

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

**PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM
DOMICÍLIO**

CURITIBA

2025

ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

**PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM
DOMICÍLIO**

Hospital discharge protocol for home care of elderly People

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em Ciências do
Programa de Pós-Graduação em Engenharia
Biomédica da Universidade Tecnológica
Federal do Paraná (UTFPR).

Orientadora: Prof.Dra. Frieda Saicla Barros

CURITIBA

2025



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM DOMICÍLIO

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Ciências da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Engenharia Biomédica.

Data de aprovação: 16 de Dezembro de 2025

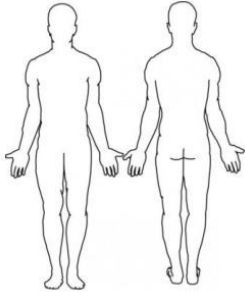
Dra. Frieda Saicla Barros, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Cristhiane Goncalves, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Denilsen Carvalho Gomes, Doutorado - Escola de Saúde Pública - Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 17/12/2025.

IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	SEXO: ☐ FEMININO
☐ MASCULINO	
DATA DE NASCIMENTO:	ESCOLARIDADE: ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU
RELIGIÃO:	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
DATA DO INTERNAMENTO:	
DATA DA ALTA HOSPITALAR:	
DADOS GERAIS	
Cidade onde reside:	Bairro:
Estado Civil: ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Solteiro ☐ Outros	
Número de filhos:	Renda Familiar:
Tipo de moradia: ☐ Casa/ Apartamento ☐ Albergue ☐ Abrigo ☐ ILPI	
Perfil da moradia: ☐ térrea ☐ sobrado ☐ muitas escadas ☐ apartamento ☐ apartamento com elevador	
Pessoas residentes no domicílio: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Sozinho ☐ Outros	
Responsável pelo paciente:	Idade:
Grau de parentesco: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Irmão ☐ Sobrinho ☐ ILP	
Telefone para contato:	
GESTÃO DA ALTA	
Após a internação o paciente mudará de residência: ☐ Sozinho ☐ Filhos ☐ ILP ☐ Outros	
Responsável pelo cuidado do paciente em casa:	Idade:
Grau de parentesco: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Irmão ☐ Sobrinho ☐ Outros	
Telefone para contato: ** se sozinho referencia	
O paciente possui vínculo com a Unidade Básica de Saúde: ☐ Sim ☐ Não Qual:	
O paciente precisará de Transporte no dia da alta: ☐ Sim ☐ Não	
Transporte Sanitário Municipal: ☐ ambulância ☐ carro baixo ☐ outro	
Nome e contato do familiar / cuidador que acompanhará a alta:	
Documentos entregues no dia da alta:	
☐ Resumo de Alta ☐ Receituário ☐ Fornecimento de Laudos e Resultados	
☐ Referência – contra-referência para UBS ☐ Encaminhamento para Especialidade, qual:	
☐ Agendamento para retorno no ambulatório, qual:	
PANORAMA PARA O CUIDADO EM DOMICÍLIO	
Avaliação Neurológica / Avaliação Cognitiva	
Nível de Consciência ☐ alerta ☐ confuso ☐ sonolento ☐ torporoso ☐ comatoso	
Reflexo Pupilar: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ____ > ____ ☐ miose ☐ midríase	
Tônus Muscular: ☐ normal ☐ atonia ☐ hipotonia ☐ espasticidade ☐ rigidez ☐ paratonia	
Sensibilidade: ☐ dor ☐ térmica ☐ tato	
(1) Responde corretamente (2) Responde em parte (3) Não sabe	
Orientação: ☐ Local onde se encontra ☐ Endereço	
Memória: ☐ Dia de hoje (☐ Dia da semana ☐ Idade ☐ Data de nascimento)	
Informações sobre fatos cotidianos: ☐ Nome do presidente do Brasil ☐ Nome do prefeito da sua cidade	
Capacidade de cálculo: ☐ Contar de três em três ☐ Realizar cálculo simples	
Avaliação Respiratória	
Oxigenoterapia:	
☐ Catéter Nasal ____ l/min ☐ máscara de oxigênio com reservatório ____ l/min	
☐ CPAP ____ l/min ☐ Bipap ____ l/min ☐ Ventilador mecânico	
Data da instalação do concentrador de oxigênio na residência:	
Traqueostomia:	
Data do procedimento:	Provável data da retirada:
Avaliação Cardiovascular	
☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso	
☐ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ marcapasso interno	

