

## MODELO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE GESTÃO DE ALTA: CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO

### COMPLEX CLINICAL HOSPITAL MODEL OF DISCHARGE MANAGEMENT: CONCEPTION AND IMPLEMENTATION

Elizabeth Bernardino<sup>1</sup>   
Jaqueline Dias do Nascimento Selleti<sup>2</sup>   
Otília Beatriz Maciel Da Silva<sup>2</sup>   
Valéria Cristina Lopes Gallo<sup>2</sup>   
Jéssica de Oliveira Veloso Vilarinho<sup>2</sup>   
Olivia Luciana dos Santos Silva<sup>3</sup>   
Camila Rorato<sup>2</sup> 

#### ABSTRACT

**Objective:** to present the conception and implementation of the Discharge Management Model of the Clinics Hospital Complex of the Federal University of Paraná. **Method:** experience report occurred between 2017 and 2020, about the design and implementation of the Discharge Management model with support of the logic model. **Results:** continuity of care and case management are operationalized by a dedicated team of liaison nurses who manage and counter-reference care to primary care and other points in the health care network. **Conclusion:** discharge management has been consolidated as a managerial strategy that integrates the health care network, avoids discontinuities in care, promotes patient and family safety, and optimizes beds, and inserts complex patients into the primary care agenda. It contributes to the continuity of care and represents evidence of a new field of work for nurses.

**DESCRIPTORS:** Health Services Administration; Patient Discharge; Health Services; Continuity of Patient Care; Nursing.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL, Vilarinho J de OV, Silva OL dos S, et al. Modelo complexo hospital de clínicas de gestão de alta: concepção e implantação. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [Acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 27. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227](https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227).

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população<sup>1</sup>, o aumento das mortes por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)<sup>2</sup> e as questões relacionadas ao subfinanciamento, além do avanço tecnológico da assistência à saúde são condições que demandam desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS). As demandas relacionadas ao manejo das DCNT extrapolam, por vezes, as possibilidades ofertadas, acarretando gargalos, descontinuidades de cuidado e sobrecarga do sistema de saúde<sup>3-5</sup>.

Considerando este contexto, comum na realidade brasileira e em realidades internacionais, estratégias políticas e de gestão são elaboradas na tentativa de equilibrar a demanda de cuidados de saúde da população e as ofertas proporcionadas pelos sistemas integrados ou redes de atenção à saúde (RAS). Na realidade brasileira, diretrizes<sup>6-7</sup> estabelecem fluxos e serviços, que têm por objetivo, proporcionar universalidade, integralidade e equidade de saúde à população. Dentre esses, merecem destaque os Núcleos Internos de Regulação que constituem a interface com as Centrais de Regulação das diferentes esferas de gestão, visando atender às necessidades dos usuários incluindo alternativas às práticas hospitalares<sup>7-8</sup>.

Como parte do organismo da RAS da capital paranaense, o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) vivencia este cotidiano de desequilíbrio entre ofertas e demandas, desafiando, desta forma, a gestão institucional a promover adequações sistemáticas que contribuam para o equilíbrio e a continuidade do cuidado. Neste contexto de autorregulação, e procurando atender ao perfil de pacientes clínicos com múltiplas comorbidades e de difícil manejo, o CHC-UFPR implantou em 2017 o Modelo CHC de Gestão de Altas e, com isso, o presente artigo tem por objetivo apresentar a concepção e implantação do Modelo de Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência profissional sobre a concepção e implantação do Modelo CHC de Gestão de Altas, ocorrido no maior hospital público de ensino do Paraná - Brasil, entre os anos de 2017 e 2020. O processo de concepção envolveu visitas técnicas, pesquisas desenvolvidas sobre o tema e o uso de suporte metodológico.

