PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM E TRANSIÇÃO HOSPITAL/DOMICÍLIO DO PACIENTE: uma revisão sistemática

Fábio Henrique Fialho[1]

Lígia Hevellyn Rocha Lacerda[2]

Thamilly Ruas Figueirêdo Borborema[3]

Flávia Rodrigues Pereira[4]

RESUMO

O planejamento de alta hospitalar de enfermagem consiste na identificação das necessidades do paciente, e na educação e/ou orientação de todos os envolvidos no cuidado, paciente e familiar com intuito de continuidade da assistência com qualidade no domicílio. Tal pesquisa objetivou conhecer os planejamentos de altas hospitalares implementados pelos profissionais enfermeiros e seus impactos na transição hospital/domicílio dos pacientes envolvidos. O percurso metodológico se deu a partir de uma revisão sistemática da literatura, com busca no portal de periódicos CAPES por publicação no período de 2003 a 2017, com os descritores: planejamento de alta hospitalar e enfermagem; perfazendo 36 publicações após leitura de título e resumo, no entanto a amostra final se compôs de 18 artigos que se caracterizaram como pesquisas primárias. Os resultados mostraram que as publicações se concentraram nos anos de 2011, 2014 e 2016; predominância de publicações na Revista Brasileira de Enfermagem (22,2%) e 33,3% destes se tratam de estudo exploratório descritivo. Os textos originaram 16 eixos temáticos, sendo os principais: continuidade da assistência em domicílio de forma segura; inserção do paciente e familiares/cuidadores no planejamento do cuidado; planejamento de alta hospitalar enquanto estratégia de ação educativa. Conclui-se que o planejamento de alta é de grande importância na transição hospital/domicílio, no entanto, ainda não se trata de uma atividade totalmente implementada de forma sistematizada pelo profissional enfermeiro, e com isso os pacientes estão deixando os hospitais inseguros e sem informações suficientes para continuidade do cuidado em domicílio.

Palavras-chave: Enfermagem. Planejamento de Alta Hospitalar. Processo de Enfermagem.

[1]Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce.
E-mail: fabio.enf@outlook.com

[2] Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do Programa Universidade para Todos (PROUNI).
E-mail: ligiahevellynrl@gmail.com

[3] Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce.
E-mail: thamillyborborema@hotmail.com

[4] Orientadora professora mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce.
E-mail: flamacrola@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

O cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta depende de uma importante ferramenta: o planejamento de alta, que trata da transição do paciente para o domicílio; exigindo uma elaboração multidisciplinar, valorizando a participação da família e com objetivo de assegurar a continuidade e a qualidade do cuidado no domicílio, evitando assim as reinternações (DELATORRE et al., 2013; POMPEO et al., 2007).

Apesar do planejamento de alta hospitalar ser uma responsabilidade interdisciplinar, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e, na coordenação do processo de transição hospital/domicílio. Este profissional deve avaliar as habilidades do paciente para o autocuidado e também o interesse e as condições dos familiares, quando necessário, pois o enfermeiro durante sua formação é instrumentalizado para realizar ações de educação em saúde e prescrições de cuidados que comporão o planejamento de alta hospitalar (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011; DELATORRE et al., 2013).

A orientação da alta hospitalar, geralmente é realizada no momento da saída do paciente do hospital, momento em que são passadas muitas informações ao mesmo tempo, não sendo desenvolvida durante o período de internação, e habitualmente não realizada por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros. Frequentemente, essas informações são realizadas de forma mecânica e apressada não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. No entanto, tal situação contrapõe a literatura acerca do planejamento de alta hospitalar, uma vez que ele deverá ser iniciado desde a admissão do paciente e desenvolvido no decorrer de sua internação (POMPEO et al., 2007).

