao teste T de Student; ** p valor associado ao Teste Binomial; *** p valor associado ao Teste de Mann-Whitney; a: dados expressos em média ± desvio-padrão; #: dados expressos em mediana (min-máx).
Fonte: Autores, 2022.

No que concerne ao conhecimento dos pacientes da Clínica Médica Geral (**Tabela 4**) sobre o seu plano de cuidados e duração da internação (em dias), os indivíduos de ambos os grupos relataram possuir ciência (96%). No entanto houve uma queda sobre a correta resposta sobre seu plano de cuidado (GI: 73.5%; GNI: 68.3%). A minoria soube informar a duração de sua internação hospitalar nos dois grupos (aproximadamente 20%).

Tabela 4 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Clínica Médica Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano no momento de internação hospitalar

Itens	Clínica Médica Geral (n=200)						p*
	Grupo intervenção (GI) (n=98)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=102)			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
1. Compreende o diagnóstico da internação	98	100	96.2-100	100	98	93.1-99.5	0.163
2. Compreensão correta do diagnóstico da internação	43	43.9	34.5-53.7	57	55.9	46.2-65.1	0.089
3. Conhece o plano de cuidados da internação	95	96.9	91.4-98.9	98	96.1	90.3-98.4	0.740
4. Conhecimento correto do plano de cuidados da internação	72	73.5	64-81.2	70	68.3	59.1-76.8	0.450
5. Tempo de duração da internação	20	20.4	13.6-29.4	20	19.6	13.1-28.3	0.887

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

Para a especialidade de Cirurgia Geral (**Tabela 5**), a grande maioria dos pacientes do GI e GNI possuía ciência do diagnóstico de internação e sabia corretamente o mesmo (GI: 85.1%; GNI: 83.9%). Quando perguntado aos grupos

sobre o conhecimento do plano de cuidados e duração da internação (em dias), a maioria possuía ciência e compreendia corretamente (GI: 70.1%; GNI: 67.9 %) o seu plano. Contudo, em ambos os grupos somente em torno de 20% relatou ter conhecimento da duração de sua internação hospitalar.

Tabela 5 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade de Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano no momento de internação hospitalar

Itens	Cirurgia Geral (n=168)						p*
	Grupo intervenção (GI) (n=87)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=81)			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
1. Compreende o diagnóstico da internação	80	91.9	84.3-96.0	77	95	88.0-98.0	0.415
2. Compreensão correta do diagnóstico da internação	74	85.1	76.1-91.0	68	83.9	74.4-90.4	0.842
3. Conhece o plano de cuidados da internação	79	90.8	82.9-95.3	68	83.9	74.4-90.4	0.179
4. Conhecimento correto do plano de cuidados da internação	61	70.1	59.8-78.3	55	67.9	57.1-77.0	0.756
5. Tempo de duração da internação	21	24.1	16.4-34.1	23	28.7	20.0-39.4	0.499

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

Ao se comparar as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, independente dos Grupos Intervenção e Não Intervenção, com relação ao conhecimento sobre seu diagnóstico e plano terapêutico, observou-se que nos pacientes da Clínica Médica houve maior ciência do seu diagnóstico de internação quando comparado ao grupo cirúrgico ($p= 0.04$). Em contrapartida, quando checada a veracidade do diagnóstico informado, o grupo cirúrgico deteve a compreensão

correta do mesmo com maior frequência ($p < 0.001$). Em relação ao conhecimento do plano de cuidados durante a internação entre os grupos, o grupo clínico apresentou maior ciência ($p= 0.001$). Não houve diferenças significativas na distribuição dos que sabiam corretamente o plano de cuidados entre os grupos ($p= 0.683$), bem como a duração do tempo de internação ($p= 0.149$). (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Análise de comparação global das respostas positivas (“sim”) dos pacientes das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do grau de conhecimento do diagnóstico e plano no momento de internação hospitalar

Itens	Clínica Médica Geral (n=200)			Cirurgia Geral (n=168)			p*
	n/total	%	IC 95%	n/total	%	IC 95%	
1. Compreende o diagnóstico da internação	198/200	99.0	96.4-99.7	157/168	93.4	88.7-96.3	0.004
2. Compreensão correta do diagnóstico da internação	100/200	50.0	43.1-58.9	142/168	84.5	78.3-89.2	<0.001
3. Conhece o plano de cuidados da internação	193/200	96.5	92.9-98.3	147/168	87.5	81.7-91.7	0.001
4. Conhecimento correto do plano de cuidados da internação	142/200	71.0	64.4-76.8	116/168	69.1	61.7-75.5	0.683
5. Tempo de duração da internação	40/200	20.0	15.1-26.1	44/168	26.4	20.3-33.5	0.149

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

A **Tabela 7** demonstra as percepções dos pacientes do Grupo Intervenção (GI) frente às orientações no momento da alta hospitalar e transição do cuidado de ambas as especialidades. Tanto os pacientes da Clínica Médica Geral (86.2%) quanto da Cirurgia Geral (83.9%) relataram manter acompanhamento na rede básica de saúde. Contatou-se que o grupo cirúrgico (65.9%) foi submetido a mais intervenções cirúrgicas ($p < 0.001$) durante a internação hospitalar.

A maioria dos participantes da Clínica Médica Geral (65.4%) e Cirurgia Geral (71.8%) informaram desconhecer o nome do médico responsável pelas orientações dadas durante o momento da alta.

Quanto ao resumo de alta emitido ao paciente, o grupo cirúrgico teve mais resumos preenchidos da forma correta ($p= 0.035$), porém a especialidade clínica (91%) leu com maior frequência o mesmo ao paciente e seus familiares ($p < 0.001$). As orientações de alta foram compreendidas pela maioria dos respondentes e não houve diferenças entre as especialidades. Neste estudo, destacaram-se orientações essenciais a serem fornecidas ao paciente e familiar durante a internação hospitalar, sobretudo as relacionadas aos sinais de alarme, a terapêutica medicamentosa, o agendamento de retorno em trinta dias, o acompanhamento na unidade básica de saúde, bem como a procura aos serviços de urgência e emergência em casos de necessidade.

Tabela 7 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção (GI) referente às orientações de alta hospitalar entre as especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral, Botucatu, SP, 2022

Alta hospitalar Itens	Grupo intervenção						p^*
	Clínica Médica Geral (n=98)			Cirurgia Geral (n=87)			
	n/total	%	IC 95%	n/total	%	IC 95%	
1. Acompanhamento na rede básica de saúde	81/94	86.2	77.8-91.7	73/87	83.9	74.8-90.2	0.669
2. Intervenção cirúrgica durante a internação	10/91	11.0	6.1-19.1	56/85	65.9	55.3-75.0	< 0.001
3. Médico responsável pelas orientações de alta	27/78	34.6	25.0-45.7	24/85	28.2	19.8-38.6	0.380
4. Resumo de alta preenchido pelo médico responsável	13/79	16.5	9.9-26.1	27/85	31.8	22.8-42.3	0.035
5. Resumo de alta foi lido pelo médico responsável	71/78	91.0	82.6-95.6	55/84	65.5	54.8-74.8	< 0.001
6. Orientações de alta compreendidas	75/78	96.1	89.3-98.7	76/84	90.5	82.3-95.1	0.151
7. Dúvidas pertinentes às orientações de alta	4/78	5.1	2.0-12.5	7/84	8.3	4.1-16.2	0.417

* Teste Binomial

Fonte: Autores, 2022.

O momento de pós-alta hospitalar entre o GI e GNI das especialidades está apresentado nas tabelas 8 e 9.

Para a especialidade de Clínica Médica Geral (**Tabela 8**), sobre o GI, 65.8% dos pacientes compareceram ao retorno no hospital terciário no primeiro mês, com 13.9% de readmissões não planejadas em trinta dias, tendo 72,7% com o mesmo motivo relacionado à primeira internação (72.7%). Para o GNI, 67.1% estiveram presentes no retorno, 21.2% foram readmitidos, devido ao mesmo motivo anterior (83.8%). Não houve diferença estatística entre os grupos.

