

Concepções sobre o Processo de Alta Hospitalar: Uma Revisão Crítica

Conceptions on Patient Discharge Process: A Critical Review

Concepciones alta del paciente: una revisión crítica

Renata Laureano da Silva ¹
Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro ²
Cristina Camelo de Azevedo ²

RESUMO: Objetivamos discutir as concepções acerca do processo de alta hospitalar, a partir de uma revisão crítica da literatura científica em diálogo com a experiência vivenciada pelas autoras, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso de um Estado da região Nordeste do Brasil. A busca das produções científicas foi realizada em bases de dados (SciELO; Bireme e PubMed), utilizando os descritores alta hospitalar e alta do paciente, separadamente. Foram encontrados um total de cinquenta e quatro produções, no entanto, vinte artigos nortearam a proposta deste trabalho. Para análise do material, fizemos uma leitura seletiva a qual categorizou e relacionou as produções norteada ao objetivo. Notamos predominância de pesquisas nas áreas de Enfermagem e Medicina, que estão publicadas em revistas das áreas correspondentes, durante o período de 2010 a 2013. Esses estudos, em sua maioria, caracterizam-se como epidemiológicos e descritivos, com utilização de escalas e foram realizados predominantemente no Estado de São Paulo. Identificamos que as mudanças na concepção de alta hospitalar produzem efeitos na maneira de desenvolver as práticas. Ao refletir sobre a literatura científica e nossas práticas, compreendemos a alta como um processo e não apenas, como a saída do paciente do hospital. Por fim, demarcamos que operar com um ou outro conceito, não é apenas uma questão teórica, e sim, o reflexo do modo como nossos saberes produzem formas de intervenção na realidade e de relação com os sujeitos.

Palavras-chave: alta do paciente, literatura de revisão, saúde do adulto, saúde do idoso.

ABSTRACT: We aim to discuss the conceptions about the hospital discharge process, based on a critical review of the scientific literature in dialogue with the experience lived by the authors, in the Program of Multiprofessional Residency in Adult Health and the Elderly of a State in the Northeast region of Brazil. The research for the scientific productions was carried out in databases (SciELO; Bireme and PubMed), using the descriptors discharge hospital and discharge of the patient,

¹ Centro Universitário Tiradentes de Alagoas

² Universidade Federal de Alagoas

separately. A total of fifty four productions were found, however, twenty articles guided the proposal of this work. For the analysis of the material, we made a selective reading that directly related and categorized the productions to the objective. We note the predominance of researches in the areas of Nursing and Medicine, and these are also published in journals in the corresponding areas with a higher concentration of publications during the period from 2010 to 2013. The methodology used in these research consisted mostly of epidemiological and descriptive studies, with the use of scales. As study sites research was dominant in the State of São Paulo. We have identified that changes in the conception of hospital discharge produce effects in the way of developing the practices. When we reflect on the scientific literature and our practices, we understand the discharge as a process and not only, when the patient leaves the hospital. Finally, we point out that to operate with one or another concept is not only a theoretical question, but a reflection of the way our knowledge produces forms of intervention in reality and in relation to the subjects.

Key words: patient discharge, review literature, adult health, elderly health.

RESUMEN: El objetivo del estudio es discutir las concepciones del proceso de alta del hospital a partir de una revisión crítica de la literatura científica en diálogo con la experiencia vivida por los autores, en el Programa de Residencia Multidisciplinar en Salud del Adulto y el Anciano de un estado en la región noreste de Brasil. La búsqueda de la producción científica se llevó a cabo en bases de datos (Scielo, BIREME y PubMed), utilizando los descriptores de hospital y alta del paciente por separado. Se encontró un total de cincuenta y cuatro producciones, sin embargo, veinte artículos guían el propósito de este trabajo. Para el análisis del material, hicimos una lectura selectiva de la cual clasificase las producciones y producir relaciones según el objetivo. Observamos el predominio de la investigación en enfermería y medicina, publicadas en las revistas de las áreas correspondientes en el período de 2010 a 2013. Estos estudios caracterizan se como epidemiológicos y descriptivos y por el uso de escalas, en su mayoría desarrollados en Sao Paulo. Hemos encontrado que los cambios en la conceptualización de alta del hospital tienen efecto sobre la manera de desarrollar las prácticas. Al reflexionar sobre la literatura científica y nuestras prácticas, entendemos el alta como un proceso y no sólo como salida de un paciente del hospital. Por último, resulta que trabajar con uno u otro concepto, no es sólo una cuestión teórica, sino más bien un reflejo de cómo nuestros conocimientos producen formas de intervención en la realidad y en la relación con el sujeto.