A concepção do Modelo CHC de Gestão de Altas teve, como fontes de informação, pesquisas desenvolvidas no contexto institucional<sup>11-12</sup> e as experiências vivenciadas no cenário internacional, produto de um estudo multicêntrico entre Portugal, Espanha e Canadá<sup>13-15</sup>, além de legislação nacional específica<sup>7</sup>. Esta proposta permitiu a construção de um modelo híbrido, desenhado com base em experiências bem-sucedidas e necessidades do serviço e da RAS.

O modelo foi estruturado sob os pressupostos: equipe exclusiva com ênfase na enfermeira de ligação (profissional responsável por coordenar a alta no que tange à transferência de informações do hospital à APS, ou seja, faz a ligação entre pacientes, família, profissionais e cuidados ambulatoriais)<sup>11</sup>; centralizado na Unidade de Regulação Assistencial; identificação precoce dos pacientes conforme os critérios de inclusão estabelecidos pela equipe do serviço (portadores de doenças crônicas de difícil controle; em cuidados paliativos; com necessidade de continuidade do cuidado em domicílio; em uso de dispositivos de suporte ventilatório, alimentar ou outro dispositivo de saúde; pacientes com fragilidades sociais importantes e situações de desospitalização); institucionalização da contrarreferência utilizando recursos digitais como prontuário eletrônico e comunicação

oficial por correio eletrônico; integração com as Secretarias Municipais de Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde.

A implantação contou com o suporte metodológico do modelo lógico (ML) para o planejamento, execução-piloto e consolidação. O ML surgiu na Alemanha, como recurso metodológico para sistematizar e orientar o planejamento de projetos de maneira sistemática e visual<sup>9</sup>. O planejamento realizado com a construção esquemática do ML em saúde, permite melhor compreensão das intervenções por meio de detalhamentos envolvendo atores, estrutura, recursos, objetivos e avaliações com acompanhamento progressivo das intervenções<sup>10</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, conforme o n.º 3.409.894, de junho de 2019.

## RESULTADOS

A linha do tempo, apresentada na Figura 1, traz as principais etapas que serão detalhadas a seguir. A implantação começou pelo planejamento usando o ML, destacando-se: a definição de objetivos iniciais, intermediários e finais desta fase; e definição dos recursos humanos, físicos, materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades. As instituições envolvidas foram parte essencial, representando articulação e contratualizações entre CHC-UFPR e gestores municipal e estadual.



Figura 1 - Linha do tempo da concepção e implantação do Modelo CHC - de Gestão de Altas. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Fonte: Autoras (2020).

Atividades gerais e específicas foram idealizadas pelas coordenadoras e primeiras profissionais vinculadas ao serviço e envolveram: aprofundamento teórico da temática, construção de fluxos e algoritmos de trabalho; procedimentos operacionais padrão, seleção de critérios de inclusão de pacientes; estabelecimento de mediação e comunicação com a RAS; e produção de identidade visual e material de divulgação. Foram identificadas nesta fase as barreiras e facilitadores do processo de implantação, apresentadas, respectivamente, como a limitação numérica de profissionais exclusivos para o serviço e a existência de política interna apoiadora do modelo CHC de Gestão de Altas.

Depois da fase de planejamento, iniciou-se a execução de um estudo-piloto em três

unidades de internação no segundo semestre de 2017 com a seleção de novos membros da equipe, denominadas enfermeiras de ligação. Foram identificadas e selecionadas profissionais com base em competências individuais por meio de análise curricular, experiência clínica, tomada de decisão, conhecimento da RAS, capacidade de comunicação e empatia.

Depois de um período de seis meses, o modelo foi oficializado e institucionalizado em cerimônia envolvendo gestores de saúde das esferas institucional, municipal, estadual e federal, marcando o início de uma fase de consolidação. A Figura 2 representa o Modelo de Gestão doCHC.