Quanto à procura por serviços de urgência e emergência do município de Botucatu, entre os pacientes da Clínica Médica Geral, não houve diferenças entre os GI e GNI em nenhuma das variáveis analisadas após a alta (**Tabela 8**). No que se refere ao acompanhamento na rede básica de saúde, poucas consultas foram agendadas no primeiro mês para os dois grupos (GI: 21.5%; GNI: 16.5%), incluindo as consultas extras (GI: 1.3%; GNI: 2.3%).

Tabela 8 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Clínica Médica Geral no momento de pós-alta hospitalar

Itens	Clínica Médica Geral (n=164)						p*
	Grupo intervenção (GI)			Grupo Não Intervenção (GNI)			
	n/total	%	IC 95%	n/total	%	IC 95%	
Comparecimento ao retorno no HC no primeiro mês após a alta	52/79	65.8	54.8-75.3	57/85	67.1	56.5-76.1	0.867
Readmissão em 30 dias no HC	11/79	13.9	8.0-23.2	18/85	21.2	13.8-31.0	0.223
Readmissão em 30 dias no HC com mesmo motivo da primeira internação	8/11	72.7	43.3-90.2	15/18	83.3	60.8-94.2	0.493
Procurou o serviço de urgência e emergência no primeiro mês após a alta com o mesmo motivo da internação	15/79	18.98%	12.0-20.4	21/85	24.7%	17.9-35.3	0.38
Consulta agendada na UBS nos primeiros 30 dias	17/79	21.5	13.9-31.8	14/85	16.5	10.1-25.8	0.409
Consulta extra na UBS nos primeiros 30 dias	1/79	1.3	0.2-6.8	2/85	2.3	0.6-8.2	0.603

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

Também na especialidade Cirurgia Geral não houve diferenças entre os grupos com relação à procura de serviços de urgência e emergência, readmissões e

acompanhamento na atenção primária (**Tabela 9**). Poucas consultas foram agendadas na rede básica de saúde entre os grupos em trinta dias (GI: 1.2%; GNI: 6.8%), incluindo as consultas extras (GI: 7.2%; GNI: 5.4%).

Tabela 9 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção da especialidade Cirurgia Geral no momento de pós-alta hospitalar

Itens	Cirurgia Geral (n=157)						p*
	Grupo intervenção (GI)			Grupo Não Intervenção (GNI)			
	n/total	%	IC 95%	n/total	%	IC 95%	
Comparecimento ao retorno no HC no primeiro mês após a alta	65/83	78.3	68.3-85.8	53/74	71.6	60.5-80.6	0.337
Readmissão em 30 dias no HC	11/83	13.25	7.3-21.5	8/74	10.81	5.4-19.2	0.633
Readmissão em 30 dias no HC com mesmo motivo da primeira internação	10/11	90.9	62.3-98.4	7/7	100	94.6-100	0.380
Procurou o serviço de urgência e emergência no primeiro mês após a alta com o mesmo motivo da internação	18/76	23.68%	15.1-33.6	22/81	27.16%	18.0-36.5	0.64
Consulta agendada na UBS nos primeiros 30 dias	1/83	1.2	0.2-6.5	5/74	6.8	2.9-14.9	0.070
Consulta extra na UBS nos primeiros 30 dias	6/83	7.2	3.4-14.9	4/74	5.4	2.1-13.1	0.640

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

A análise comparativa global dos itens respondidos pelos pacientes no momento de pós-alta hospitalar entre as duas especialidades encontra-se na **Tabela 10**.

Os pacientes do GI e GNI de ambas as especialidades foram telemonitorados durante seis meses e não houve diferença entre as mesmas nos itens analisados quanto ao retorno, readmissões e busca por serviços de urgência e emergência pelo mesmo motivo da internação anterior. Sobre o acompanhamento na rede básica de saúde, o grupo clínico possuía mais consultas agendadas no primeiro mês após a

alta ($p < 0.001$), porém o grupo cirúrgico necessitou de consulta extra com maior frequência ($p = 0.039$)

Tabela 10 – Análise comparativa das respostas positivas (“sim”) dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Não Intervenção das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral referente aos itens do instrumento no momento de pós-alta hospitalar, Botucatu, SP, 2022

Itens	Clínica Médica Geral (n=164)			Cirurgia Geral (n=157)			p*
	n/total	%	IC 95%	n/total	%	IC 95%	
Comparecimento ao retorno no HC no primeiro mês após a alta	109/164	66.4	58.9-73.2	118/157	75.2	67.8-81.3	0.087
Readmissão em 30 dias no HC	29/164	17.7	12.6-24.2	19/157	12.10	7.6-17.5	0.123
Readmissão em 30 dias no HC com mesmo motivo da primeira internação	23/29	79.3	61.6-90.1	17/19	94.4	74.2-99.0	0.156
Procurou o serviço de urgência e emergência no primeiro mês após a alta com o mesmo motivo da internação	36/164	21.95%	16.4-29.1	24/157	15.28%	10.6-21.9	0.125
Consulta agendada na UBS nos primeiros 30 dias	31/164	18.9	13.7-25.6	6/157	3.8	1.8-8.1	< 0.001
Consulta extra na UBS nos primeiros 30 dias	3/164	1.8	0.6-5.2	10/157	6.4	3.5-11.3	0.039

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

As taxas de readmissões não planejadas em trinta dias após a alta hospitalar encontram-se detalhadas na **Tabela 11**, incluindo o histórico das especialidades dos últimos três anos. Na especialidade de Clínica Médica Geral, foi identificada no ano de 2018 uma taxa de 23% de readmissões, em 2019 de 21.5% e após a sistematização (doze meses de 2020-2021), houve queda, sendo evidenciada uma taxa de 13.9% de readmissões não planejadas, no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas.

Na Cirurgia Geral, nos anos de 2018 e 2019, 33.3% foram readmissões. Nos anos de 2020 - 2021, a taxa foi reduzida para 12.8%, apresentando diferenças significativas ($p < 0.001$) após a incorporação da sistematização de alta.

Tabela 11– Análise comparativa das taxas de readmissões não planejadas em trinta dias após a alta hospitalar antes e após a sistematização entre as especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral Botucatu, SP, 2022

Especialidade	Ano	Taxa de readmissão (n° readmissão/n° internação)	%	IC 95%	<i>p</i> *
Clínica Médica Geral	2018	380/1653	23.0	21.0-25.1	0.059
Clínica Médica Geral	2020-2021	11/79	13.9	8.0-23.2	
Clínica Médica Geral	2019	425/1976	21.5	19.7-23.4	0.105
Clínica Médica Geral	2020-2021	11/79	13.9	8.0-23.2	
Cirurgia Geral	2018	564/1693	33.3	31.1-35.6	< 0.001
Cirurgia Geral	2020-2021	11/86	12.8	7.3-21.5	
Cirurgia Geral	2019	746/2233	33.3	31.3-35.3	< 0.001
Cirurgia Geral	2020-2021	11/86	12.8	7.3-21.5	

*p**: *p* valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

As taxas de mortalidade em até trinta dias após a alta hospitalar, assim como a mensuração durante o período da internação até o monitoramento pós-alta hospitalar durante seis meses entre as especialidades estão apresentadas na **Tabela 12**. Ambos os momentos apresentaram diferenças significativas ($p < 0.0001$) em relação à taxa de mortalidade, sendo identificado o maior número de óbitos no grupo clínico. Quando estratificadas em Grupo Intervenção e Não Intervenção de ambas as especialidades, não foram encontradas diferenças.

Tabela 12– Taxas de mortalidade global das especialidades de Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral e estratificada em GI e GNI de ambas em até trinta dias após a alta, assim como durante a internação até o pós-alta, monitorada por seis meses

Global	Clínica Médica Geral (n=200)			Cirurgia Geral (n=168)			p*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Até 30 dias após a alta hospitalar	43	21.5	16.4-27.7	8.0	4.8	2.4-9.1	< 0.0001
Internação – alta hospitalar (6 meses)	57	28.5	22.7-35.1	11	6.5	3.7-11.3	< 0.0001
Clínica Médica Geral (n=200)	Grupo intervenção (GI) (n=98)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=102)			p*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Até 30 dias após a alta hospitalar	23	23.5	16.2-32.8	20	19.6	13.1-28.4	0.506
Internação – alta hospitalar (6 meses)	28	28.6	20.6-38.2	29	28.4	20.6-37.8	0.982
Cirurgia Geral (n=168)	Grupo intervenção (GI) (n=87)			Grupo Não Intervenção (GNI) (n=81)			p*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Até 30 dias após a alta hospitalar	3	3.4	1.2-9.7	5	6.6	2.7-13.6	0.407
Internação – alta hospitalar (6 meses)	5	5.8	2.5-12.8	6	7.4	3.4-15.2	0.663

p*: p valor associado ao teste binomial

Fonte: Autores, 2022.

