

Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar

Limits and possibilities in planning hospital discharge

Fabíola Hermes Chesani¹, Gabriela Fontana¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC - Brasil

Resumo

Introdução: A alta hospitalar compreende a finalização da internação hospitalar e o momento em que o paciente continua seu tratamento em casa. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar os limites e as possibilidades no planejamento da alta hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de campo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde responsáveis pela alta hospitalar e, depois, analisada sob a ótica da análise de conteúdo. **Resultados:** Os dados apontaram as seguintes categorias: os limites e as possibilidades no planejamento de alta hospitalar. Os limites relatados foram a falta de recursos humanos, falta de tempo para o planejamento da alta hospitalar e os ruídos na comunicação com os cuidadores. As possibilidades foram: hospital pequeno e equipe de saúde unida. **Conclusão:** Constata-se que, neste hospital, já apontam indícios de mudanças de paradigmas de uma alta mecanizada para uma alta humanizada.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Alta do Paciente, Segurança do Paciente.

Autor correspondente:

Fabíola Hermes Chesani

Endereço: Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí / SC - CEP 88302-202 - Bloco F6 - Sala 311.

Telefone: +55 047 3341-7655

E-mail: fabiola.chesani@univali.br

Recebido em: 19/03/2017

Revisado em: 28/06/2017

Aceito em: 25/07/2017

Publicado em: 31/08/2017

Abstract

Hospital discharge includes the completion of hospital stay and the time when the patient can continue treatment at home. The objective was to analyze the limits and the possibilities in the planning of hospital discharge. The methods was an exploratory, descriptive and field research with a qualitative approach was carried out. Data collection was performed through semi-structured interviews with health professionals responsible for hospital discharge. The datas was analysed through content analysis. The results indicated the following categories: the limits and the possibilities in the planning of hospital discharge. The limits reported were the lack of human resources, lack of time for planning the hospital discharge and the noises in the communication with the caregivers. Possibilities were: small hospital and united health team. It is observed that in this hospital already indicate indications of changes of paradigms of a high mechanized to a high humanized.

Keywords: Humanization of Care; Patient Discharge; Patient Safety.

Introdução

As hospitalizações exigem custos altos o que acarreta um menor tempo de internação, e o planejamento da alta do paciente é uma das principais preocupações para que ocorra uma adequada continuidade do tratamento e uma reinternação. Alguns estudos citam que a reinternação acontece pelo despreparo do cliente ou família sobre os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio, como a dificuldade na administração de medicamentos, mudanças no estilo de vida, autocuidado com estomias e enfrentamento com alterações da autoimagem. A alta precoce exige planejamento apropriado para o indivíduo e sua condição socioeconômica ⁽¹⁾.

O plano de alta é individual e deve ser organizado de acordo com as condições específicas de cada paciente, a partir dos prognósticos do tratamento e da previsão de alta. O ideal é que o planejamento da alta seja iniciado logo após a admissão do cliente ou mesmo antes da internação, em nível ambulatorial, com a identificação das suas necessidades ou potenciais ⁽²⁾.

O planejamento de alta é uma ação que requer cuidado especial e é considerada uma atividade interdisciplinar que envolve todos os profissionais que prestam assistência ao paciente. Esses profissionais podem dialogar com a família e o paciente a respeito dos cuidados que podem ser realizados após a alta hospitalar. O envolvimento da família do paciente quando ele recebe alta hospitalar é imprescindível para sucesso no seu tratamento ⁽³⁾.

Pompeo et al ⁽⁴⁾ constataram que os pacientes vão para o seu domicílio com dúvidas sobre o seu tratamento, principalmente, no que diz respeito às prescrições médicas e aos cuidados que devem ser realizados em suas casas. Ressalta-se o quanto é importante a adequada orientação ao paciente no momento da alta hospitalar, para evitar e minimizar, assim, eventos adversos, e garantir a sua saúde e a

melhor qualidade de vida. Portanto, a questão da pesquisa é: conhecer quais os limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. O objetivo foi analisar os limites e as possibilidades no planejamento da alta hospitalar.