Assim, o planejamento de alta deve embasar-se na investigação realizada durante a coleta de dados, por ocasião da internação; que incluem as limitações do paciente, da família ou da pessoa de apoio e do ambiente. Os recursos existentes devem ser investigados, pois todos esses dados compõem a

implementação e a coordenação do plano de cuidados. Esse processo é essencial para a troca de informações entre pacientes, cuidadores e pessoas responsáveis pelo atendimento. Uma vez que, o planejamento de alta, feito de forma inadequada e o não seguimento das orientações dadas, são apontados como fatores de re-hospitalização, o que demonstra a sua importância em relação à qualidade de vida dos pacientes (ANDRIETTA; MOREIRA; BARROS, 2011).

Para assegurar a implementação eficaz do planejamento de alta hospitalar, pode ser utilizado um roteiro sistematizado, constituído de atividades de ensino e avaliação do entendimento do paciente para uma vida independente. No entanto, tal procedimento não deve ser feito de forma aleatória, requer um seguimento ou embasamento teórico (POMPEO et al., 2007; NEVES, 2006).

Nesse contexto, tal planejamento pode se dar por meio do Processo de Enfermagem (PE), de forma sistematizada (Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE) constituindo-se como um instrumento utilizado para orientar as ações de cuidado, e auxiliar o enfermeiro na percepção dos problemas de saúde dos indivíduos, planejando e implementando suas ações e avaliando os resultados (BENEDET et al., 2016).

Segundo a resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem:

> O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, art. 1, p. 1).

Ele se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009; FERREIRA et al., 2016).

Considerando a grande importância do planejamento de alta hospitalar feito pelo profissional enfermeiro, articulado à equipe interdisciplinar e no contexto de transição hospitalar/domiciliar, de forma sistematizada e baseado em evidências, é que tal estudo se justifica.

Para tanto, pretende-se com ele, conhecer os relatos acerca dos planejamentos de altas hospitalares

implementados pelos profissionais enfermeiros, na transição hospital/domicílio, a partir da identificação nas publicações dos últimos 15 anos que tratam dessa temática envolvendo o enfermeiro, e pelas descrições dos resultados encontrados e impactos gerados para os pacientes em domicílio.

2 METODOLOGIA

A pesquisa realizada pautou-se em uma revisão sistemática de literatura, que consiste em:

> Um método de síntese de evidências que avalia criticamente e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse (BRASIL, 2012, p. 11).

Ainda sobre a revisão sistemática, preconiza-se que ela deva sintetizar as pesquisas relacionadas a uma questão específica, buscando reunir todos os resultados possíveis acerca do tema, analisá-los por meio de critérios de inclusão e exclusão e avaliar metodicamente os resultados encontrados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). Por terem estudos primários como fonte de dados, as revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Seguindo as etapas de uma revisão sistemática, foi delimitada a questão norteadora a ser pesquisada: “o profissional enfermeiro realiza planejamento de alta hospitalar?”. Para responder tal questão, foi realizada a busca de literatura por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) utilizando os descritores: planejamento de alta hospitalar e enfermagem.

Foram gerados 257 artigos, dos quais 36 foram selecionados a partir da leitura do título e resumo e que, de fato, atenderam aos critérios de inclusão, sendo: publicações em português, compreendendo o período de 2003 a 2017; com disponibilização de arquivos na íntegra e de forma gratuita; abordando o planejamento de alta realizado pelo profissional enfermeiro e com classificação *Qualis* de A1, A2, B1, B2, B3 e B4.

Após a leitura dos 36 artigos selecionados e a partir de uma análise crítica, foram descartados todos os artigos de revisão, por não se configurarem em fontes primárias, permanecendo 18 artigos como amostra final da pesquisa, detalhados

em categorias a partir de dados que compuseram os resultados, a saber: data de publicação, qualidade dos periódicos publicados, tipo de estudo, aspectos metodológicos, principais resultados e conclusões (MUÑOZ et al., 2002).

Para descrever os achados referentes aos dados analisados, foi realizada uma análise estatística descritiva por meio de cálculos de frequência simples. Já em caráter secundário, os artigos foram analisados de forma temática e por conteúdo, por meio de leitura e releitura dos resultados de cada estudo (BARDIN, 1977), na busca de aspectos relevantes que se repetiram ou se destacaram em relação ao planejamento de alta pelo enfermeiro e o impacto na transição hospital/domicílio para o paciente e seus desdobramentos.