5. DISCUSSÃO

Várias intervenções têm sido propostas ao longo dos anos para melhorar a transição do cuidado entre hospital e pós-alta hospitalar, na tentativa de diminuir as taxas de readmissão hospitalar não planejadas. Ações como educação dos pacientes, plano de alta, seguimento por telefone, instruções de alta centradas no paciente e enfermeiras que prestam assistência ao paciente na internação e seguem o acompanhamento após a alta têm sido utilizadas.^{27,28}

Estudos internacionais investigaram a associação da qualidade da transição do cuidado com a readmissão hospitalar, identificando a redução das taxas de readmissão quando a qualidade da transição é elevada.^{3,29} No entanto, determinar quais dessas medidas são realmente eficazes na melhora do cuidado, e formas de medir os efeitos dessas ações é uma tarefa difícil, dada a impossibilidade de comparação dos estudos pelas diferenças dos pacientes de variados países e até mesmo de regiões distintas de um mesmo país, que possuem diferentes condições

sócio econômicas e acesso a atenção primária de saúde. Hansen et al. identificaram, em revisão sistemática, 43 tipos de intervenção para reduzir a readmissão em 30 dias. Os estudos apresentavam baixa qualidade, com somente 16 estudos clínicos randomizados. Não foram identificadas evidências consistentes pelos autores que pudessem confirmar a eficácia de alguma intervenção diante da redução das readmissões.³⁰

Outro aspecto controverso ao se analisarem as readmissões é saber diferenciar quais seriam realmente preveníveis, devido à natureza multifacetada do cuidado.¹¹ Essa dificuldade foi reforçada, em revisão sistemática recente, que mostrou a falta de consenso em determinar quais causas seriam preveníveis e a não consideração pelos estudos dos fatores relacionados à variabilidade dos pacientes.³¹

O presente estudo se propôs a desenvolver e implementar uma sistematização padronizada no momento de internação até a alta hospitalar entre as especialidades clínica e cirúrgica, e também um monitoramento da transição do cuidado do paciente para as redes de atenção e domicílio. O projeto foi elaborado antes da existência da COVID-19, e teve seu início antes da pandemia. Por isso, optou-se por não incluir pacientes suspeitos ou confirmados de COVID, também pela restrição de circulação de pessoas indiretamente ligadas à assistência desses pacientes, evitando riscos e gastos desnecessários de equipamentos de proteção individual. Foi proposta randomização em grupo que passaria pela padronização recomendada e grupo onde os processos seriam os já realizados pelas duas especialidades alvo. Foram escolhidas as especialidades Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral por serem responsáveis em conjunto pelo maior número de internações do hospital, além de permitir estudar se haveriam diferenças nos perfis e resultados da intervenção entre pacientes clínicos e cirúrgicos.

Na caracterização geral da amostra, a comparação entre as especialidades mostrou que os pacientes da Clínica Médica Geral possuíam mais comorbidades, eram mais idosos, permaneceram mais tempo internados e o número de óbitos foi maior. Esses fatores são intimamente ligados, pois pacientes mais idosos tendem a ter mais comorbidades e estão em maior risco de desfecho desfavorável.^{32,33} No idoso, independentemente do desfecho, a hospitalização é mais prevalente, com maior tempo de permanência e aumento dos custos.^{32,34}

A análise dessas mesmas variáveis entre GI e GNI em cada especialidade, mostrou não haver diferenças entre os grupos, portanto, populações semelhantes foram incluídas no estudo. Apesar de toda a sistematização das etapas terem sido cumpridas conforme o proposto, a comparação entre os grupos por especialidade não mostrou diferenças entre intervenção e não intervenção quanto ao entendimento do diagnóstico e plano de cuidados para a internação. Os pacientes internados são assistidos diretamente por médicos residentes. Todos eles, cerca de 150 residentes das duas especialidades, foram treinados para realizar o atendimento e explicações de forma padronizada, a ser aplicado nos pacientes do GI, em várias reuniões de apresentação e seguimento do projeto. No entanto, ao serem treinados, quando estavam assistindo os pacientes do GNI provavelmente acabaram realizando as explicações da mesma forma do GI, pois entenderam a importância dessa sistematização. Assim, o estudo acabou provavelmente melhorando de forma global a comunicação com os pacientes sobre sua internação, não havendo diferença entre os grupos.

Sem considerar a divisão dos grupos em GI e GNI, a comparação das especialidades sobre o grau de entendimento no momento da internação mostrou que apesar dos pacientes clínicos terem a percepção que entenderam o diagnóstico que levou à internação, foram os pacientes cirúrgicos que estavam corretos quando confrontada a resposta do que achavam e o que estava registrado no prontuário. Isso pode ser devido à maior escolaridade dos pacientes cirúrgicos (mais da metade com segundo grau completo), em relação aos clínicos (60% somente com primeiro grau completo). A baixa escolaridade é uma das variáveis predominantes na população atendida pelos serviços públicos de saúde no Brasil.^{35,36} A escolaridade é um indicador relevante diante das possibilidades de acesso à renda, à utilização dos serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários.³⁷ Assim, pacientes com menor escolaridade apresentam maior exposição aos fatores de risco para a aquisição de doenças, aumentando a sua gravidade e conseqüentemente levando a maior hospitalização.³⁸ Outros estudos sugerem que a baixa escolaridade reflete ainda em menores taxas de adesão à terapêutica preventiva, acesso das informações e menor gestão do autocuidado.^{39,40}

Chamou a atenção nas duas especialidades, o baixo conhecimento sobre a duração da internação, o que é uma informação essencial no envolvimento do

paciente e familiar no seu plano terapêutico, evitando que a saída do paciente do hospital seja retardada por falta de planejamento por parte do mesmo.⁴¹⁻⁴³

Outros estudos no país também encontraram déficits na comunicação aos pacientes. Um estudo do interior do estado de São Paulo, em duas unidades de internação em clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário público, analisou o conhecimento do paciente sobre a sua situação de saúde e assistência hospitalar durante a hospitalização. A maioria dos pacientes conhecia seu diagnóstico médico (73,94%); plano terapêutico (82,42%); e sabia quais os exames realizados (87,84%). Em contrapartida, desconheciam os resultados dos exames (70,91%); a terapia medicamentosa proposta (80,14%), e a sua indicação e riscos (51,52%).⁴⁴

Um estudo qualitativo realizado por pesquisadores em uma unidade de internação do Hospital das Clínicas da FAMEMA em Marília (SP) analisou o processo de internação na perspectiva do paciente hospitalizado quanto ao conhecimento dele sobre o diagnóstico e plano terapêutico. Três categorias foram encontradas: ciência do diagnóstico e plano de cuidados com satisfação com o processo de internação; ciência do diagnóstico e parcialmente sobre o plano de cuidados, com a insatisfação com o processo de internação; e, conhecimento do diagnóstico, desconhecimento do plano de cuidados e consciência da necessidade de internação. Pacientes idosos, com baixo nível de escolaridade contemplaram a amostra da pesquisa, semelhante ao grupo clínico descrito neste estudo, caracterizada por mulheres, idosas e somente com o primeiro grau completo.⁴⁵

O planejamento da alta desde o início da internação não foi considerado como ação deste projeto pelo fato do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu já possuir há 2 anos uma comissão de alta, formada por médicos, enfermeiros e assistentes sociais que se dedicam diariamente a realizar ações que abreviem a alta, evitando tempo desnecessário de hospitalização, bem como identificam pacientes que tem condições de continuar seu cuidado em internação em hospitais secundários da região. No entanto, dado o pouco conhecimento dos pacientes quanto ao seu tempo de internação, essas ações não estão sendo informadas ao paciente e seus familiares, ponto a ser melhorado pela assistência após os resultados desta pesquisa.