Metodologia

A pesquisa teve caráter exploratório e de campo, com abordagem qualitativa, foi realizada em um hospital público localizado na região Sul do Brasil, o qual atende pacientes na faixa etária de 0 a 16 anos, provenientes de convênios com planos de saúde e/ou particular e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os participantes do estudo compõem oito profissionais de saúde que trabalham neste nosocômio no turno diurno, pois a alta hospitalar só acontece no referido turno. Esses oito profissionais aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e sete profissionais não participaram da pesquisa porque relataram falta de tempo. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser profissional de saúde responsável pelo setor da clínica médica e cirúrgica nos turnos matutino e vespertino, quais sejam médicos, enfermeiros técnicos de enfermagem e os farmacêuticos. E os critérios de exclusão foram: profissional de outro setor do hospital e trabalhar em outro turno.

Os dados deste artigo fazem parte dos resultados de uma dissertação aprovada no Mestrado em Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, a dissertação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 1.227.114 e seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/12. A pesquisa inciou somente após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos profissionais envolvidos foram utilizadas as cores do arco íris.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. O local e a data das entrevistas foram definidos pelos profissionais da saúde, o que não interferiu nas suas atividades de trabalho. A entrevista versou sobre assuntos relacionados à alta hospitalar: como acontece o processo de alta, quais profissionais envolvidos, existência de documento de alta, disponibilização de contato telefônico, ambiente destinado à alta, presença de acompanhantes, presença de interferentes no ambiente, dificuldades da comunicação na orientação da prescrição médica na alta. As entrevistas tiveram duração de 20 a 40 minutos, aconteceram no período de novembro de 2015 a dezembro de 2015, e foram realizadas na brinquedoteca do hospital, no referido momento, estavam presentes somente o entrevistado e a entrevistadora. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁵⁾.

Resultados

Participaram deste estudo oito profissionais de saúde, duas enfermeiras, dois médicos, dois farmacêuticos e duas técnicas de enfermagem. Desse total, seis são mulheres (75%) e dois são homens (25%). A idade variou de 25 a 57 anos, com tempo de formação na área de 1 a 22 anos, e o tempo em que atuam no hospital foi de 3 meses a 8 anos. Percebe-se que há predomínio de profissionais de saúde do sexo feminino, principalmente na área hospitalar, visto que são profissões que lidam com o cuidado na saúde, e essa é uma tarefa na qual as mulheres sempre tiveram facilidade, pois desde a antiguidade são acostumadas a cuidar dos seus lares, dos filhos e marido. Assim, há relação extremamente sólida entre o sexo feminino e o desejo de cuidar do outro. Estudos revelam predominância de profissionais do sexo feminino atuando em hospitais, principalmente quando esses profissionais estão relacionados com a área da enfermagem⁽⁶⁾.

Após a coleta de dados e transcrição das entrevistas foi realizada a leitura minuciosa de cada entrevista e, posteriormente, foi feita a análise temática. As duas categorias definidas a priori, foram: os limites e as possibilidades no planejamento de alta hospitalar. Optou-se por categorias a priori porque as perguntas da entrevista estavam fortemente relacionadas com a fundamentação teórica do estudo. Os limites relatados foram a falta de recursos humanos, falta de tempo para o planejamento da alta hospitalar e os ruídos na comunicação com os cuidadores. As possibilidades foram: hospital pequeno e equipe de saúde unida.

Discussão

Limites no planejamento da alta hospitalar

As falas dos entrevistados relatam que há limites, principalmente, na falta de disponibilidade de recursos humanos, falta de tempo para o planejamento da alta e

ruídos na comunicação com os cuidadores das crianças.

São constantes as queixas dos clientes, famílias e cuidadores, quanto aos procedimentos adotados por profissionais da saúde no preparo da alta hospitalar, em particular quanto à sintomática falta de conhecimento sobre o assunto e pelas dificuldades desses profissionais para orientar e/ou encaminhá-los para programas de reabilitação referenciados⁽⁷⁾.

Os entrevistados expressaram a falta de recursos humanos e a falta de tempo para planejamento da alta nas seguintes falas:

“Eu acho que é a disponibilidade de mais pessoal. Porque ali, se eu levo cinco, dez minutos no balcão num projeto eu vou precisar levar uns vinte minutos ali para seguir todo o protocolo de alta” (Rosa).