3 RESULTADOS

Ao refinar a busca para os trabalhos publicados durante o período de 2003 a 2017, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, 18 publicações totalizaram a amostra para este estudo, não sendo encontradas publicações nos anos de 2003, 2004, 2006, 2009 e 2017.

Nos anos de 2011, 2014 e 2016, concentraram-se as publicações com total de 3 (16,6%) em cada ano, seguidos dos anos de 2005 e 2008 com 11,1% cada (Tabela 1). A média de publicações no período estudado é de 1,2 por ano.

Tabela 1 – Distribuição das publicações por ano de publicação no período de 2003 a 2017

Ano	Artigo	
	N	%
2005	2	11,1
2007	1	5,6
2008	2	11,1
2010	1	5,6
2011	3	16,6
2012	1	5,6
2013	1	5,6
2014	3	16,6
2015	1	5,6
2016	3	16,6
Total:	18	100

Fonte: Amostra de artigos deste estudo.

Houve predominância de publicações na Revista Brasileira de Enfermagem, representando 22,2%, seguido das Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem e Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental; que representaram 16,6% cada. Quanto a qualificação dos periódicos identificados, predominou-se o *Qualis* A2 com 44,4% das publicações, seguido do B1 com 33,3% (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das publicações, segundo periódicos e qualificação

Periódicos	Frequência	%
Revista Brasileira de Enfermagem (A2)	4	22,2
Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem (B1)	3	16,6
Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental (B2)	3	16,6
Acta Paulista de Enfermagem (A2)	2	11
Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (B4)	1	5,6
Revista da Escola de Enfermagem da USP (A2)	1	5,6
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (B1)	1	5,6
Revista Eletrônica de Enfermagem (B1)	1	5,6
Revista Gaúcha de Enfermagem (B1)	1	5,6
Texto e Contexto – Enfermagem (A2)	1	5,6
Total:	18	100

Fonte: Amostra de artigos deste estudo.

A Tabela 3 apresenta a frequência do tipo de estudo das publicações na área que compuseram a amostra para este artigo. Os estudos exploratórios descritivos aparecem em maior frequência, representando 33,3%, seguidos das pesquisas qualitativas com 22,2% e do estudo descritivo com 16,6%.

Tabela 3 – Distribuição da frequência das pesquisas quanto ao tipo de estudo descrito em cada publicação

Tipo de Estudo	Frequência	%
Exploratório descritivo	6	33,3
Pesquisa qualitativa	4	22,2
Descritivo	3	16,6
Descritivo Transversal	2	11,1
Estudo de casos múltiplos	1	5,6
Estudo Transversal	1	5,6
Projeto de Intervenção Educativa	1	5,6
Total:	18	100

Fonte: Amostra de artigos deste estudo.

Ao analisar as publicações selecionadas quanto as suas contribuições na avaliação da relação do planejamento de alta pelo enfermeiro e seu impacto para o paciente na transição hospital/domicílio, foram definidos 16 eixos referentes aos principais assuntos abordados e sua respectiva frequência na amostra (Tabela 4).

Vale ressaltar que 27,8% das publicações não se aplicam no eixo "Incentivo ao autocuidado", pois os estudos foram realizados por meio da aplicação do planejamento de alta em unidades de terapia intensiva neonatal e clínicas pediátricas.