Neste estudo, a maioria das internações foram em caráter de urgência, em ambas as especialidades. Apesar desses resultados corroborarem o estudo de Dias e colaboradores, feito antes da pandemia pela COVID-19, onde 79.27% das internações foram de urgência ⁴⁵, há de se considerar que este fato possa ter sido exacerbado pelo bloqueio dos leitos para internações eletivas durante a maior parte do período do estudo, que foi feito em vigência da pandemia da COVID-19. Mesmo os pacientes cirúrgicos convocados para internação, eram para cirurgias consideradas essenciais e tempo-sensíveis.

A checagem sobre o seguimento da padronização na alta foi realizada apenas no GI, já que incluía um *feedback* à equipe da assistência caso houvesse dúvidas sobre as orientações da alta. Não seria possível apenas registrar se havia dúvidas sem intervir para esclarecer o paciente. A sistematização proposta na alta obteve resultados satisfatórios, pois mais de 90% dos pacientes de ambas as especialidades compreenderam as orientações, apesar dos clínicos terem preenchido os resumos de altas mais vezes de forma incompleta, e os cirurgiões terem lido menos vezes o resumo de alta, poucas dúvidas restaram após a interação com os médicos. Chama a atenção que apesar da boa interação com os pacientes para explicações no momento da alta, os médicos não tem o hábito de se identificarem. Somente 34.6% dos pacientes clínicos e 28.2% dos cirúrgicos sabia o nome do médico que realizou as orientações da alta.

A presença de sinais de alarme, segurança medicamentosa, o agendamento de retorno em até trinta dias e acompanhamento na unidade básica de saúde, bem como a procura aos serviços de urgência e emergência em condições específicas constituíram as orientações fornecidas ao paciente e familiar no momento da alta hospitalar, semelhante a outros estudos. ⁴⁶⁻⁴⁹

O banco de dados de revisões sistemáticas da Cochrane apresentou a análise da eficácia do planejamento de alta hospitalar através de trinta ensaios clínicos randomizados. A ênfase inserida no planejamento de alta variou entre os países. Nos Estados Unidos da América (EUA), é uma intervenção obrigatória para hospitais que participam dos programas Medicare e Medicaid. No Reino Unido, o departamento de saúde apresentou orientações de alta no âmbito médico e social. Tanto órgãos profissionais presentes nos EUA, Reino Unido, Austrália e Canadá, destacam a importância do planejamento de alta no momento da admissão, com

envolvimento da equipe multidisciplinar de forma completa e concisa, estabelecendo a comunicação com linguagem adequada, eficaz com o paciente e familiar, com foco na tomada de decisão compartilhada e gerenciamento do autocuidado, articulando-se aos serviços de atenção primária em saúde.⁵⁰

No acompanhamento pós-alta, a comparação entre as especialidades não mostrou diferenças no comparecimento no primeiro retorno ao HC. No entanto, chama a atenção o alto absenteísmo (33,6% para Clínica Médica e 24,8% para cirurgia). Essas altas taxas de faltosos se mantêm ao serem analisadas cada especialidade dividida nos GI e GNI, o que mostra que apesar de na alta ter sido reforçada a data do retorno durante as orientações no GI, não houve diferença no absenteísmo em relação ao GNI. Estudo que mediu o absenteísmo na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo entre 2014 e 2016, relatou índices de 38,6% de faltas em consultas. Há muitas explicações estudadas para esse problema, no entanto características socioculturais parecem reincidir dentre as causas apontadas em estudos. Muitas dessas investigações chegam à conclusão de que o paciente falta à consulta de demanda programada por esquecerem-se da data agendada.⁵¹ Ainda nessa linha parece também importante para contribuir com maiores índices de faltas certos problemas com o agendamento, e com a dificuldade do paciente em chegar ao local da consulta, principalmente se em longas distâncias, como é o caso do HCFMB que atende grande número de municípios.

Apesar de no GI mais de 80% dos pacientes de ambas as especialidades (tabela 7) terem afirmado possuir acompanhamento na rede básica de saúde, o número de consultas agendadas nas UBS foi pequeno. Quando comparadas as especialidades foi ainda menor nos pacientes cirúrgicos. Estava previsto o agendamento de consulta na UBS pela equipe do projeto nos pacientes do GI. No entanto, devido à pandemia pelo COVID-19 as UBS estavam com as agendas bastante restritas e houve grande dificuldade em conseguir realizar os agendamentos, o que explica o fato de não ter havido diferenças entre os grupos no agendamento de consultas no primeiro mês após a alta.

No intuito de aproximar os profissionais das unidades básicas ao hospital terciário, foi implantada ferramenta digital que permite que discutam casos com especialistas de diferentes áreas do HCFMB, tentando assim, reter o paciente na atenção primária, evitando encaminhamentos desnecessários. A saúde digital pode

contribuir na redução das defasagens na Atenção Primária à Saúde (APS), fornecendo serviços integrados de atenção à saúde centrada na pessoa.^{52,53} Desta forma, sua adoção tem impacto direto em atributos da APS à medida que, entre outros, possibilita o uso efetivo de informações sobre os pacientes, suas histórias e problemas mantidos nos prontuários eletrônicos ou registros pessoais de saúde.⁵⁴

O acesso às ferramentas digitais, na articulação entre as redes de apoio no processo de transição do cuidado embora incipientes e desafiadoras, representa um avanço inovador na disseminação de dados, comunicação, e gestão da informação em saúde. Uma nova área de fronteira, a saúde digital (e-Saúde), tem-se desenvolvido a partir do surgimento de novas tecnologias e do aumento dos custos em saúde. Apresentando-se como um campo entre a informática médica, saúde pública e negócios, a e-Saúde consiste no emprego de tecnologias de informação e comunicação (TICs), numa visão global em rede, buscando melhorias no cuidado à saúde local, regional e mundial.^{55,56}

A Organização Mundial de Saúde (OMS/*WHO*) considera a saúde digital como prioridade mundial para o desenvolvimento de sistemas de saúde reconhecendo a contribuição das TICs na prestação dos cuidados à saúde, saúde pública, pesquisa e atividades relacionadas à saúde em benefício tanto a países de baixa como alta renda.⁵⁷

Neste contexto, a ferramenta aqui construída objetivou a interação dos profissionais de saúde no seu nível de atenção local, bem como o acompanhamento e monitoramento dos pacientes na transição do cuidado terciário para a rede básica. No entanto, apesar das várias visitas feitas às unidades básicas participantes do estudo desde a implantação da plataforma, para o cadastramento dos profissionais, explicações sobre o uso e esclarecimento de dúvidas, houve pouca solicitação dos profissionais do HC por esta plataforma. Avaliamos que esta integração representa uma mudança cultural do atendimento dos profissionais das UBS, o que deve exigir mais tempo para que percebam a importância de seu uso, em vez de simplesmente encaminhar os pacientes para outros níveis de cuidado.

A diminuição dos atendimentos da rede básica durante a pandemia também pode ter contribuído para este uso ainda em pequeno volume. No próximo mês, já está prevista a expansão dessa ferramenta para uso nas UBS de mais 11

municípios atendidos pelo HCFMB, o que não estava previsto no projeto, mas que representa o uso de tecnologia desenvolvida com os recursos da pesquisa para melhorar a assistência à população. Esta ferramenta de baixo custo e altamente reprodutível, pode ser utilizada em outros hospitais terciários que possam matriciar a rede básica a qual são referência. Isso se torna ainda mais importante considerando a vigência da pandemia por COVID-19, que tem dificultado ainda mais o acesso dos pacientes ao serviço terciário.