“Nós somos um hospital pequeno e mesmo assim não teria condições por falta de tempo, talvez avaliar casos mais específicos, não sei como que seria e isso ia demandar tempo da equipe, então essa é também uma barreira de como seria essa rotina” (Laranja).

O baixo número de profissionais presentes nos hospitais é uma realidade que prejudica a assistência prestada aos pacientes no momento da alta hospitalar. Pois com essa redução, pode haver omissão de informações importantes que deveriam ser repassadas ao paciente e/ou cuidador. Outra consequência é a falta de tempo dos profissionais na rotina do hospital. A equipe de saúde possui muitos afazeres na rotina hospitalar e acaba não sobrando tempo para realizar orientação adequada na alta hospitalar dos pacientes. O estudo de Brey et al⁽⁸⁾ também aponta que os trabalhadores do hospital apresentam sobrecarga de trabalho que acontece devido a uma alta demanda de pacientes e poucos profissionais para atender a essa demanda. Essa sobrecarga de trabalho desencadeia doenças do sistema osteomuscular (16,4%), a mais frequente é a dorsalgia (7,14%).

Uma solução para minimizar esses limites seria a contratação de, pelo menos, mais um profissional de saúde de cada área para participar do planejamento da alta hospitalar dos pacientes e posterior discussão dos casos destes, em equipe. Isso também auxiliaria na redução do impacto da falta de tempo relatada pelos entrevistados, o que poderá fazer com que cada área exerça sua função corretamente e o hospital tenha um serviço de orientação para a alta hospitalar de seus pacientes.

Outra medida a se tomar seria a confecção de um Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre o processo de alta hospitalar, desde a admissão do paciente no hospital até a sua saída, e, também, sobre cuidados que a equipe de saúde pode oferecer aos pacientes. Podem ser realizadas, ainda, rodas de conversas dialógicas com os cuidadores e as crianças durante o tempo em que elas permanecem no hospital.

Os ruídos da comunicação se relacionam com os cuidadores quando estes falam uma língua estrangeira

por serem imigrantes ou por terem algum tipo de deficiência. Na fala a seguir, cita-se o ruído cultural, no qual os cuidadores de origem estrangeira não compreendem a Língua Portuguesa.

“Eu me lembro de um caso mais ou menos recente de haitianos e parece que a mãe que ficava junto não sabia falar português direito, mas o pai falava melhor. Então, nesses casos tem que vir alguém que saiba e que consiga se comunicar de maneira adequada e essas informações são passadas para essa outra pessoa” (Laranja).

“A gente já passou por algumas dificuldades, inclusive, já tivemos paciente japonês que não falava português. O haitiano, às vezes, até com um tempo no Brasil eles conseguem. Então, a gente sempre tenta chamar a pessoa que entenda melhor o português para poder explicar para o paciente. Isso aconteceu com essa paciente japonesa” (Vermelho).

“Sempre tem certa dificuldade em relação a isso. Semana passada eu tinha uma chinesa aqui, eu não consegui conversar com ela para saber a história. A gente tem que falar mais devagar, ver se tem algum conhecido que aí no caso chama a pessoa que possa servir como intérprete” (Azul).

Acredita-se que esse ruído esteja relacionado com a mobilidade humana, pois está, sempre, ou esteve presente na história da humanidade, desde o deslocamento nômade em busca de sobrevivência até as complexas migrações internacionais atuais. Atualmente, vivemos na era das migrações, seja pelo aprofundamento da diversidade e da complexidade dos movimentos migratórios nas últimas décadas, seja pelo consequente aumento da presença e da relevância atribuída ao tema nas discussões de governantes, estudiosos e sociedade civil em geral ⁽⁹⁾. As migrações tornaram-se, também, mais intensas quanto aos lugares e direções envolvidas, mais complexas quanto às suas causas e mais diversificadas, envolvendo, hoje, homens, mulheres, intelectuais, trabalhadores temporários, crianças, entre muitos outros atores ⁽¹⁰⁾.

Como consequência desse ruído cultural, podemos ter a não adesão ao tratamento. A não adesão ao tratamento está relacionada ao motivo dos profissionais de saúde não se esforçarem para compreenderem o idioma dos imigrantes e, assim, não repassam as orientações de maneira adequada. Dessa forma, os imigrantes não conseguem compreender, totalmente, as orientações e podem ter muitas dúvidas em seu domicílio, o que pode acarretar efeitos colaterais graves que podem gerar uma futura readmissão hospitalar.