Tabela 4 – Distribuição dos eixos temáticos categorizados como resultados encontrados em cada uma das 18 publicações estudadas

Eixos temáticos	Artigos	%
1. Continuidade do cuidado em domicílio de forma segura.	16	88,9
2. Inserção do paciente e familiares/cuidadores no planejamento do cuidado.	14	77,8
3. Planejamento de alta hospitalar enquanto estratégia de ação educativa.	14	77,8
4. Excesso de orientações informais no momento da alta.	13	72,2
5. Início do planejamento de alta na admissão do paciente.	13	72,2
6. Elaboração do planejamento de alta por meio do processo de enfermagem.	12	66,7
7. Incentivo ao autocuidado.	12	66,7
8. O enfermeiro é o profissional mais indicado para a coordenação e elaboração do planejamento de alta.	11	61,1
9. Necessidade de implantação do planejamento nos hospitais.	10	55,6
10. O momento da alta envolve ansiedade e muitas dúvidas.	10	55,6
11. Diminuição de reinternação.	9	50
12. O planejamento de alta deve ter envolvimento e colaboração multidisciplinar.	9	50
13. Uso de método para avaliação da compreensão dos pacientes e familiares/cuidadores quanto às orientações recebidas.	8	44,4
14. Referenciamento do paciente à Atenção Primária a Saúde.	5	27,8
15. Desenvolvimento da competência durante a graduação e educação continuada.	3	16,7
16. Incluir cuidados voltados ao familiar/cuidador.	2	11,1

Fonte: Amostra de artigos deste estudo.

4 DISCUSSÃO

A qualidade das revistas foi identificada a partir do sistema *Qualis*-Periódicos, que classifica os periódicos em A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C, sendo A1 a classificação mais elevada e C equivalente a peso zero (BRASIL, 2014).

De acordo com a Tabela 2, foi encontrado um percentual de 44,4% de revistas A2, seguidas de outras também qualificadas, o que sugere que os resultados apresentados nas publicações estudadas são reconhecidamente como dados de relevância científica, podendo ser considerados como evidências e aplicáveis às situações de planejamento de alta hospitalar pelo enfermeiro na transição hospital/domicílio em outras unidades hospitalares e consideradas até mesmo as experiências negativas citadas, para que não ocorram.

É válido ressaltar que os estudos se concentraram nas regiões Sudeste (61,1%) e Sul (33,3%), contendo apenas 5,6% na região Nordeste. Essa situação se assemelha ao que é observado no Brasil: uma heterogeneidade no espaço onde são realizadas as pesquisas científicas, em que o Sudeste se destaca como uma região de alta concentração para tais publicações, destacando as capitais dos estados. Tal resultado pode estar ligado diretamente com a concentração de campos universitários, tanto estaduais quanto federais, para a elevação das taxas de publicação, diante da aglomeração de universidades na região Sudeste (SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016).

Os autores das publicações são pós-doutores, doutores, mestres e graduados ligados as instituições acadêmicas e discentes de enfermagem, profissionais estes que estão inseridos no meio acadêmico e de pesquisa. Em contrapartida, não estão nesse escopo de publicações, profissionais somente inseridos nos serviços de saúde.

Assim, segundo Rocha et al. (2012), a integração entre universidade e serviços de saúde favorece a atualização e o acesso às inovações científicas e portanto, os profissionais que estão trabalhando na assistência ao paciente devem ser inseridos na pesquisa com a estimulação do desenvolvimento de estudos nos serviços de saúde, com envolvimento dos profissionais que atuam nesses locais, a fim de ampliar o conhecimento e promover aproximações entre assistência, ensino e pesquisa.

De forma mais consubstanciada, os eixos temáticos encontrados nos resultados das publicações, de acordo com a tabela 4, trataram tanto de situações positivas,

quanto de negativas quando relacionados ao planejamento de alta hospitalar envolvendo o profissional enfermeiro em setores diversos como: Internação Clínica e Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Maternidade e Pediatria. Tal fato foi devidamente observado, já que se tratam de elementos que devam interferir, de forma evidente, no comportamento dos profissionais na prática clínica (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Em relação á estruturação do planejamento de alta, segundo Pagliarini e Perroca (2008), o uso de um instrumento, pautado no Processo de Enfermagem (PE), permite uma maior abrangência, profundidade e detalhamento das orientações a serem passadas aos pacientes. Mas para isso sugerem a reformulação do processo de planejamento de alta, visto que o atual modelo, caracterizado por informações verbais incompletas, rápidas e informais somente no momento da alta, seguido em diversas instituições, não é eficaz.