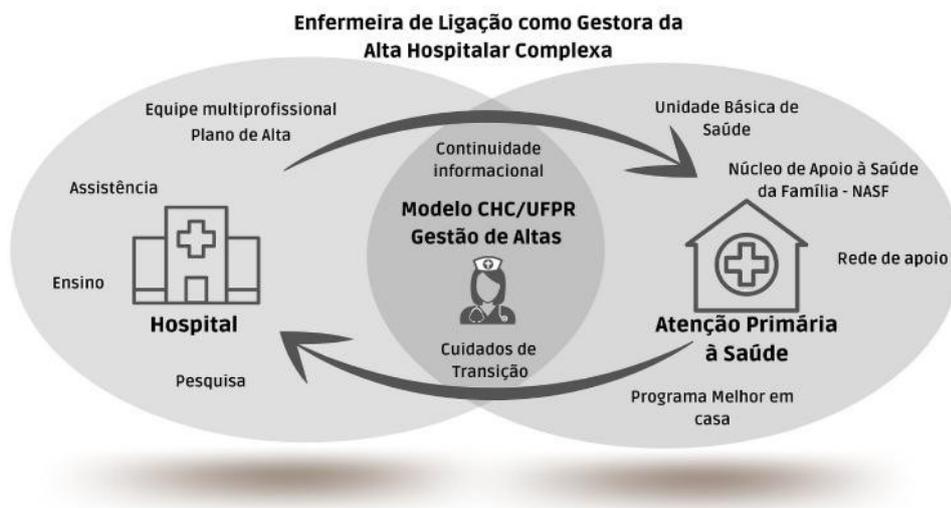


Figura 2- Modelo CHC - de Gestão de Altas. Curitiba, PR, Brasil, 2020 Fonte: Autoras (2020).

Para o processo de expansão em todas as unidades hospitalares, o serviço contou com cinco enfermeiras de ligação, e cada uma ficou responsável por aproximadamente 100 leitos. Utilizou-se de estratégias, como: divulgação das atribuições do serviço de Gestão de Altas à equipe multiprofissional por meio de reuniões clínicas e administrativas; boletins eletrônicos, informativos impressos e digitais; aulas para profissionais residentes e eventos de integração de novos profissionais; divulgação de indicadores; e visitas diárias às unidades de internação para disseminação e identificação de pacientes que atendessem aos critérios para o gerenciamento de alta.

A captação de pacientes ocorreu com base em solicitações de qualquer membro da equipe multiprofissional ou busca ativa por meio de visitas às unidades. A Figura 3 mostra o fluxo de captação e gerenciamento de altas.