O alto absenteísmo às consultas de retorno e o baixo número de agendamentos de consultas nas UBS podem ter influenciado na alta procura pelos serviços de urgência (pronto socorros) no primeiro mês após a alta pelo mesmo motivo da internação, sem diferenças entre especialidades ou grupos. Os usuários deveriam utilizar a rede de atenção primária em saúde de forma contínua, mas a rede de urgência e emergência hospitalar é considerada uma alternativa para obtenção de assistência rápida, de fácil acesso, de maior tecnologia e resolutividade.⁵⁸⁻⁶⁰

Ademais, a procura frequente por esses serviços podem refletir na fragilidade em relação à rede primária, bem como a vulnerabilidade do indivíduo que necessita de cuidados constantemente.⁶⁰ A utilização desses serviços preferencialmente em relação à atenção primária se faz presente na realidade de outros países, como os Estados Unidos^{61, 62}, Canadá^{63, 64} e Reino Unido⁶⁵, apresentando crescimento elevado tanto na procura por atendimento quanto nas reincidências.⁶⁶

Um estudo que avaliou as estratégias desenvolvidas por Brasil e Espanha para integrar Atenção Primária à Saúde e Especializada, relatou que na Espanha apesar do amplo acesso à rede primária, a atenção hospitalar ainda é vista como de melhor qualidade entre os usuários, o que faz com que a população solicite o atendimento diretamente nas redes de urgência e emergência.⁶⁷

No Brasil, embora observada a existência de fragilidades dentro da RAS, experiências metodológicas têm apresentado potencialidades no âmbito da continuidade do cuidado nos diferentes contextos da rede.⁶⁸⁻⁷⁰ Proposto ao Ministério da Saúde pelo CONASS via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e com atuação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, o projeto “A Organização da Atenção Ambulatorial

Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde”, conhecido como Planifica SUS vem ganhando espaço no país.⁷⁰⁻⁷² A partir daí, o Planifica SUS vem apoiando a equipe técnica e de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde no mapeamento dos processos operacionais de trabalho e, pressupondo ações estruturadas com foco no acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização dos fluxos nas RAS, considerando-se as necessidades de saúde dos usuários, estendendo-se em Regiões de Saúde de 27 Unidades Federativas do país.⁷⁰

Os nossos resultados não mostraram diferenças nas readmissões pelo mesmo motivo da internação anterior entre as duas especialidades em até 30 dias após a alta. No entanto, a comparação das taxas de readmissão na Cirurgia Geral quando comparadas aos anos de 2018 e 2019 mostraram significativa redução. Uma pesquisa transversal, baseada na Web nacional, foi conduzida com 1917 pacientes e familiares submetidos a intervenções cirúrgicas recentemente. Os recursos de informação de saúde usados antes e após a cirurgia foram correlacionados com o nível de preparação do paciente. Foi avaliada ainda a relação entre a preparação deste paciente com a taxa de readmissão hospitalar do mesmo. Pacientes cirúrgicos com mais acesso as informações de saúde durante as transições (antes e após a intervenção cirúrgica) sentiram-se mais seguros e preparados e tiveram menores taxas de readmissão em trinta dias.⁷³

Na Clínica Médica Geral, apesar de ter havido redução nas readmissões em ambos os anos, não houve significância estatística na comparação com o ano de 2018. Em contrapartida, na Cirurgia Geral houve redução e significância estatística na comparação entre os anos. Esses dados reforçam a hipótese já discutida anteriormente de que a intervenção realizada por 12 meses entre 2020 e 2021 padronizando a comunicação desde o momento da internação até a alta, provocou impactos em toda a assistência, trazendo melhorias no cuidado global, independente se no GI ou GNI. Nos anos de 2018 e 2019, antes da pandemia pelo COVID-19, as internações eram eletivas e de urgência. Nos 12 meses de 2020 a 2021 as internações foram em sua grande maioria em caráter de urgência, o que significa que os pacientes possuíam necessidades imediatas de assistência hospitalar, e, portanto, eram mais graves que pacientes internados eletivamente.

Era de se esperar, portanto maior número de readmissões, pelo caráter de urgência das internações índices, o que não ocorreu. Os pacientes com necessidade de readmissões precoces (há menos de 30 dias após a alta) são priorizados no HCFMB, e estas internações são realizadas mesmo em situações de super lotação. Assim, consideramos que essa redução foi real, e não sofreu viés da falta de leitos devido à pandemia pelo COVID-19. Apesar das taxas de readmissão serem amplamente usadas como métrica de qualidade, por ser medida fácil, de baixo custo e não requerer avaliações subjetivas, vários estudos tem questionado o uso isolado das taxas de readmissão para medir qualidade da assistência, pois se forem usados sem levar em conta as características dos pacientes pode resultar em falso indicador de bom resultados. Hospitais com altas taxas de mortalidade podem resultar em menor número de readmissões.⁷⁴

No presente estudo a mortalidade em até um mês após a alta foi de 21,5% para os pacientes clínicos, e significativamente menores nos cirúrgicos. Os pacientes clínicos possuíam quase metade de sua amostra com 4 ou mais comorbidades. Pacientes com 3 ou mais comorbidades, estão em alto risco de readmissão e óbito. No Brasil, em padrão similar ao de outros países, as doenças crônicas não transmissíveis refletem um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis por 72% dos óbitos, sendo as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes as de maior destaque.^{75,76} Estudo realizado no Rio de Janeiro identificou uma taxa de 40.4% de readmissões hospitalares de pacientes com doenças crônicas.^{76,77} Portadores destas doenças são responsáveis por 12.7% das readmissões nos Estados Unidos e 27.4% na Itália.⁷⁸

Ao analisar as comorbidades presentes entre as duas especialidades, no grupo clínico foi identificada de forma significativa maior proporção de pacientes com diabetes melitus, hipertensão arterial sistêmica e tireoidopatias, semelhante ao estudo realizado em Belo Horizonte (MG), que descreveu o perfil sociodemográfico, clínico e funcional dos pacientes hospitalizados em hospitais universitários.⁷⁹

Quais fatores podem levar à redução nas readmissões ainda tem sido alvo de discussão na literatura. Não é apenas a qualidade do cuidado durante a internação índice ou as medidas de seguimento pós-alta que influenciam a readmissão. Vários fatores afetam quando e quão frequente o paciente é hospitalizado, incluindo acesso

às consultas pós-alta, condições financeiras de adquirir medicações prescritas, gravidade da doença e status sócio econômico.⁸⁰ Exemplo dessa complexidade foram medidas intensamente adotadas há 20 anos em Hospitais de Veteranos nos Estados Unidos, onde garantiram acesso à atenção primária após altas, e as readmissões em 30 dias subiram 26%, mas os pacientes relataram estar muito mais satisfeitos.⁸¹

Recente metanálise sobre a continuidade do cuidado em idosos com doenças crônicas mostrou que as intervenções preveniram readmissões em curto prazo, com evidência inconclusiva da eficácia das medidas em reduzir readmissões a longo prazo.⁷⁷ Fica claro que mais pesquisas sobre o tema são necessárias.

Esta pesquisa apresenta como pontos fortes propor e implementar ferramenta de integração entre unidades básicas e hospital terciário que pode ser utilizada em outros locais, apresentar o perfil de reinternações e óbitos de um hospital terciário no período de um ano, com acompanhamento de readmissões e comparecimento às consultas por 30 dias e óbitos por 6 meses após a alta. As medidas de padronização e comunicação reduziram as readmissões. O Brasil ainda possui poucos estudos com usuários da rede pública de saúde focando readmissões e integração com atenção primária à saúde. Por isso, nossos resultados podem contribuir sobre o tema, ajudando a traçar mais ações que permitam melhorias na assistência à saúde pública. Os pontos fracos da pesquisa estão principalmente sobre o fato de ter sido desenvolvida na vigência da pandemia de COVID-19, o que fez com que as internações de outros diagnósticos que não COVID, fosse à grande maioria em caráter de urgência. A integração com a rede básica foi prejudicada pela diminuição do número de atendimentos das unidades.

6. CONCLUSÃO

Foi estabelecida e incorporada a sistematização da alta, que apesar de não ter apresentado diferenças entre GI e GNI por serem os mesmos médicos a interagirem com os pacientes em ambos os grupos, teve como consequência a diminuição das readmissões hospitalares não planejadas em 30 dias, impactando positivamente no processo de trabalho da instituição.

A ferramenta digital “Segunda Opinião”, hospedada no “HC em Casa” foi integrada e aplicada entre as redes de atenção à saúde, promovendo o acompanhamento comunitário e multiprofissional, melhorando a comunicação e permitindo a discussão de casos entre as redes de atenção primária e terciária, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, reduzindo-se as lacunas nas transições de cuidado.