Tal situação apresentada acima pode ser ilustrada por Miasso e Cassiani (2005), que em seus estudos levantaram que a maioria dos enfermeiros (65,8%) forneceu somente informações contidas na receita médica, não acrescentaram outras orientações, não se configurando como uma intervenção de enfermagem seguindo o PE.

Intervenção essa, que deve se iniciar a partir da observação da realidade, identificação das necessidades e por fim o planejamento de forma sistemática das ações a serem orientadas e reavaliadas, se necessário, pelo profissional enfermeiro (COSTA; CASTRO, 2014). Entretanto, apesar de reconhecerem sua função dentro do processo de planejamento de alta, foi identificado por Pagliarini e Perroca (2008) e Pompeo et al. (2007), que o mesmo não é implementado na prática profissional do enfermeiro.

Dentro do contexto das orientações constituídas no planejamento de alta, o caráter educativo foi amplamente proposto nas publicações estudadas, e sobre elas repercutem tanto para o paciente em transição hospital/domicílio, quanto para seus cuidadores, que o ajudam nessa transição.

Cesar e Santos (2005), demonstram a presença de um caráter informal de educação nos serviços e é refletido pela ausência de um processo

educativo no preparo para os cuidados em domicílio, de tal forma que desperte no indivíduo a busca de práticas de saúde, uma vez que a:

> Educação é a ferramenta básica para a obtenção do saber e deve estar coerente com o contexto cultural e social do indivíduo (p. 649).

No entanto, alguns processos de aprendizado foram citados, como os cuidadores que relataram sobre a troca de experiências com outros cuidadores, bem como de obtenção de informações sobre a doença e cuidados com os profissionais de saúde, por meio de orientações e demonstrações dos procedimentos (CESAR; SANTOS, 2005).

O enfermeiro tem a responsabilidade ética no processo de ensino ao paciente e deve determinar com cuidado o que ele precisa saber e assim identificar o momento mais adequado para o processo de aprendizagem, se atentando a intervenções que assegurem a continuidade do autocuidado (POMPEO et al., 2007).

Portanto, Cesar e Santos (2005) demonstraram que o paciente iniciou o desenvolvimento de estratégias para a sua própria recuperação após o contato direto com o profissional enfermeiro. Para eles:

> O processo educativo baseado na ênfase no poder e na autonomia prevê que o sujeito da ação em saúde é o próprio indivíduo, tornando o autônomo para suas decisões de saúde a partir do momento em que esse tem o poder de decisão de sua escolha (p. 649).

Assim, as informações precisam ser ampliadas ao ponto de promoverem participação ativa do paciente na reabilitação da sua saúde (MIASSO; CASSIANI, 2005); e alcancem também o familiar/cuidador no intuito de ser preparado para incentivar o paciente ao autocuidado e para tanto, ele necessita de ensino, apoio e auxílio para o aprendizado e desenvolvimento dessa autonomia no processo de cuidar (CESAR; SANTOS, 2005; COSTA; CASTRO, 2014).

Observou-se que os familiares/cuidadores não têm sido orientados suficientemente quanto aos cuidados com o paciente, ou seja, não têm participado ativamente do processo de planejamento de alta. O que justifica a necessidade do apoio dos profissionais na preparação desses familiares, visto que eles têm assumido cada vez mais a

responsabilidade da continuidade do cuidado em domicílio, após a alta hospitalar (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Uma família bem orientada a respeito do processo saúde-doença se torna uma aliada na recuperação do paciente, por isso ela precisa ser preparada para o cuidado no domicílio, pois:

> Existe a necessidade de conceber a família como um sujeito coletivo, traçando estratégias que considerem a estrutura e as relações destes indivíduos (PAIVA; VALADARES, 2013, p. 253).

Por isso, as orientações se tornam indispensáveis para todos os envolvidos no cuidado, para que participem do processo de recuperação do paciente em domicílio (POMPEO et al., 2007).