Devido a essa dificuldade de comunicação, o paciente pode ter certo efeito colateral que acha que pode ser algo fora da normalidade e suspender o uso do medicamento, e este é um efeito colateral comum do medicamento. Um exemplo desse caso é o antibiótico Amoxicilina, que, geralmente, acarreta em diarreia para o paciente. Existem inúmeras interações medicamentosas para cada tipo de medicamento, por isso a orientação no momento da alta hospitalar é tão

importante. Se o paciente imigrante não compreende que ele não pode administrar medicamento “X” com medicamento “Y”, ele chegará a seu domicílio e poderá administrar os dois, concomitantemente. Dessa forma, pode acarretar consequências bem graves, pode aumentar o nível de um medicamento na corrente sanguínea, e chegar a níveis tóxicos, causando um mal realmente grave, ou também, pode anular ou diminuir o efeito de algum medicamento que deveria fazer o seu devido efeito no organismo.

Algumas maneiras de melhorar essa comunicação podem ser utilizadas, como um manual em inglês e em vários idiomas e o uso de aplicativos tradutores dos celulares. No manual podem estar descritas todas as orientações sobre o tratamento medicamentoso que o paciente e/ou cuidador deve ter, referente à importância da adesão do tratamento e o quanto importante é fazer o tratamento até o seu término estipulado pelo médico, conservação dos medicamentos relatando em que locais podem-se conservar os medicamentos e quais são os riscos da má conservação, possíveis interações medicamentosas e efeitos colaterais relevantes que podem acarretar em alta gravidade no paciente, acesso aos medicamentos, demonstrando em uma lista os medicamentos disponíveis no SUS. Mas, é importante destacar que, somente, esse manual não auxiliará totalmente o paciente, é relevante que os profissionais de saúde orientem o paciente verbalmente e com a receita médica, e entreguem esse manual, reforçando, assim, a orientação. Dessa forma, garantirá a compreensão do paciente sobre seu tratamento. Há também a opção de obter aplicativos via celular que traduzam em tempo real o que os pacientes e cuidadores estão falando para o português, e o português para o idioma de origem deles, para que, assim, não ocorram dificuldades na comunicação entre ambas as partes.

Outro ruído na comunicação apontado pelos entrevistados foi a falta de compreensão do cuidador quanto à orientação referente ao plano de alta devido ao seu nível de escolaridade, que segundo Nogueira⁽¹¹⁾, pode ser considerado como barreira na comunicação em saúde, classificado em “diferenças educacionais”:

“O paciente compreende as orientações, salvo algumas exceções onde tem analfabetismo” (Branco).

“Ele não concebe a complexidade da importância das medicações após a alta. Eu, particularmente, me sinto muito temerosa com determinadas famílias que saem daqui, parece que eles não entendem o que falamos. Se elas, realmente, vão cumprir essa obrigatoriedade” (Rosa).

Os relatos acima são incoerentes com a educação em saúde e com a concepção atual do indivíduo, podemos citar a concepção de sujeito de Paulo Freire ⁽¹²⁾ em que o sujeito é dialógico e participativo de qualquer processo que envolva sua realidade.

O ser humano, revestido de sua multidimensionalidade, apresenta-se como um ser complexo. Na sua evolução histórica, está presente o conhecimento, o qual, na maioria das vezes, é

fragmentado por disciplinas e não é visível a sua recomposição. O paradigma atual carrega as marcas dessa fragmentação, inclusive no conhecimento científico e na educação, inculcando que as pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade não entendem as orientações.

Logo, a instituição pode incentivar uma educação em saúde dialógica na formação complementar da sua equipe multiprofissional, assegurando assim, os cuidados necessários de uma alta hospitalar, pois esses profissionais de saúde estarão aptos a se comunicarem com os pacientes, dialogarem, e visualizarem sempre a promoção de saúde, para que se evite, somente, educar sobre a prevenção.

Possibilidades no planejamento da alta hospitalar

Todos os participantes da pesquisa relataram que existem várias possibilidades para programar um planejamento da alta hospitalar, tais como: hospital pequeno e equipe de saúde unida.