Palabras clave: Alta del paciente, revisión de la literatura, de la salud de adultos, de la salud de ancianos.

INTRODUÇÃO

O interesse por pesquisar a temática do processo da alta hospitalar foi sendo construído durante a vivência da primeira autora como residente de Psicologia nas unidades de internação clínica e cirúrgica de um Hospital Universitário, acompanhada e orientada pelas outras autoras, enquanto tutoras de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional Saúde do Adulto e do Idoso de

um estado da região Nordeste.

Os residentes desse Programa são distribuídos durante os dois primeiros semestres, entre a clínica médica e a cirúrgica, permanecendo por quatro meses, em cada uma delas. Na unidade de internação cirúrgica, acompanham os usuários desde o início da hospitalização, abrangendo os períodos pré e pós-operatórios, até a sua alta na clínica médica os residentes realizam assistência aos pacientes durante a internação contemplando áreas como Dermatologia, Reumatologia, Cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Infectologia, Endocrinologia, Geriatria, Gastroenterologia, Hematologia, Neurologia e Pneumologia.

A clínica cirúrgica possui uma alta rotatividade de pacientes, sendo exceção, quando permanecem por mais de quatro dias. Isso pode ocorrer, em casos denominados de intercorrência clínica, na qual é necessário um tempo de investigação para fechamento do diagnóstico. No entanto, na clínica médica os pacientes permanecem por um período de tempo maior.

A equipe de residentes referida neste relato foi composta por profissionais das seguintes áreas: Psicologia, Enfermagem, Educação Física, Serviço Social e Nutrição. Durante o período das práticas, notamos uma preocupação dos usuários em relação aos cuidados pós-alta hospitalar, além de demandas para encaminhamentos a outras redes de serviços de saúde. Em alguns momentos, percebíamos que alguns usuários retornavam para seus domicílios desconhecendo o próprio diagnóstico e em outros, a equipe de profissionais do hospital não conseguia fornecer as orientações necessárias tanto verbais como escritas, devido a diversos fatores, como a comunicação precária com a equipe no momento da alta e a ausência de um plano de cuidados multidisciplinar.

Diante desse contexto, objetivamos discutir as concepções acerca do processo de alta hospitalar, a partir de uma revisão crítica da literatura científica em diálogo com a experiência vivenciada no referido Programa.

Norteadas pelo referencial teórico das práticas discursivas e produção de sentidos¹, compreendemos que as concepções são construídas a partir das práticas que são continuamente revisitadas e questionadas. Consideramos que as concepções, as teorias e os saberes referem-se a determinadas formas de compreender os fenômenos humanos e não humanos, que norteiam as ações e produzem objetos e sujeitos.

Discutir sobre a alta hospitalar, fundamentando-nos na literatura científica, permite considerar a importância desse processo no trabalho das equipes multiprofissionais, visto que ela é parte essencial do cuidar e que seu planejamento precisa ser ofertado de maneira contínua e eficaz. Além disso, ao compartilharmos nossa experiência local, trazemos à discussão o modo como o processo de alta hospitalar tem-se configurado no serviço em que atuamos.

Pretendemos que nosso estudo possa fomentar reflexões sobre as práticas de saúde, para que se potencialize a dimensão cuidadora da alta hospitalar, não se restringindo apenas em orientações

ou atividades educativas, que possibilite uma assistência integral e multiprofissional à saúde e ultrapasse uma visão apenas organicista do sujeito.