Miasso e Cassiani (2005) evidenciaram que as dificuldades de aprendizagem podem estar relacionadas ao local inapropriado (ruídos, temperatura, iluminação e privacidade) para realização das orientações. Levantaram que a maioria das orientações aconteciam próximas aos postos de enfermagem e em alguns casos, haviam interrupção por outros profissionais, o que pode ter ocasionado perda de informações importantes e a diminuição da liberdade para esclarecimento de dúvidas.

Pompeo et al. (2007) evidenciaram a importância do uso de intervenções que assegurem a continuidade do cuidado em domicílio, e corroboraram com Miasso e Cassiani (2005) que deve-se assegurar um local propício para a troca de informações enfermeiro/paciente, a fim de que seja garantido ao paciente que ele tenha completa compreensão das informações passadas e que caso haja dúvidas, elas sejam sanadas.

Para os profissionais de enfermagem que participaram do estudo de Nietsche et al. (2012), o ideal seria que as informações fossem também feitas por escrito, assim como sugerem Miasso e Cassiani (2005), pois, as informações verbais e escritas são complementares. Afirmam que, somente a verbal é insuficiente, e a escrita é uma maneira efetiva de apoiar as orientações verbais fornecidas.

Dessa forma, o enfermeiro deve confirmar se o paciente compreendeu as informações passadas e pedir que o paciente repita as orientações, esse processo possibilita a verificação da compreensão do paciente e se ainda

existem dúvidas (MIASSO; CASSIANI, 2005; POMPEO et al., 2007). O método citado acima favorece a criação de vínculo, o que facilita comunicação e um atendimento humanizado (RIGON et al., 2014).

Já Silva e Ramos (2011) ressaltam a importância da comunicação também entre os níveis de atenção para assegurar a continuidade do cuidado, pois o indivíduo precisa ser devidamente mantido na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio dos processos de referência e contrarreferência, garantindo assim atenção integral à saúde. No entanto, os autores ainda trazem um fator limitante para essa prática, que é a desarticulação dos prontuários eletrônicos existentes na atenção terciária e na primária, o que desfavorece comunicação necessária para efetivação da continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Assim, seja qual for a situação, o cuidado fragmentado reflete de forma direta na qualidade da assistência prestada, podendo resultar em reinternação (SILVA; RAMOS, 2011). E a continuidade da assistência no domicílio sofre também, influência das demais especialidades oferecidas nos serviços da rede de saúde (NIETSCHE et al., 2012).

Por isso, o processo de preparação do paciente e da família para a alta hospitalar quando ocorre de forma inadequada, pode ocasionar e contribuir para a reinternação do paciente por motivos que poderiam ter sido evitados. E, apesar dos profissionais de enfermagem terem conhecimento da importância de tais orientações, as mesmas se encontram reduzidas, afirmam os autores Pagliarini e Perroca (2008).

Diante do exposto, Nietsche et al. (2012), pontuam que as orientações devem se iniciar desde a admissão hospitalar do paciente, se dando de forma gradual e contínua durante toda internação. Pompeo et al. (2007), reafirmam que as orientações não devem ser realizadas somente no dia da alta, pois o paciente e/ou familiar/cuidador pode apresentar falta de concentração devido á alguns sentimentos como ansiedade.

Por fim, observou-se que pacientes e familiares/cuidadores retornam ao domicílio com dúvidas. Elas podem ser principalmente, sobre: o uso de medicações, cuidados com a saúde e independência em domicílio. Orientações essas que deveriam ter

sido dadas durante a internação e que comprometem a continuidade do cuidado (RIGON et al., 2014; POMPEO et al., 2007).

Essas dúvidas podem fazer com que o paciente e/ou responsável pelos cuidados, busque informações para ter como auxílio, por meio de recursos fora das instituições de saúde, como redes sociais (CESAR; SANTOS, 2005), causando equívocos de cuidados domiciliares.