“Nosso hospital é pequeno, então a quantidade de pacientes é menor, por se tratar de criança, a quantidade de casos, é, de patologias mais raras ou com maior dificuldade também é menor, então isso é um facilitador” (Laranja).

“A proximidade eu acho, a gente tem aqui o hospital estruturalmente pequeno a gente consegue dar um jeito de se ajeitar para conseguir, eu acho que isso facilita, o fato de a farmácia estar aqui e os profissionais estarem aqui” (Vermelho).

Barreto et al ⁽¹³⁾ ressaltam em seu estudo que teve como objetivo investigar as percepções de profissionais de saúde sobre a alta hospitalar de crianças ostomizadas, que o principal fator facilitador para o planejamento da alta hospitalar é a presença da família, centrada na figura materna, que serve como um suporte de cuidado para o paciente.

Em estudo realizado em unidade de cuidados intensivos neonatais a fim de investigar a percepção da equipe de saúde e familiares sobre alta hospitalar realizada com esses pacientes revelam que não há interação multiprofissional na orientação da alta hospitalar, a qual é restrita à equipe médica e à equipe de enfermagem, excluindo-se os demais profissionais de saúde ⁽¹⁴⁻²²⁾.

Estudos ressaltam experiências nas quais acontecem reuniões semanais ou diárias da equipe de saúde e durante as reuniões deve-se considerar uma data provável de alta. Isso contribui para que as orientações sejam fornecidas ao paciente e/ou cuidadores antes da alta hospitalar, o que faz com que compreendam, adequadamente, cada orientação repassada a eles ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

“Um ponto favorável para nós, é a equipe, é a participação. A gente tem muito aqui participação dos acadêmicos. Assim eu vejo assim que a universidade tem muito para agregar e tem muito para ajudar a gente. A gente tem visto assim os acadêmicos com

força e vontade para mudar as coisas aqui” (Amarelo).

Tendo em vista que o preparo da alta dos clientes das instituições hospitalares envolve direta ou indiretamente outros profissionais da equipe, cumpre destacar o princípio da integralidade, pois este remete, inexoravelmente, à compreensão de que a integração de serviços por meio de redes assistenciais é fundamental ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Em se tratando da oferta de intervenções terapêuticas para atender o processo de alta hospitalar, é importante possibilitar à pessoa o treino de novas habilidades que tornem possível o enfrentamento desses obstáculos no cotidiano, após a alta hospitalar ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os estudos da literatura corroboram com a atual pesquisa, em que os entrevistados relatam como fator facilitador a união da equipe de saúde por ser um hospital de pequeno porte, e realizam as reuniões semanais multiprofissionais a fim de discussão de casos específicos vivenciados por eles ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Por essa categoria constata-se que é possível realizar um planejamento da alta hospitalar que envolva a equipe multiprofissional de saúde, tendo em vista a proximidade que a equipe tem entre si, e, pelo fato de o hospital ser considerado de pequeno porte, pode facilitar a implementação de um planejamento de alta hospitalar.

O que necessita ser feito é planejar essa implementação com projeções de investimentos e retorno à população e comunidade que são atendidas pela instituição. Consequentemente, haverá um ganho na qualidade de vida para os pacientes que retornam aos seus domicílios. O preparo da alta hospitalar, quando realizado de forma adequada, envolvendo o cliente, seus familiares e pessoas significativas, é decisivo para evitar as reinternações e para o encaminhamento adequado aos serviços de saúde ⁽²²⁻²³⁾.

Conclusão

Com os resultados encontrados neste estudo podem-se compreender os limites e as possibilidades no planejamento da alta hospitalar. Em relação aos limites para implementação de um planejamento de alta hospitalar, ressalta-se que há escassez de recursos humanos, falta de tempo, necessidade de planejar um horário adequado para todos profissionais poderem participar e ruídos na comunicação com os cuidadores. Como fatores facilitadores citam-se a união multiprofissional da equipe de saúde como uma possibilidade para a implementação de um planejamento de alta hospitalar. O fato do hospital ser de pequeno porte também facilita para que esse planejamento possa vir a acontecer, que tenha um representante de cada área profissional em reunião com o cuidador do paciente, e possa passar, assim, todas as informações necessárias referentes ao momento e alta hospitalar.