METODOLOGIA

Para realizar uma revisão crítica da literatura científica acerca de temática do processo de alta hospitalar, primeiro delimitamos a população alvo de adultos e/ou idosos, relacionado ao objetivo do diálogo da literatura com a prática vivenciada no Programa de Residência Multiprofissional da Saúde do Adulto e do Idoso.

Os parâmetros adotados que demarcaram o levantamento das produções científicas, seguiu que é proposto por Lima e Miotto², configurados da seguinte forma: I-Parâmetro temático: Produções na área da saúde que abordassem ou pesquisassem sobre o processo de alta hospitalar em adultos e/ou idosos; II- Parâmetro linguístico: artigos publicados em língua portuguesa; III – Principais fontes: Periódicos; IV- Parâmetro cronológico de publicação: produções publicadas no período entre 2000 e 2014.

A busca foi realizada, inicialmente, em bibliotecas ou bases de dados (SciELO; Bireme e PubMed) com vistas à localização de artigos relacionados à alta hospitalar. Posteriormente, foi feita uma leitura atenta aos títulos e resumos, a qual visava selecionar as produções que apresentavam o tema. Foram utilizados os descritores alta hospitalar e alta do paciente, separadamente. Foram encontrados um total de cinquenta e quatro produções, no entanto, nortearam a proposta deste trabalho vinte artigos, após o refinamento utilizando os parâmetros supracitados.

Podemos visualizar nos quadros 1 e 2, a caracterização dos resultados iniciais da pesquisa em cada descritor, assim como a data de busca e a quantidade de produções encontradas em cada base de dados.

O quadro 1 caracteriza os resultados sem refinamento com o descritor Alta Hospitalar, o quadro 2 assinala a busca com o descritor Alta do Paciente. Apesar de uma grande quantidade de produções, refinamos esses resultados para que estes descritores estivessem no título dos trabalhos. Diante disso, os resultados ficaram restritos e delimitados a partir da temática. Após isso, realizamos a leitura dos resumos para identificar quais estudos se relacionavam com o processo de alta hospitalar com adultos e (ou) idosos, excluindo assim artigos que apresentavam outra população alvo.

Quadro 1: Caracterização dos resultados iniciais (sem refinamento) com o descritor utilizado (alta hospitalar), data e resultado. Maceió, Alagoas, 2016. Fonte: Autor.

Base	Descritores	Data de Busca	Resultados
SciELO ¹	Alta Hospitalar	07.10.2014	3
Bireme ²	Alta Hospitalar	07.10.2014	52.182
Pubmed ³	Alta Hospitalar	07.10.2014	3

Quadro 2: Caracterização dos resultados iniciais (sem refinamento) com o descritor utilizado (alta do paciente), data e resultado. Maceió, Alagoas, 2016. Fonte: Autor.

Base	Descritores	Data de busca	Resultados
Scielo	Alta do paciente	07.10.2014	41
Bireme	Alta do paciente	07.10.2014	200
Pubmed	Alta do paciente	07.10.2014	6

Nesse contexto, o quadro 3 quantifica as produções finais selecionadas nas bases supracitadas após refinamento e leitura dos resumos.

Quadro 3: Caracterização dos resultados finais (após refinamento). Maceió, Alagoas, 2016. Fonte: Autor.

Bases	Total de produções	Produções não incluídas por não seguirem os critérios	Total de produções incluídas para leitura
Scielo	44	25	19
Bireme	1	-	1
Pubmed	9	9	-

Para análise do material, fizemos uma leitura seletiva a qual relacionou e categorizou diretamente as produções ao objetivo da pesquisa. Em um primeiro momento, identificamos as concepções e conceitos utilizados pelos autores para caracterizar o processo de alta hospitalare como é definido pela literatura científica. Posteriormente, consideramos, pautadas no referencial teórico das Práticas Discursivas¹, fundamentado no Construcionismo Social, quais experiências, orientações ou dados quantitativos eram apresentados por essas produções e como dialogavam com a nossa vivência no Programa de Residência Multiprofissional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em uma leitura inicial dos artigos, buscamos categorizar as áreas das revistas e das pesquisas as quais pertenciam as produções. Concomitantemente, analisamos também o período de publicação, metodologia utilizada e onde essas pesquisas foram realizadas. Posteriormente, consideramos quais concepções de alta hospitalar eram abordadas ou questionadas pelos autores, buscando refletir sobre quais ações eram produzidas relacionadas aos conceitos utilizados.