5 CONCLUSÃO

As publicações analisadas apontam que os pacientes estão deixando as instituições hospitalares inseguros e sem informações suficientes para continuidade do cuidado em domicílio. Fato que pode ser atribuído, dentre outros ao momento da alta se resumindo à entrega de receita médica e com orientações informais e verbais.

Assim, revela uma assistência, não sistematizada que deveria ser iniciada pelo processo de enfermagem já na admissão hospitalar, e finalizada com o planejamento para a continuidade do cuidado ao paciente em seu domicílio após a alta.

Percebeu-se que a implementação do planejamento de alta hospitalar pelo profissional enfermeiro pode melhorar a assistência e garantir uma atuação mais ativa e humanizada, sendo essencial para um cuidado de enfermagem efetivo. No entanto, não se trata de uma realidade totalmente incorporada com o comprometimento do enfermeiro, em relação a essa atividade, e não acontece de forma padronizada em todos os serviços hospitalares de saúde.

Assim sendo, faz-se necessária uma reflexão sobre o ensino desenvolvido na formação do enfermeiro e sobre o preparo do paciente para a reabilitação no seu domicílio, e sobretudo, a necessidade de sistematizar o trabalho da equipe de saúde, o que implica em mudanças de atitudes dos profissionais.

Tal estratégia pode ser ancorada na oferta de uma adequada educação em saúde, ao paciente e seu familiar/cuidador, desde o momento da admissão até a sua saída da instituição, de forma sistematizada. Esse período, deve ser visto como uma oportunidade para o enfermeiro em assumir o processo do cuidado direto e indireto ao paciente.

Ressalta-se a importância de um aprofundamento nos modos de como formular um planejamento de alta, visando a sua aplicação e a análise das suas repercussões; validando o conhecimento adquirido pelo paciente e o apoio de sua família/cuidador, se estendendo para elaboração de materiais educativos; além de outros aspectos que podem ser desenvolvidos sob investigação científica, para que as evidências sejam incorporadas à prática de enfermagem; no cuidado dos pacientes intra e extra hospitalar.

Vale destacar, que não basta apenas a formulação de um plano de cuidados, pois, deve haver avaliação constante, reformulação e adaptação às necessidades do sujeito desse plano. A orientação aos pacientes com déficits de autocuidado deve ser contínua, e os profissionais envolvidos com a educação em saúde deve sempre buscar novas alternativas que facilitem o aprendizado.

Enfim, ainda que não seja uma realidade institucional padronizada, apontada pelas publicações elencadas, identificou-se a importância da implantação do planejamento de alta, dentro de uma perspectiva importante do trabalho realizado pelo profissional enfermeiro com princípio científico e de forma sistematizada.

Tal planejamento repercutirá na adesão aos regimes terapêuticos propostos, na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, no pós alta e na relação com a atenção primária em saúde, diminuindo assim, as reinternações preveníveis.

Sugere-se que pautadas nessas evidências, novas pesquisas primárias sejam realizadas a nível local, a fim de que sejam demonstrados os benefícios de um planejamento de alta hospitalar articulado pelo profissional enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar, capazes de interferir diretamente na transição hospital/domicílio e garantindo continuidade do cuidado de forma segura e eficaz.

HOSPITAL DISCHARGE FROM NURSING AND TRANSITION HOSPITAL/ PATIENT HOUSEHOLD: a systematic review

ABSTRACT

Nursing discharge planning consists of identifying the needs of the patient, and the education and/or orientation of all those involved in care, patient and family, with the purpose of continuity of care with quality in the home. This research aimed to know the hospital discharge plans implemented by the nursing professionals and their impact on the hospital/home transition of the patients involved. The methodological course was based on a systematic review of literature, with a search in the CAPES journals portal for publication from 2003 to 2017 with the descriptors: hospital discharge planning and nursing; making 36 publications after reading the title and abstract, however, the final sample was composed of 18 articles that were characterized as primary research. The results showed that the publications were focused on the years 2011, 2014 and 2016; a predominance of publications in the Brazilian Journal of Nursing (22.2%) and 33.3% of these are a descriptive exploratory study. The texts originated sixteen thematic axes, being the main ones: continuity of assistance at home in a safe manner; insertion of the patient and family/caretakers in the care planning; planning of hospital discharge as an educational action strategy. It was concluded that the discharge planning is of great importance in the hospital/home transition, however, it is still not a fully implemented activity in a systematized manner by the nurse practitioner, and with that the patients are leaving the hospital insecure and without sufficient information for care continuity at home.