Portanto, constatou-se que a humanização preconizada pelo SUS no planejamento da alta hospitalar está no processo inicial, pois os

profissionais da saúde já apontam indícios de mudanças de paradigmas de uma alta mecanizada para uma alta humanizada, quando estes relatam que uma das possibilidades é o planejamento de uma alta hospitalar com a equipe de saúde multiprofissional por ser unida. As atividades de educação em saúde com os cuidadores e as formações continuadas com os profissionais de saúde direcionadas aos princípios da concepção Freireana de educação podem minimizar os limites apontados pelas profissionais.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores do artigo afirmam que não houve nenhuma situação de conflito de interesse, tais como propostas de financiamento, emissão de pareceres, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, entre outras, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

Referências

- PEREIRA, A.B.; FERREIRA, N.J.L. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trab. educ. saúde**, v.13, n.1, p.67-88, 2015.
- DE FIGUEIREDO, T.P. et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2017
- SOUZA, N.R. Educação em saúde para mães em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Ciência et Praxis**, v. 2, n. 03, p. 37-40, 2017.
- POMPEO, D.A.; PINTO, M.H.; CESARINO, C.B.; ARAÚJO, R.R.D.F.; POLETTI, N.A.A. Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.3, p.345-350, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- FERNANDES, L.S.; NITSCHKE, M.J.T.; DE GODOY, I. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 551-557, 2017.
- MACHADO, W.C.A.; ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.O.; CASTELO BRANCO, E.M.; FIGUEIREDO, N.M.A DE. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.7,n.1,p.1796-1807,2015.
- BREY, C. et al. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- CAVALCANTI, L. "Imigração e mercado de trabalho no Brasil: características e tendências". In: Cavalcanti L, Oliveira AT, Tonhati T. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. **Cadernos OBMigra**, v.1,n.2,p.35-47,2015.
- MIRANDA, SC; JUNQUEIRA, M.J DA S. Haitianos no Brasil: compreendendo o movimento migratório a partir da cidade de Cajamar/SP. **Ponto e Vírgula**, v.18, p.108-125, 2015.
- NOGUEIRA, T. M.; TOMEI, R. Comunicação e construção do significado em mudanças organizacionais planejadas. **R. eletr. estrat.**, v.6, n.2, p.175-214, 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- BARRETO, L.C.L.; CARDOSO, M.H.C.A.; VILLAR, M.A.M.; GILBERT, A.C.B. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.3, p.438-445, 2008.
- GAÍVA, M.A.M.; NEVES, A.Q.; SILVEIRA, A.O.; SIQUEIRA, F.M.G. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, n.4, p.387-392, 2006.
- DELATORRE, P.G.; SÁ, S.P.C.; VALENTE, G.S.C.; SILVINO, Z.R. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **RevEnferm UFPE online**, v.7, p.7151-7159, 2013.
- MARQUES, L.D.E.F.G.; ROMANO-LIEBER, N.S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.401-420, 2014.
- DE OLIVEIRA LUPATINI, E. et al. Conhecimento dos pacientes de um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta. **HU Revista**, v. 42, n. 4, p. 315-322, 2017.
- NASCIMENTO, E.R.P.; SILVA, S.G.; SOUZA, B.C.; SOUZA, D.D.; NETTO, A.G. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.19, n.2, p.338-342, 2015.
- SILVA, P.F. da; ANDRADE, J.R. de; LEITE, F.R.P. Farmacêutico: breve trajetória histórica de sua profissão e formação acadêmica. **Revista latino-americana de educação, cultura e saúde – relecs**, v.1, n.1, p.19-26, 2017.
- FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.; D'INNOCENZO, M. Validation of the process criteria for assessment of a hospital nursing service. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.4, p.841-850, 2013.
- TRIERVEILER, K. S. et al. FAMILY FUNCTIONING OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 993-1002, Dec. 2015.
- ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.; CASTELO BRANCO, E.; MACHADO, W.C.A. Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: Implicações

para o cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.4, p.654-661, 2013.

23. MACHADO, W.C.A.; SILVA, V.M. DA; SILVA, R.A. DA; RAMOS, R.L.; FIGUEIREDO, N.M.A. DE; BRANCO, E.M. Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.10, p.3161-3170, 2016.