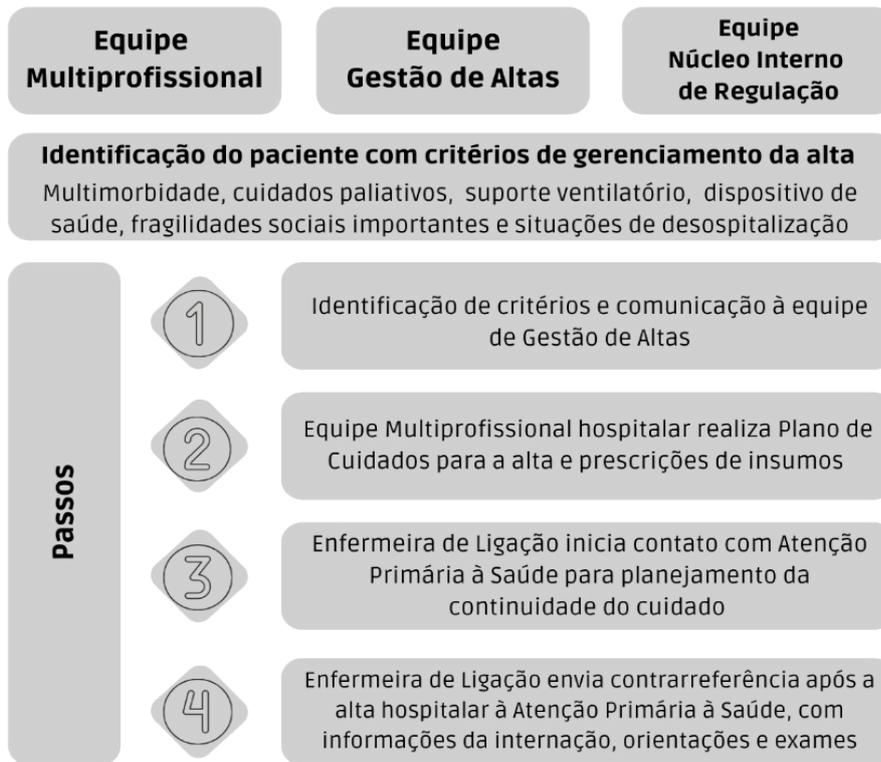


Figura 3 - Fluxo de captura e gerenciamento da alta hospitalar no Modelo CHC-UFPR de Gestão de Altas. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Fonte: Autoras (2020).

Com base na identificação dos critérios e seleção de pacientes com potencial de benefício pelo gerenciamento da alta, as enfermeiras de ligação iniciam a articulação com os pontos da RAS por meio de mensagens por *e-mail*, documentos impressos e ligações telefônicas. O contato precoce com a equipe da APS permite o planejamento e organização da assistência para a continuidade do cuidado, incluindo pacientes com suporte ventilatório domiciliar, reabilitação e serviço de atenção domiciliar. A troca de informações ocorre em prontuário eletrônico e *e-mail*, envolvendo sumários de alta, plano de cuidados, prescrições de insumos e exames realizados durante a internação.

Uma nova expansão incluirá a gestão de alta ambulatorial pela criação de serviços de apoio ambulatorial com definição de protocolos conjuntos entre hospital e atenção primária. Este projeto fortalecerá a resolutividade para pacientes vinculados ao CHC-UFPR e àqueles que precisam de estabilização antes de serem encaminhados à APS.

Atualmente, o serviço é campo de estágio para enfermeiros residentes e recebe profissionais de outras instituições para troca de experiências. Ainda, pesquisas têm sido desenvolvidas para a criação de indicadores que possam mensurar o impacto da implantação deste modelo no que se relaciona à redução de tempo de internação, redução dos custos institucionais e impacto para o cuidado.

## CONCLUSÃO

A implantação do Modelo CHC de Gestão de Altas em um hospital público, terciário e de ensino representou inovação e desafio. Mostrou-se eficaz no que se propôs, está consolidado como ferramenta administrativa e como estratégia de contrarreferência para pacientes considerados potenciais consumidores de serviços de saúde.

Evitar descontinuidades em relação ao cuidado na assistência, promover segurança aos pacientes e familiares, otimizar os leitos de internação e inserir na agenda da APS os pacientes complexos são algumas das contribuições do modelo que podem servir como exemplo para outras instituições e como evidência de um novo campo de atuação do Enfermeiro.

A expansão deste modelo é consequência da sua implantação e consolidação exitosas. A ampliação do modelo para os ambulatorios e o Centro de Cuidados de Transição representa um investimento no manejo das condições crônicas contribuindo para a efetivação da continuidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE. Dados do Censo 2010. Diário Oficial da União [Internet]. 2010. [acesso em 10 dez 2020]; 4 nov. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=31](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31).
2. World Health Organization. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013.[acesso em 23 jun 2021]; Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf;jsessionid=50A513BE77A1D19CDA8BCC40DDA1F3C0?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=50A513BE77A1D19CDA8BCC40DDA1F3C0?sequence=1).
3. Peiter CC, Santos JLGdos, Lanzoni GM de M, Mello ALSF de, Costa MFBNA da, Andrade SR de. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019. [acesso em 23 jun 2021]; 23(1): e20180214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
4. Santos NR dos. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 23 jun 2021]; 23(6): 1729-1736. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.
5. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC de, Silva MMA da, Freitas MI de F, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [acesso em 23 jun 2021]; 51Supl 1:4s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).
7. Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www>.