Em relação às produções acadêmicas sobre a alta hospitalar selecionadas, há predominância de pesquisas nas áreas de Enfermagem e Medicina, que foram publicadas em revistas das respectivas áreas, durante o período de 2010 a 2013. A metodologia utilizada nessas pesquisas consistiu na sua maioria, em estudos epidemiológicos e descritivos, com a utilização de escalas como técnica de coleta de dados.³⁻⁹ Os locais, onde os estudos foram realizados teve como predominante o Estado de São Paulo.^{10, 11, 4,6, 12,13, 9}

Do total das vinte produções, dezesseis estudos fizeram o uso de pesquisa quantitativa, descritiva, com procedimentos estatísticos como análise de dados. Apenas duas pesquisas utilizaram-se da metodologia qualitativa e outras duas desenvolveram uma revisão integrativa da literatura.

A partir de uma análise cronológica de produções complementares, iniciamos a discussão na década de 1960, por um livro clássico publicado pelo Ministério da Saúde, no qual a alta hospitalar foi conceituada como a “finalização ou interrupção do tratamento de paciente regularmente admitido, que vinha recebendo assistência no Hospital”.¹⁴ As suas modalidades eram classificadas em: quanto aos resultados de tratamento: curado; melhorando; estacionário ou piorado. E quanto aos tipos como: por decisão médica, a pedido; por abandono; transferência ou para tratamento em ambulatório.¹⁴

Em outro estudo, Nogueira¹³ analisa os prontuários entre os anos de 1981 a 1995. Além dos tipos de alta hospitalar citadas anteriormente, podemos identificar outro tipo de saída do hospital registrado pelos profissionais dessa pesquisa, que foi denominada de disciplinar. Ocorria, quando a conduta do paciente estava em desacordo com as normas daquele hospital e, em consequência de sua atitude, era convidado a se retirar da instituição.

Em perspectivas mais atuais, a alta hospitalar tem sido definida como “a transferência do cuidado ao paciente do hospital para outros contextos de saúde”.¹⁵

A portaria Nº 2.809, publicada em 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), define o objetivo da alta hospitalar responsável, que visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social.¹⁶

Em consonância com essa portaria, identificamos uma pesquisa¹⁷, que conceitua a alta não como o final de um processo de cuidado, mas sim a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas, de modo que o cuidado permanente é considerado um processo complexo.

Outras pesquisas concebem esse momento como uma transição entre a assistência profissional e o auto manejo domiciliar, identificando-o como um período de vulnerabilidade para o paciente. Entre eles podemos citar o estudo de Reis e colaboradores¹⁸ que compreendem tal processo, como a última oportunidade para o paciente questionar e esclarecer dúvidas. Afirmam que para o médico, seria um momento primordial visto que seria uma fase crítica para informar e ensinar, providenciar um diagnóstico, resumir procedimentos e recomendar um plano terapêutico de seguimento¹⁸.

Outro estudo, de 2011, destaca as mudanças significativas no contexto do planejamento da alta nas últimas décadas. Afirmam que visando à prevenção de infecções hospitalares e diminuição dos custos na assistência à saúde, aliadas aos avanços tecnológicos e farmacêuticos, os quais

auxiliam no aumento da expectativa de vida dos pacientes, existe um movimento para que o tempo de internação seja o menor possível. Tal panorama acarreta que os profissionais precisam cuidar de múltiplas doenças em um curto período de tempo, o que muitas vezes resulta em priorizar aspectos imediatos da assistência e conseqüentemente, deixar de lado a atividade educativa e o preparo para a alta, bem como a previsão de problemas que ocorrerão no domicílio e como solucioná-los.¹⁹

Essas mudanças nos últimos quarenta anos, nos hospitais em um contexto geral, também são apontadas por outros autores²⁰, que as caracterizam da seguinte forma: aumento da expectativa de vida dos usuários em relação aos avanços benéficos da ciência, crescente insatisfação em relação à possibilidade de acesso aos serviços de saúde (como a restrição de acesso resultante do aumento dos custos) e por último, questionam a qualidade da relação entre profissionais de saúde e usuários.