7. REFERÊNCIAS

1. Pena KSP, Rollo RM, Reuter CLO, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre; 2020, 41, e20190168. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>
2. Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L. Challenging the information gap--the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform.* 2004 Aug; 73(7-8):569-80. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009. PMID: 15246037.
3. Goldstein JN, Hicks LS, Kolm P, Weintraub WS, Elliott DJ. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. *J Gen Intern Med.* 2016 Jul;31(7):732-8. doi: 10.1007/s11606-016-3610-9. Epub 2016 Feb 11. PMID: 26868279; PMCID: PMC4907944.
4. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. Medication Discrepancies During Transitions of Care: A Comparison Study. *J Healthc Qual.* 2015 Nov-Dec; 37(6):325-32. doi: 10.1111/jhq.12061. PMID: 24417581.
5. Acosta AM. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
6. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, Öhlen G, Olsson M, Bergenbrant S, Orrego C, Suñol R, Toccafondi G, Venneri F, Dudzik-Urbaniak E, Kutryba B, Schoonhoven L, Wollersheim H; European HANDOVER Research Collaborative. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Serv Res.* 2014 Sep 13; 14:389. doi: 10.1186/1472-6963-14-389. PMID: 25218406; PMCID: PMC4175223.
7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* (22)3: e47615, 2017. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
8. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos

- com leucemia. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180238. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. PMID:31188974
9. Barbosa NB, Elias PEM. Health social organizations as a way of public/private management. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2483-2495 2010
 10. Câmara CE., Atividades do enfermeiro na transição do cuidado na alta hospitalar: realidades e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Ritter dos Reis, Porto Alegre, 2017.
 11. Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, Kringos DS, Klazinga NS, Steyerberg EW. Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One.* 2014 Nov 7;9(11):e112282. doi: 10.1371/journal.pone.0112282. Erratum in: *PLoS One.* 2015;10(2):e0118968. PMID: 25379675; PMCID: PMC4224424.
 12. Sousa-Pinto B, Gomes AR, Oliveira A, Ivo C, Costa G, Ramos João; et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década, *Acta Med Port* 2013 Nov-Dec;26(6):711-720
 13. Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ.* 2011 Apr 19;183(7):E391-402. doi: 10.1503/cmaj.101860. Epub 2011 Mar 28. PMID: 21444623; PMCID: PMC3080556.
 14. Moreira ML. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
 15. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med.* 2009 Apr 2; 360(14):1418-28. doi: 10.1056/NEJMsa0803563. Erratum in: *N Engl J Med.* 2011 Apr 21;364(16):1582. PMID: 19339721.
 16. Dias, B.M. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-101155/pt-br.php>. Acesso em: Fev. 2019.
 17. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: promoting greater efficiency in Medicare. Washington, DC: MedPac; 2007.

18. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: reforming the delivery system. Washington, DC: MedPac; 2007.
19. PPACA & HCERA. Public Laws 111-148&111-152. Consolidated print; 311-6. One Hundred Eleventh Congress of the United States of America, Entitled The Patient Protection and Affordable Care Act. 2010. Disponível em: www.ncsl.org/documents/health/ppaca-consolidated.pdf. Acesso em: Fev. 2019.
20. Brasil. ANS- Agência Nacional de Saúde. Fator de Qualidade: dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3167-fator-dequalidade-dados-de-readmissao-hospitalar-devem-ser-informados-a-ans>. Acesso em: Fev. 2019.
21. Cykert S. Improving care transitions means more than reducing hospital readmissions. N C Med J. 2012 Jan-Feb;73(1):31-3. PMID: 22619850.
22. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009 Feb 3;150(3):178-87. doi: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007. PMID: 19189907; PMCID: PMC2738592.
23. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006 Sep 25; 166(17): 1822-8. doi: 10.1001/archinte.166.17.1822. PMID: 17000937.
24. Brasil. Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.
Brasil. Ministério da Saúde (MS). Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2ª Edição. Revista e Atualizada. – Brasília: MS; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

25. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. Transição do cuidado da criança com câncer. *Escola Anna Nery* 25(2)2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>
26. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.
27. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med*. 2014;65:471-85. doi: 10.1146/annurev-med-022613-090415. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24160939; PMCID: PMC4104507.
28. Mixon AS, Goggins K, Bell SP, Vasilevskis EE, Nwosu S, Schildcrout JS. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med*. 2016; 11(9):603-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.2572>
29. Hansen L, Young R, Hinami K, Leung A, Williams M. Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155(8):520.
30. Kneepkens E, Brouwers C, Singotani R, de Bruijne M, Karapinar-Çarkit F. How do studies assess the preventability of readmissions? A systematic review with narrative synthesis. *BMC Medical Research Methodology*. 2019; 19(1).
31. Queiroz DB, Oliveira LC de, Araújo CM de, Reis LA dos. Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. *Rev Enferm Contemp*. 2016; [citado 2018 jan 22];5(1):16-24. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/441/>
32. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:43.
33. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 1:4s.

34. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):284-90.
35. Gomes LL, Volpe FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. *Rev Med Minas Gerais* 2018; 28 (Supl 5): e-S280513
36. Silva GM, Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. 2014; 10(3): 2-9. Disponível em: <https://www.scienciaplena.org.br/sp/article/view/1541/942>.
37. Borges PRT, Fontes DE, Gaudencio DL, Sampaio RF. Perfil dos pacientes internados em hospitais universitários de grande porte: conhecer para potencializar a assistência. *Saúde (Santa Maria)*. 2020, v. 46, n. 2: e43662
38. Barbosa BR, Almeida JMA, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8): 3317-3325, 2014
39. Tanqueiro SMT. *A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2013; III(9):151-160. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968002>
40. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30(3):233-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000097>
41. Coelho AMS, Oliveira CG, Bezerra STF, Almeida ANS, Cabral RL, Coelho MMF. Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora. *Rev Enferm UFPE online*. 2015[citado em 2016 jul. 12];9(10):9528-34. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10897>
42. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2011;64(5). [Acesso em 2016 Mai 26]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H6bhHF7x7qHLqc85tbr53nC/?lang=pt&format=pdf>

43. Pedro DRC, Silva GKT, Molin TD, Oliveira JLC, Nicola AL, Tonini NS. Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. *REME – Rev Min Enferm.* 2016; 20: e978. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e978.pdf> DOI: 10.5935/1415-2762.20160048
44. Pereira M, Terezinha Alves Rezende K, Ferreira Santos I, Franco da Rocha Tonhon S. O processo de hospitalização sob a ótica do paciente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2020; 33(Supl.): 1-9.
45. Dias SM, Gomes MS, Gomes HG, Medeiros JSN, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. *Rev Interd.* 2017 out/dez; 10(4): 96-104. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1322>. Acesso em: Set. 2021.
46. Fialho FH, Lacerda LHR, Borborema TRF, Pereira FR. Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática. 2018.
47. Kash BA, Baek J, Davis E, Champagne-Langabeer T, Langabeer JR 2nd. Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. *Int J Med Inform.* 2017 Aug; 104:97-104. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.05.012. Epub 2017 May 20. PMID: 28599821
48. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: na integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20180119>
49. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art, No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858. CD000313. pub5. Accessed 27 September 2021.
50. Beltrame S, Oliveira A, Santos M, Santos Neto E. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde em Debate.* 2019; 43(123): 1015-1030.
51. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean.