Keywords: Nursing. Hospital Discharge Planning. Nursing Process.

REFERÊNCIAS

ANDRIETTA, Maria Paula; MOREIRA, Rita Simone Lopes; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(6):[08 telas] nov.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421966023.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. e ampl. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENEDET, Silvana Alves et al. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Online de Pesquisa** - 2016. jul./set. 8(3): 4780-4788. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf_1>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classificação da Produção Intelectual**. Brasília: Fundação CAPES, 2014. Disponível: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>. Acesso: 09 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas : elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf > Acesso em: 04 jun. 2018

CESAR, Alesssandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. bras. enferm**. vol.58. nº 6 - Brasília Nov./Dec. 2005. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019624004.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2009.

COSTA, Sibely Rabaça Dias da; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev Bras Enferm**. 2014 nov-dez; 67(6):979-86. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267032876017/> Acesso em: 15 abr. 2018.

DELATORRE, Patrocinia Gonçalves et al. Planejamento para a Alta Hospitalar como Estratégia de Cuidado de Enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, 7(esp):7151-9, dez., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12387/15148>. Acesso em: 30 out. 2017.

FERREIRA, Anali Martegani et al. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Revista Brasileira de Enfermagem - Reben** [Internet]. 2016 mar-abr;69(2):307-15. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267045808014.pdf >. Acesso em: 16 out. 2017.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 maio-junho; 12(3):549-56. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14 > Acesso em: 13 mai. 2018.

GALVÃO, Thaís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(1):183-184, jan-mar 2014. Disponível em: < http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf > Acesso em: 13 mai. 2018.

MUÑOZ, Susana Inés Segura et al. Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde. In: **Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**; 2-3 maio 2002; Ribeirão Preto, Brasil. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a074.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

MIASSO, Adriana Inocenti; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39(2):136-44. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033281003.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 59, núm. 4, agosto, 2006, pp. 556-559. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019620016 > Acesso em: 18 out 2017.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al . Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 809-816, dez. 2012 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728365024.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PAGLIARINI, Fernanda Collinetti; PERROCA, Marcia Galan. Uso de instrumento de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. **Acta paul. enferm**. vol.21 no.3 São Paulo 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023827002.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PAIVA, Raquel Silva de; VALADARES, Glaucia Valente. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Esc. Anna Nery** vol.17 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367007.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

POMPEO, Daniele Alcalá et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm** 2007; 20(3): 345-50. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026614017.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

RIGON, Eluani; et al. Plano de alta como estratégia para comunicação efetiva na internação hospitalar. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. V.7,n.1,pp.30-34 (Jun - Ago 2014). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_103331.pdf >. Acesso em: 15 abr. 2018.

ROCHA, Elyrose Sousa Brito et al. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Latino-Am**. Enfermagem mar.-abr. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281422733024.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.

SAMPAIO, RF; MANCINI, MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf > Acesso em: 16 jun. 2018

SIDONE, Otávio José Guerci; HADDAD, Eduardo Amaral; MENA-CHALCO, Jesús Pascual. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **TransInformação**, Campinas, 28(1):15-31, jan./abr., 2016. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/transinfo/article/view/2415/2225>. Acesso em: 13 jun. 2018.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros

acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto contexto – enferm**., Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 247-254, June 2011 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71419104005.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SUZUKI, Vanessa Ferraz; CARMONA, Elenice Valentim; LIMA, Maria Helena Melo. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(2):527-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a31>. Acesso em: 16 out. 2017.