Ressaltam²⁰que teve como consequência, um empobrecimento da dimensão cuidadora, visto que os trabalhos do médico e do sistema de saúde em geral orientaram-se pelos procedimentos e não pelas necessidades das pessoas.

Em consonância com outra pesquisa²¹, foi observado uma tendência de encurtamento do tempo de internação hospitalar especialmente no setor cirúrgico e acreditam que isso interfere negativamente no desenvolvimento de atividades educativas no preparo para a alta.²¹ Para Teixeira, Rodrigues e Machado²²devido a maior complexidade assistencial e à alta precoce, o tempo disponível para a educação do paciente é minimizado, portanto, o processo de alta hospitalar torna-se um desafio constante para a equipe de saúde e paciente.

No entanto, há pesquisadores que compreendem a permanência hospitalar além do tempo necessário como um fator que contribui para a redução da qualidade da assistência, visto que expõe o paciente a riscos evitáveis tais como infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, trombose venosa profunda e quedas, além de mantê-lo longe do convívio da família e comunidade.⁷Afirmam também, que os atrasos no processo de alta hospitalar podem ser melhorados por meio de intervenções na equipe multiprofissional e nos gestores, sem necessidade de investimentos financeiros significativos.

Há consonância entre os estudos ^{19, 23, 10, 18}de que a equipe multiprofissional precisa realizar reuniões que promovam a discussão de casos, troca de experiências e criar estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe, para que assim se construa propostas para um cuidado de forma interdisciplinar.

Por meio dos estudos, podemos identificar que houve modificações no cenário hospitalar e que, portanto, o processo de alta e seu planejamento sofreram alterações. Alguns autores concebem essa redução no tempo de internação como positiva e outros, como negativa. No entanto, para além desse debate, compreendemos que tais mudanças permitiram as condições de possibilidade²⁴para que houvesse transformações conceituais no processo de alta hospitalar.

Há uma predominância de artigos^{10,22,18,19} que abordam o Plano de Alta (PA) como uma estratégia de continuidade do cuidado pós-alta. Tem como finalidade tornar o paciente independente para seu cuidado no domicílio ou proporcionar um preparo adequado da família para adotar tais cuidados.

19

O plano de alta é caracterizado como uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*² a partir de 2005, e reconhecido pela Organização Mundial de Saúde.²³ Apesar de ser um processo de responsabilidade interdisciplinar, os estudos afirmam que o enfermeiro tem papel fundamental na coordenação e planejamento do PA.^{19,10}

Há concordância entre os autores^{19, 10, 22, 23, 18} que o PA deve ser individualizado, mas incluir a família do paciente nesse processo, ser iniciado na admissão do paciente e desenvolvido durante toda a internação e que a informação fornecida aos pacientes deve constituir-se como parte central na prestação de cuidados. Os estudos^{19, 10, 22, 23, 18} também pontuam a necessidade de um PA padronizado para uma maior eficácia e qualidade do cuidado.

O PA também se mostra como um importante dispositivo no processo de alta hospitalar. Contudo, percebemos que sua descrição a partir das produções científicas enfatiza as atividades educativas e orientações e atribui ao enfermeiro o principal responsável por sua execução. O PA também pretende ser padronizado aos contextos hospitalares, porém refletimos que durante o processo de alta hospitalar é necessário incluir a singularidade de cada usuário e serviço de saúde.