PANORAMA PARA O CUIDADO EM DOMICÍLIO	
Avaliação Cardiovascular (continuação)	
Perfusão Periférica: ☐ preservada ☐ diminuída qual:	
Avaliação Gastrointestinal / Geniturinária	
Cavidade Oral: dentes ☐ superior ☐ inferior salivação ☐ excessiva ☐ ausente	
prótese ☐ superior ☐ inferior ☐ lesões onde:	
Alimentação / Nutrição	
Ingesta Hídrica: ☐ Normal ☐ Reduzida ☐ Via oral ☐ Via SNG ☐ Via SNE ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia	
Restrição Hídrica: ☐ sim ☐ não	
Alimentação: ☐ via oral ☐ via SNG ☐ via SNE ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia	
Data do procedimento:	
Estado Nutricional ☐ Normal ☐ Obeso ☐ Emagrecido ☐ Caquético	
Intolerância Alimentar: ☐ sim ☐ não Qual:	
Dificuldade para Deglutir: ☐ sim ☐ não	
Eliminações:	
Intestinais: ☐ sim ☐ não Constipação intestinal ☐ sim ☐ não	
Uso de dispositivos: ☐ ileostomia ☐ colostomia Data do procedimento:	
Urínarias: ☐ espontânea ☐ incontinência ☐ fralda ☐ SVA ____/dia ☐ SVD nº ____ ☐ urostomia	
☐ nefrostomia ☐ cistostomia Data do procedimento:	
Distúrbios Miccionais: ☐ Polaciúria ☐ Poliúria ☐ Nictúria ☐ Anúria ☐ Disúria	
Diálise: ☐ hemodiálise ☐ diálise peritoneal	
Avaliação Musculoesquelética	
Membros superiores : ☐ força muscular preservada ☐ força muscular diminuída ☐ direito ☐ esquerdo ☐ bilateral	
☐ órtese ☐ prótese ☐ direto ☐ esquerdo ☐ bilateral tipo:	
Membros inferiores : ☐ força muscular preservada ☐ força muscular diminuída ☐ direito ☐ esquerdo ☐ bilateral	
☐ órtese ☐ prótese ☐ direto ☐ esquerdo ☐ bilateral tipo:	
Apoios	
Avaliação Tegumentar	
Coloração: ☐ Palidez, se localizada, onde:	
☐ Vermelhidão (eritose), se localizada, onde:	
☐ Cianose, se localizada, onde:	
☐ Icterícia, se localizada, onde:	
Umidade: ☐ Normal ☐ Seca ☐ Aumentada	
Textura: ☐ Normal ☐ Lisa ou fina ☐ Áspera	
Espessura: ☐ Normal ☐ Atrófica (translúcida) ☐ Hipertrófica (exposição exagerada ao sol)	
Temperatura: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída	
Elasticidade: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída	
Sensibilidade: ☐ Dolorosa ☐ Tátil ☐ Térmica	
Curativos / Lesões de pele	
Circule a localização anatômica da lesão ou curativo e identifique D (direito) e E (esquerdo).	
	☐ Curativo ☐ Lesão de Pele
	Localização Anatômica:
	Tamanho da lesão:
	Tipo de tecido: Cor:
	Presença de ☐ túnel ☐ cavidade ☐ odor ☐ exudato , aspecto:
	Bordas da ferida:
	Condição de pele ao redor:
	Tipo de cobertura utilizada:
Descrições /Observações:	