[observatoriohospitalar.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-implantacao-e-implementacao-do-nir-nucleo-interno-de-regulacao-para-hospitais](http://observatoriohospitalar.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-implantacao-e-implementacao-do-nir-nucleo-interno-de-regulacao-para-hospitais).

9. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. [Internet]. Brasília: IPEA; 2010. [acesso em 23 jun 2021]; Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT\\_n06\\_Como-elaborar-modelo-logico\\_Disoc\\_2010-set.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf).
10. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZde, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 23 jul 2021]; 18 (2) e0026294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>.
11. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010. [acesso em 23 jul 2021]; 63 (3): 459-463. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300018>.
12. Ribas E do N, Bernardino E, Larocca LM, Poli PP, Aued GK, Silva CPC da. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 23 jul 2021]; 71(Suppl 1): 546-553. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
13. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 23 jul 2021]; (23)3: e58449. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.
14. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [acesso em 23 jul 2021]; 27: e3162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
15. Costa FBNAC da, Andrade SR de, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. Rev escenferm USP [Internet]. 2019 [acesso em 23 jul 2021]; 53: e03477. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

## MODELO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE GESTÃO DE ALTA: CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO

### RESUMO:

*Objetivo: apresentar a concepção e implantação do Modelo de Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Método: relato de experiência ocorrido entre 2017 e 2020, sobre a concepção e implantação do modelo de Gestão de Altas com apoio do modelo lógico. Resultados: continuidade do cuidado e gerenciamento de caso são operacionalizados por uma equipe exclusiva de enfermeiras de ligação que gerenciam e contrarreferenciam os cuidados para a atenção primária e outros pontos da rede de assistência à saúde. Conclusão: a gestão de altas se consolidou como uma estratégia gerencial que integra a rede de atenção à saúde, evita descontinuidades da assistência, promove segurança aos pacientes e familiares, além de otimização de leitos, e ainda insere na agenda da atenção primária os pacientes complexos. Contribui para a continuidade do cuidado e representa evidência de um novo campo de atuação do Enfermeiro.*

*DESCRITORES* Administração de serviços de saúde; Alta do Paciente; Serviços de Saúde; Continuidade da assistência ao paciente; Enfermagem.

## MODELO CLÍNICO HOSPITALARIO DE GESTIÓN DEL ALTA: DISEÑO Y EJECUCIÓN

### RESUMEN:

*Objetivo: presentar la concepción e implementación del Modelo de Gestión de Alta del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. Método: informe de experiencia ocurrida entre 2017 y 2020, sobre el diseño e implementación del modelo de Gestión del Alta con apoyo del modelo lógico. Resultados: la continuidad de los cuidados y la gestión de los casos son operados por un equipo exclusivo de enfermeras de enlace que gestionan y contra revierten los cuidados a la atención primaria y a otros puntos de la red sanitaria. Conclusión: la gestión de altas se consolida como una estrategia gerencial que integra la red de atención a la salud, evita las discontinuidades de la asistencia, promueve la seguridad de los pacientes y los familiares, además de la optimización de las camas, y aún inserta en la agenda de la atención primaria a los pacientes complejos. Contribuye a la continuidad de los cuidados y representa la evidencia de un nuevo campo de trabajo para las enfermeras.*

*DESCRIPTORES:* Administración de los Servicios de Salud; Alta del Paciente; Servicios de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería.

Recebido em: 05/01/2022

Aprovado em: 23/05/2022

Editora associada: Luciana Kalinke

Autor Correspondente:

Elizabeth Bernardino

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

Rua Francisco Querino de Lima, 199, casa 09, São Braz, CEP 82015-360, Curitiba, PR.

E-mail: elizaber@ufpr.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL, Vilarinho J de OV, Silva OL dos S, Rorato C.; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).