Em relação aos tipos de alta, em nossa prática clínica como equipe multiprofissional, vivenciamos três categorias de alta hospitalar: médica, a pedido e alta social. A primeira, segundo o Manual de Ética em ginecologia e obstetrícia²⁵ como o próprio nome refere-se é prerrogativa do médico cuja decisão deve ser pautada nos princípios éticos e legais. Há situações em que a alta pode ser solicitada pelo paciente ou responsável, é denominada de alta a pedido. Nesse caso, cabe ao médico realizar uma avaliação e parecer técnico sobre o envolvimento iminente de risco à vida.

Se não houver risco à vida, nem o médico, nem o hospital, podem ser contrários ao princípio de autonomia do paciente. Nesses casos, a instituição hospitalar e o médico devem documentar a decisão do paciente a sair do hospital. No entanto, em casos de perigo à vida, o médico pode recusar-se a conceder alta.²⁵ A alta médica foi o tipo de alta mais frequente em nossa experiência.

A alta social consiste em uma avaliação realizada pelos assistentes sociais, para verificar se a condição social do usuário permite seu retorno ao domicílio. Segundo os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde²⁶, a alta social e a alta médica devem ocorrer concomitantemente. Caso isso não aconteça, cabe ao assistente social notificar à equipe e registrar em prontuário a intervenção. De acordo com o documento, o responsável pela alta e pelos procedimentos é o médico, o assistente social pode ser o interlocutor entre a equipe de saúde e os usuários com relação aos determinantes sociais.²⁶ Em nossa experiência, observamos poucos

casos em que a alta médica foi desvinculada da alta social.

Outro cenário descrito na literatura e que também ocorreu em muitas situações da nossa experiência, consistiu do usuário receber alta hospitalar sem que a equipe pudesse concluir as metas, oferecer as orientações necessárias, ou dar a devida atenção ao caso. Pressupomos que essa situação ocorreu devido a uma falha na comunicação entre a equipe de residentes e os profissionais da unidade de internação, dificultando a efetivação de alguns objetivos propostos pelos residentes para cada usuário.

Ao considerarmos a literatura científica, identificamos que as mudanças na concepção de alta hospitalar produzem efeitos na maneira de desenvolver as práticas. Buscamos refletir sobre os efeitos e sentidos produzidos pela forma como determinado conceito é descrito.

Em nossa prática, notamos uma predominância em conceber o processo de alta hospitalar apenas como a saída do paciente do hospital. Naquela instituição, a qual estávamos inseridos, o planejamento do processo de alta hospitalar não era uma prática exercida pelos profissionais de saúde e o acompanhamento pós-alta resumia-se ao retorno do usuário para consultas médicas ambulatoriais.

A literatura científica concebe a alta hospitalar como um processo amplo, no entanto, predominam as orientações educativas para pacientes com patologias específicas, na sua maioria com foco apenas no aspecto orgânico. O momento para atividades educativas com o paciente é importante, no entanto, o processo de alta hospitalar não se resume apenas a isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a literatura científica e nossas práticas, compreendemos a alta como um processo. Ela não é simplesmente a saída do paciente do hospital. Concordamos com as concepções mais atuais de que ela está intimamente imbricada à noção de cuidado. Nesse sentido, o processo de alta é complexo e espera-se que seja planejado e discutido com a equipe de saúde, desde a admissão do usuário até seu retorno ao domicílio, por meio de acompanhamento durante o pós-alta.

Ressaltamos que tal processo não é apenas responsabilidade médica, mas de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário (tanto os profissionais do hospital quanto dos serviços de saúde de referência para aquele usuário), portanto, o processo de alta hospitalar está imbricado também à uma responsabilidade compartilhada por todos.

A alta hospitalar é um processo que engloba todos os profissionais de saúde, o usuário e sua família e a rede de serviços de saúde, e tal processo deve ser iniciado e construído ao longo da internação. A transferência de cuidado não implica em transferência de responsabilidade. A equipe necessita conduzir esse processo com cooperação e co-responsabilização.