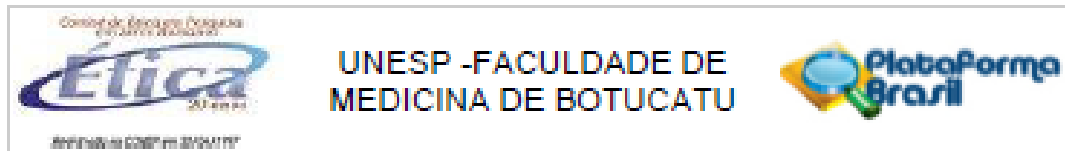
- Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e188. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.188>
52. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):411-418,abr-jun. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420160002000019>
53. Landsberg GAP. e-Health and primary care in Brazil: concepts, correlations and trends. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(38):1-9. Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1234](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1234)
54. Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res*. 2001;3(2):e20. Doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
55. Rocha TAH, Fachini LA, Thumé E, Silva NC, Barbosa ACQ, Carmo M, et al. Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016.Brasília;25(1):159-170, jan-mar. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420160001000016>
56. World Health Organization. Fifty-eighth. 2005. Geneva,16-25 may. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20398>
57. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012 out; 46(5): 761-8. doi: 10.1590/S0034-89102012000500001
58. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 31-8.
59. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2015; 23(2): 337-44 DOI: 10.1590/0104-1169.0072.2560
60. LaCalle EJ, Rabin EJ, Genes NG. High-frequency users of emergency department care. *J Emerg Med*. 2013 Jun;44(6):1167-73
61. Billings J, Raven MC. Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health Aff*. 2013 Dec;32(12):2099-108

62. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, et al. Frequent Users of Emergency Departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med*. 2012 Jul; 60(1):24-32.
63. Moe J, Bailey AL, Oland R, Levesque L, Murray H. Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *CJEM*. 2013 Jul;15(4):214-26
64. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res*. 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-56.
65. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA. What drives frequent emergency department use in an integrated health system? National data from the Veterans Health Administration. *Ann Emerg Med*. 2013 Aug; 62(2):151-9.
66. Almeida PF, Gêrvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Apr 03];11(1): [about 10p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en
67. Martin LA, Finlayson SRG, Brooke BS. Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical Patients Preparing Them to Fail? *World J Surg*. 2017 Jun;41(6):1447-1453. doi: 10.1007/s00268-017-3884-z. PMID: 28101609
68. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005.
69. Guimarães AMAN, Cavalcante CCB, Lins MZS. Planificação da Atenção Primária à Saúde: um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2018.
70. Magalhães MC, Cintra KMS. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência - Regional de Saúde Centro Sul. *Rev Cient Esc*

- Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020;6(1):139-150.
<https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1432>
71. PlanificaSUS: Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 36 p.
72. Guimarães ADN, Cavalcante CCB, Lins MZS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Documenta 31. Planificação da atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018.
73. Malcolm MP, Middleton A, Haas A, Ottenbacher KJ, Graham JE. Variation in Facility-Level Rates of All-Cause and Potentially Preventable 30-Day Hospital Readmissions Among Medicare Fee-for-Service Beneficiaries After Discharge From Postacute Inpatient Rehabilitation. *JAMA Netw Open*. 2019 Dec 2;2(12):e1917559. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17559. PMID: 31834398; PMCID: PMC6991209.
74. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Epub 2011 May 9. PMID: 21561658.
75. Feil Weber LA, Dias da Silva Lima MA, Marques Acosta A. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan* [Internet]. 30 de enero de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];19(4):1-11. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11963>
76. Chibante CL de P, Espírito Santo FH, Santos TD, Pestana LC, Santos ACS, Pinheiro FM. Fatores associados à internação hospitalar em clientes com doenças crônicas/ Factors associated with hospital admission in patients with chronic diseases. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 26º de maio de 2016 [citado 27º de setembro de 2021];14(4):1491 -1497. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24881>
77. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP et al. Preventability and causes of readmissions in a national Cohort of

- general medicine patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):484-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>
78. Borges PRT, Fontes DE, Gaudencio DL, Sampaio RF. Perfil dos pacientes internados em hospitais universitários de grande porte: conhecer para potencializar a assistência. *Saúde (Santa Maria)*. 2020, v. 46, n. 2: e43662
79. Kangovi S, Grande D. Hospital readmissions--not just a measure of quality. *JAMA.* 2011 Oct 26; 306(16): 1796-7. doi: 10.1001/jama.2011.1562. PMID: 22028356.
80. Oddone EZ, Weinberger M. Hospital readmission rates: are we measuring the right thing? *Ann Intern Med.* 2012 Dec 18;157(12):910-1. doi: 10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00013. PMID: 23247941.
81. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A, De Marinis MG. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020 Jan; 101:103396. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31698168.

ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integração entre hospital terciário e unidades básicas de saúde: Projeto REAL - redesenhando a alta hospitalar.

Pesquisador: MONIQUE ANTONIA COELHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28223820.1.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.829.874

Apresentação do Projeto:

A readmissão hospitalar prevenível gera custos ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de causar sofrimento social ao paciente. A

Taxa de Readmissão tem sido usado como indicador para planejamento em saúde na gerência de planos privados de saúde e em sistemas de saúde internacionais. Seguindo a proposta do SUS da hierarquização da assistência, a Integração otimizada das equipes de assistência poderá diminuir as readmissões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Aplicar uma sistematização de transição do cuidado dos pacientes internados em hospitais terciários do Sistema Único de Saúde para as Unidades Básicas no momento da alta como ferramenta de otimização da Integração hierarquizada.

Objetivo Secundário:

Identificar e sanar dúvidas sobre o tratamento e plano até a alta do paciente que não foram sanadas ou explicadas anteriormente. Estabelecer atendimento regular em uma unidade básica de saúde. Realizar orientações de alta sistematizadas relacionadas aos cuidados dos pacientes. Desenvolver plataforma específica para comunicação dos profissionais das Unidades

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

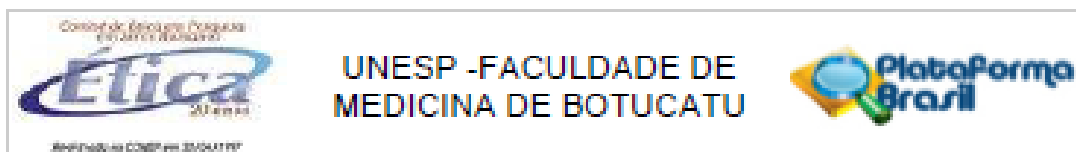
CEP: 18.018-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1600

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.029.074

Básicas de Saúde com os profissionais dos hospitais terciários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos.

Benefícios:

Relevância e exequibilidade nos serviços de saúde do SUS. Articulação entre as redes de saúde. Melhorar os sistemas de referência e contrareferência. Criar padronização na transição do cuidado no momento da alta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo clínico randomizado, prospectivo, realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu, em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) – Unesp, integrante do Sistema Único de Saúde. Serão incluídos 405 pacientes maiores de 18 anos de idade, moradores da cidade de Botucatu, no período de 1 ano, a contar do início do financiamento, que forem internados pelas especialidades Clínica Médica Geral e Gastroenterologia Cirúrgica. Os pacientes serão acompanhados por pelo menos 6 meses após a alta. Todos os pacientes internados serão aleatorizados em 2 grupos: os participantes e os não participantes do Projeto aqui definido como REAL (redefinindo a alta). A aleatorização dos grupos será realizada por meio de programa automatizado de geração de números aleatórios. Os pacientes sorteados a participarem do Projeto REAL, seguirão as etapas definidas pelo estudo. Os sorteados a não participar terão suas altas da forma habitual de cada especialidade, sem a padronização definida pelo projeto. Serão medidos vários indicadores a respeito da alta. Serão avaliados ainda os resultados dos questionários preenchidos pela UBS sobre a interação com o hospital terciário. Os dados serão submetidos à análise estatística.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos exigidos por este CEP. O TCLE está redigido em forma de convite e esclarece os objetivos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-070
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1800	E-mail: cep@fmb.unesp.br

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o (a) Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL TERCIÁRIO E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO REAL - REDESENHANDO A ALTA HOSPITALAR**”, que será desenvolvido por mim, Monique Antonia Coelho (Enfermeira e aluna do doutorado) com a orientação da professora Assoc. Erika Veruska Paiva Ortolan da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Iremos implementar uma sistematização de transição do cuidado dos pacientes internados em hospitais terciários do Sistema Único de Saúde para as Unidades Básicas no momento da alta como ferramenta de otimização da integração, de modo a identificar e sanar dúvidas sobre o tratamento e plano até a alta e desenvolver uma plataforma específica para comunicação dos profissionais de ambas as instâncias de forma segura e eficaz.

O projeto consiste na divisão dos pacientes em 2 grupos, por sorteio. Aqueles que forem sorteados a participarem do projeto Real – redefinindo a alta, seguirão com a implantação da nova sistematização da transição do cuidado no momento da alta. O outro grupo de participantes manterá a rotina atual desenvolvida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Botucatu (HCFMB) referente ao processo de internação e alta de cada especialidade, sem a nova sistematização. Não haverá qualquer prejuízo e/ou risco aos pacientes em nenhum dos grupos. A sua participação ajudará a melhorar os processos durante e após a internação do HCFMB.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu – São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa/RG

Responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa:

Nome: Monique Antonia Coelho

Nome: Erika Veruska Paiva Ortolan

Telefone: (14) 997756109

Telefone: (14) 38116215

E-mail: moniqss@hotmail.com

E-mail: erika.ortolan@unesp.br



Sistematização para comunicação com o paciente e/ou familiares no início da internação.