Nesse contexto de discussão, pontuamos que o Programa de Residência Multiprofissional é uma potencialidade transformadora das práticas em saúde, visto que possibilita a inserção efetiva dos profissionais/estudantes no trabalho em saúde e, por meio da construção multiprofissional de projetos terapêuticos e discussões sobre as vivências, recupera a dimensão cuidadora de tais práticas. Tal programa permite a formação de um profissional que dialoga com a realidade social e com os desafios e as políticas públicas de saúde do país.

São princípios construcionistas considerar que as formas de conceber a realidade norteiam a produção de sujeitos e objetos. Ao compreendermos o processo de alta hospitalar apenas como a saída do usuário do hospital, estamos apenas considerando-o como um corpo doente e que o hospital seria a instituição que restabeleceria sua saúde. Demarcamos que operar com um ou outro conceito, não é apenas uma questão teórica, e sim, o reflexo do modo como nossos saberes produzem formas de intervenção na realidade e de relação com os sujeitos.

A temática do processo de alta hospitalar é bastante ampla e, portanto, nosso estudo não contempla todos os questionamentos que podem ser suscitados desse processo e de nossa própria experiência. Além disso, a literatura disponível sobre essa temática ainda é incipiente. O cuidado após o processo de alta hospitalar, a rede formada entre a unidade básica de saúde e o hospital durante esse processo, a co-responsabilização dos serviços no cuidado aos usuários são apenas alguns dos inúmeros estudos que ainda podem ser desenvolvidos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Spink MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas. 1999; São Paulo: Cortez.

2. Lima TCS, Miotto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev. Katál. Florianópolis. 2007; v. 10 n. esp. p. 37-45.

3. Vesz PS, Costanzi M, Stolnik D, Dietrich C, Freitas KLC, Silva LA, et al. Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25(3):218-224.

4. Padilha KG, Sousa RMC, Silva MCM, Rodrigues AS. Disfunções orgânicas de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva segundo o Logistic Organ Dysfunction System. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1250-5.

5. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerdac RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):717-22.

6. Moreira MSS, Crippa JAS, Zuardia AW. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):734-42.

7. Silva SA, Valácio RA, Botelho FC, Amaral CFS. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2):314-321.

8. Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Filho JWF. Readmissões e óbitos após a alta da UTI – um desafio da terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(1):32-38.

9. Castro FSF, Peniche ACG, Mendoza IYQ, Couto AT. Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):872-6.

10. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 39(2):136-44.

11. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva, CBA, Campos RT, Santos SC. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):962-8.

12. Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):87-94.

13. Nogueira PA. Motivos e tempo de internação e o tipo de saída em hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo, Brasil – 1981 a 1995. *J Pneumol*. 2001; 27(3).

14. Brasil. Ministério da Saúde. História e Evolução dos Hospitais. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de organização hospitalar. 1965; Rio de Janeiro, 1944. (Reedição em 1965).

15. Ganzella M, Fontão Zago MM. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem* 2008; v. 21, n. 2, 351-355.

16. Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

17. Araújo FSR. O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas & cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense; 2012.

18. Reis PGTA, Nakakogue C, Nakakogue T, Nasr A, Tomasich FDS, Collaço IA. Orientações

de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro? Rev. Col. Bras. 2013; Cir. 40(4): 335-341.

19. Suzuki VF, Carmona EV, Lima, MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2011; v. 45, n. 2, 527-32.

20. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12 (4): 965-971.

21. Mata LRF, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2010; 23(4):574-9.

22. Teixeira JPDS, Rodrigues MCS, Machado VB. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012; Porto Alegre (RS); 33(2):186-196.

23. Paiva RS, Valadares GV. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.). 2013; abr - jun; 17 (2):249-255.

24. Foucault M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: M. Foucault. Microfísica do poder (pp. 15-37). São Paulo: Graal; 1979.

25. CREMESP. Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia / Cristiano Fernando Rosas (coord.). 2004; 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

26. Conselho Federal de Serviço Social Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. 2010; Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas. Maria Inês Souza Bravo (coord.). Brasília.

Artigo apresentado em 10/08/17

Artigo aprovado em 12/04/18

Artigo publicado no sistema em 30/11/18