1. Apresentar-se com nome e especialidade.

2. Se a conversa for entre familiares, além do paciente, perguntar o(s) nome(s) e grau de parentesco.

3. Percepção do paciente – perguntar: O que já lhe foi dito até agora sobre seu diagnóstico, tratamento e internação?
 - Ouvir atentamente

4. Antes de iniciar a explicação sobre o diagnóstico e plano de tratamento, assegurar-se se o paciente tem condições de participar desta conversa. Caso negativo, fazer as explicações a familiar.

5. Explicar o diagnóstico e plano de tratamento durante e após a internação.
 - Usar linguagem simples, evitar termos técnicos;
 - Se for ser realizada cirurgia, explicar com desenhos como será a incisão e como será a cirurgia;
 - Relatar possíveis complicações e falhas do tratamento;
 - Estimar tempo de internação. Se não for possível, explicar o porquê.

6. Resumir em etapas tudo que foi explicado

7. Perguntar sobre dúvidas e esclarecê-las.



APÊNDICE 3. PROJETO REAL – Redesenhando a alta hospitalar



Ficha “CASO NOVO”

Especialidade responsável pela internação: Clínica Médica Geral Cirurgia Geral

Data da admissão: ____/____/____

Respondente: _____

1. Identificação

Nome do paciente: _____ Idade: _____ RG HC: _____

Endereço de residência: _____ Cidade: _____

Telefone(s) para contato: _____

2. Saúde

Realizou alguma cirurgia anteriormente?

SIM NÃO

Se sim, qual (is) e quando?

Você sabe porque foi internado?

Tem outros problemas de saúde?

SIM NÃO

Se sim, qual (is)? _____

A internação atual estava programada ou ocorreu de urgência?

Qual o plano de cuidado determinado para esta internação?

Você tem conhecimento do tempo estimado de internação? SIM NÃO

Se sim, quanto dias? _____

Esteve internado no HCFMB ou em outro local nos últimos 30 dias?

Se sim, por quê? _____

Você recebeu explicações sobre sua internação? SIM NÃO

Sabe o nome do médico? SIM NÃO

PARA PREENCHIMENTO COM OS DADOS DO PRONTUÁRIO

Diagnóstico(s) da internação : _____

Comorbidades:

Resposta correta do paciente quanto a motivo da internação? SIM NÃO

Resposta correta do paciente quanto a comorbidades? SIM NÃO

Resposta correta do paciente quanto a plano de tratamento? SIM NÃO



APÊNDICE 4. PROJETO REAL – Redesenhando a alta hospitalar



Formulário de registro de atendimento social

Especialidade responsável pela internação: Clínica Médica Geral Cirurgia Geral

Data da internação e atendimento social: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____ Idade: _____ RG HC: _____

Acompanhante no leito: SIM NÃO

Quem/grau de parentesco: _____

Bairro de residência: _____

Telefone(s) para contato: _____

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

3. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDES DE APOIO

1. Realiza acompanhamento na Unidade Básica de Saúde?

SIM NÃO Qual: _____

2. Recebe visita de algum profissional da Unidade Básica de Saúde?

SIM NÃO Quem: _____

Frequência das visitas: _____

3. Possui alguma consulta já agendada na Unidade Básica de Saúde?

SIM NÃO Data do agendamento: ____/____/____

4. OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE E APOIO SOCIAL

1. Possui alguma dúvida acerca do seu tratamento e orientações passadas pela equipe de saúde até o momento?

SIM NÃO

Qual: _____

5. PARECER SOCIAL


APÊNDICE 5. PROJETO REAL – Redesenhando a alta hospitalar

ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA
CONTINUIDADE NO TRATAMENTO – ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA
MEDICAÇÕES DE USO POR TEMPO DETERMINADO (PÓS-OPERATÓRIO OU PÓS-ALTA)

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Duração	Disponível na UBS?

MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Duração	Disponível na UBS?

RETORNO HCFMB () Sim () Não

1. Ambulatório: _____ Data: ___/___/___ (___ Feira) Hora: ___ h Local: _____

2. Ambulatório: _____ Data: ___/___/___ (___ Feira) Hora: ___ h Local: _____

RETORNO UBS

Data: ___/___/___ (___ feira) Hora: ___ h Endereço: _____

Dieta especial? () Sim () Não Qual: _____

Atividade física: Há restrições? () Sim () Não Qual: _____

Se atividade física permitida, quais orientações? _____

SINAIS DE ALERTA- procurar serviço de saúde se: _____ Onde ir? _____

Médico: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___



APÊNDICE 6. PROJETO REAL - Redesenhando a alta hospitalar



Ficha de registro de conversa com paciente e familiar Momento: alta hospitalar (após orientações médicas)

Especialidade da internação: Clínica Médica Geral Cirurgia Geral

Data da admissão: ___/___/___

Data da alta: ___/___/___ Tempo de internação: _____ dias

Nome: _____ Idade: _____ RGHC: _____

Sexo: M F Cidade de origem: _____

Escolaridade: 1º grau completo 1º grau incompleto

Sem escolaridade 2º grau completo 2º grau incompleto

Não sei informar Superior completo Superior incompleto

Diagnóstico(s) dessa internação: _____

Houve cirurgia: SIM NÃO Se sim, qual (is)? _____

Participantes da conversa (nomes e graus de parentesco com o paciente)

Paciente presente na conversa? SIM NÃO

Paciente foi o principal respondedor das questões? SIM NÃO

Em caso negativo, quem foi? _____

Você tem conhecimento sobre o seu problema de saúde (diagnóstico)?

SIM NÃO Qual é o seu diagnóstico: _____

Fez cirurgia? SIM NÃO Qual? _____

(RESPOSTAS CORRETAS? SIM NÃO)

Você tem conhecimento do nome do médico que realizou as orientações de alta?

SIM NÃO

Se sim, qual o nome? _____

(RESPOSTA CORRETA? SIM NÃO)

Quais foram as orientações que você recebeu na alta?

O médico leu para você as orientações e medicações dos papéis de alta? SIM NÃO

O médico explicou se a medicação (ões) prescrita (as) está (ao) disponível (eis) na rede básica de saúde? SIM NÃO

(As respostas do paciente foram corretas com relação ao que constava no resumo de alta e ficha de orientação para alta? SIM NÃO)

Você faz acompanhamento em Unidade Básica de Saúde? SIM NÃO
Se sim, qual? _____

Ficou alguma dúvida referente às orientações dadas? SIM NÃO
Se sim, quais? _____

(O resumo de alta e ficha de orientação pós-alta estava preenchida?)

SIM NÃO PARCIALMENTE



APÊNDICE 7. PROJETO REAL - Redesenhando a alta hospitalar



Ficha de controle: Pós-alta hospitalar – Mês: _____ Data: _____

Especialidade da internação: Clínica Médica Geral Cirurgia Geral

Data da admissão: ____ / ____ / ____ Data da alta: ____ / ____ / ____ Tempo de internação: ____ dias

Informações fornecidas por (com grau de parentesco caso não seja o próprio paciente):

Nome: _____ Idade: ____ anos RGHC: _____

COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS AGENDADAS:

- HCFMB SIM Data: ____ / ____ / ____
 NÃO Motivo: _____
- UBS SIM Data: ____ / ____ / ____
 NÃO Motivo: _____

DESDE A ALTA, VOCÊ PROCUROU O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

- HCFMB SIM NÃO Motivo: _____
- PS da cidade de origem ou UBS como extra? SIM NÃO

Qual: _____

- Outro PS? SIM NÃO Qual: _____

Motivo: _____

PRECISOU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

- HCFMB SIM NÃO Motivo: _____
- Hospital da cidade SIM NÃO Qual: _____
- Outro Hospital SIM NÃO Qual: _____

Motivo: _____

ÓBITO? SIM Local? _____ Motivo: _____