

# REVISÃO SISTEMÁTICA OU INTEGRATIVA

## RECURSOS E INOVAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ALTA: REVISÃO INTEGRATIVA

### NURSING RESOURCES AND INNOVATIONS FOR HOSPITAL DISCHARGE: AN INTEGRATIVE REVIEW

### RECURSOS EN INNOVACIONES DE ENFERMERÍA PARA EL ALTA HOSPITALARIA: REVISIÓN INTEGRADORA

Bianca Bolzan Cieto <sup>1</sup>  
Danielle Cristina Garbuio <sup>2</sup>  
Vânia Bueno de Camargo <sup>3</sup>  
Anamaria Alves Napoleão <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Bacharelado e Licenciatura. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Bianca Bolzan Cieto. E-mail: biabolzan@hotmail.com

Submetido em: 16/09/2013

Aprovado em: 03/06/2014

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar recursos e inovações de enfermagem aplicados à alta de pacientes. Trata-se de revisão integrativa da literatura em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, Cochrane, LILACS e SciELO. A amostra constituiu-se de 12 artigos. Como inovações de enfermagem foram identificados o uso de *checklist*, programa de internação ultracurta e enfermeira de ligação. Os recursos em geral identificados foram: trabalho em equipe multidisciplinar; integração entre atenção primária, especializada e serviços sociais para a alta hospitalar; acompanhamento por telefone pós-alta; quadro branco; registro eletrônico de saúde; material educativo escrito; plano de cuidado impresso; protocolos de alta; gerenciamento de caso; fita de áudio; folheto com telefones e *web sites* de serviços da comunidade; educação continuada dos profissionais de saúde; coordenador de alta, enfermeira-facilitadora da alta e enfermeira educadora. Os recursos e inovações para a alta podem contribuir com gestores e profissionais de saúde no sentido de fornecer subsídios para melhorias do processo de alta.

**Palavras-chave:** Alta do Paciente; Inovação; Recursos em Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aimed to identify nursing resources and innovations applied to patient discharge. It is an integrative literature review in which PubMed, Cochrane, LILACS and SciELO databases were used. Sample consisted of 12 articles. The use of a checklist, an ultra-short hospitalization programme and a liaison nurse were identified as nursing innovations. The resources were as follows: multidisciplinary teamwork, integration between primary care, specialized care, social services and hospital discharge, telephone follow-up after discharge, whiteboard, electronic health record, written educational material, printed care plan, discharge protocols, case management, audio tapes, booklet with phones and web sites of community services, continuing education of health professionals, discharge coordinator, nurse facilitated discharge and nurse educator. In conclusion, resources and innovations may help managers and health professionals in improving their discharge procedures

**Keywords:** Patient Discharge; Innovation; Health Resources; Nursing.

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar qué recursos e innovaciones de enfermería se aplican en el alta del paciente. Se trata de una revisión integradora de la literatura cuya base de datos fue PubMed, Cochrane, LILACS y SciELO. La muestra estuvo compuesta por 12 artículos. Se identificaron las innovaciones de enfermería: checklist, el programa de hospitalización ultracorta y la enfermera de enlace. Se identificaron los recursos: el trabajo en equipo multidisciplinario, la integración de los servicios de atención primaria, especializada y social para el alta hospitalaria, seguimiento por teléfono después del alta, pizarra, registro electrónico, material educativo escrito, protocolos para alta, gerencia de caso, cita de audio, folleto con los teléfonos y páginas web de servicios de la comunidad, formación continuada de los profesionales de la salud, coordinador, enfermera-facilitadora para alta y enfermera educadora. Llegamos a la conclusión que los recursos e innovaciones de enfermería para el alta hospitalaria, juntamente con gestores y profesionales de la salud, contribuyen a mejorar el proceso de alta hospitalaria.

**Palabras clave:** Alta del Paciente; Innovación; Recursos em Salud; Enfermería

## INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é um processo que deve ser levado em conta no plano de cuidados do paciente, com vistas a facilitar sua transição do serviço para o domicílio. A família, os cuidadores, os hospitais e os serviços de atenção primária devem trabalhar juntos e os padrões de atividade e desempenho desse processo devem ser monitorados regularmente, além da necessidade de receptividade por parte dos serviços para soluções inovadoras.<sup>1</sup>

Como parte desse processo, as atividades assistenciais desempenhadas pelos profissionais de saúde e enfermagem devem ser organizadas e estabelecidas por meio de um planejamento da alta, que deve ter enfoque multidisciplinar e na segurança do paciente e família.

O planejamento da alta é parte integrante do processo de enfermagem<sup>2</sup> e melhores práticas são necessárias.<sup>3</sup> Nesse sentido, os recursos e as inovações de enfermagem devem constituir práticas cotidianas da assistência, com a finalidade de melhorias no plano de cuidado para a alta dos pacientes. Sabe-se que quando o planejamento da alta é executado efetivamente, a recuperação do paciente ocorre de maneira apropriada, o custo com os cuidados de saúde diminui e reinternações não planejadas são prevenidas.<sup>4,5</sup>

Dessa forma, o planejamento da alta requer a disponibilidade de diferentes recursos em saúde (humanos, materiais, financeiros e físicos) e inovação. Compreende-se por inovação o desenvolvimento de uma ideia ou invenção convertida em alguma aplicação útil, que pode ser incorporada em produtos, serviços ou processos.<sup>6</sup>

Assim, considerando a relevância do planejamento da alta para os pacientes, sua família e sociedade, este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica os recursos em geral e as inovações que têm sido utilizados para a alta dos pacientes.

## MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura que possibilita análise sistemática<sup>7,8</sup> e é considerada um dos métodos mais amplos de revisão, ao permitir a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de se obter plena compreensão do fenômeno do estudo.<sup>8</sup>

As etapas percorridas para a revisão foram as propostas por Broome<sup>9</sup>: formulação da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para a busca de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.

A questão norteadora do presente estudo foi: “quais são os recursos e inovações utilizados pela enfermagem para a alta de pacientes?”

As bases de dados consultadas foram *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health* – PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>),

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/>), *Scientific Electronic Library Online* – SciELO (<http://www.scielo.br/>) e *The Cochrane Library* (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>).

Para a busca nas bases LILACS e SciELO foram utilizados os descritores controlados do Descritores em Ciências de Saúde (DeCS), sendo eles: alta do paciente, enfermagem, inovação e recursos em saúde *na combinação*: alta do paciente AND enfermagem AND inovação; alta do paciente AND enfermagem AND recursos em saúde; alta do paciente AND enfermagem AND inovação AND recursos em saúde. Para a busca na base PubMed e Cochrane foram usados os descritores controlados do *Medical Subjects Headings* (MeSH) *patient discharge, nursing e health resources* e o descritor não controlado *innovation*, empregando-se o operador booleano AND entre os descritores e as mesmas combinações descritas anteriormente.

Para a seleção dos estudos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos com o objetivo de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos em línguas portuguesa, inglesa ou espanhola publicados no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2012, que abordavam os recursos e as inovações de enfermagem utilizadas para a alta de pacientes. O critério de exclusão foram os estudos que não respondiam à questão norteadora.

A busca dos estudos na íntegra foi feita por meio do serviço de comutação bibliográfica e acervo da biblioteca da Universidade Federal de São Carlos, bem como a consulta ao Portal de Periódicos da CAPES por meio do sistema de busca da Biblioteca Eletrônica da UFSCar.

Na PubMed foram identificados 222 estudos. Destes, após a leitura de todos os títulos e resumos, foram excluídos 210 por não possuírem relação com a temática e incluídos 12, que foram obtidos na íntegra. Na base de dados *Cochrane Library* foram identificados quatro estudos, na SciELO três e na LILACS um, todos excluídos por não terem relação com a temática.

Posteriormente, os estudos foram sumarizados com o registro do autor, ano, título, periódico, método, país de origem da publicação, nível de evidência, conclusão e recursos e inovações mencionados. Para fins de análise e organização, os recursos e as inovações foram agrupados em categorias temáticas estabelecidas pelas autoras deste estudo: recursos administrativos, recursos materiais e recursos humanos.

Para a classificação do nível de evidência (NE), adotou-se o proposto por Melnyk e Fineout-Overholt<sup>10</sup>: nível I – evidências procedentes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou originados de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências obtidas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado

bem delineado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII – evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

## RESULTADOS

Dos artigos analisados, oito possuíam como autor principal enfermeiras e quatro não indicaram claramente a profissão dos autores; oito apresentam como instituição sede do autor principal universidades, quatro instituições hospitalares. Em relação ao país de origem, três são procedentes da Inglaterra, três dos Estados Unidos, três da Austrália e os demais procedentes do Canadá, Dinamarca e Bélgica, com um estudo cada.

Quanto ao periódico em que foi publicado, dois foram em revistas de enfermagem geral, dois em revistas interdisciplinares na área da saúde, dois em revistas de enfermagem pediátrica, um em revista de enfermagem oncológica, um em revista de enfermagem urológica, um em revista de gestão em enfermagem, um em revista de anestesiologia e terapia intensiva, um em revista de enfermagem de emergência e um em revista médica.

Entre os estudos incluídos foram identificados seis artigos originais, duas atualizações<sup>11,12</sup>, estudos de caso<sup>13,14</sup>, uma nota e informação<sup>15</sup> e um relato de experiência.<sup>16</sup> Quanto ao delineamento dos estudos originais, dois randomizados controlados<sup>17,18</sup>, um quase experimental<sup>19</sup>, um estudo de coorte<sup>20</sup>, uma pesquisa-ação<sup>21</sup> e um estudo descritivo.<sup>22</sup>

Entre os artigos, sete<sup>11,16,21</sup> não estão previstos no modelo de classificação do nível de evidência utilizado<sup>10</sup>, dois NE II<sup>17,18</sup>, um NE III<sup>19</sup>, um NE IV<sup>20</sup> e um NE VI.<sup>22</sup>

Três estudos<sup>16,20,21</sup> ressaltam que a implementação de um *checklist*, de um programa de internação ultracurta e de enfermeira de ligação da alta da Unidade de Cuidado Intensivo são inovações implementadas para trazer benefícios ao processo de alta.

Os outros nove estudos<sup>11,15,18-20,22</sup> apresentam as ferramentas utilizadas para o processo de alta, que foram extraídas e categorizadas em recursos administrativos, recursos materiais e recursos humanos.

Na categoria recursos administrativos, foram identificados: integração entre atenção primária, especializada e serviços sociais para a alta hospitalar<sup>13</sup>, plano de gestão para a alta<sup>13</sup>, gerenciamento de caso<sup>19</sup>, acompanhamento por telefone pós-alta<sup>15,16,22</sup>, telefone de contato da enfermeira responsável pelo cuidado durante hospitalização e pós-operatório<sup>16</sup> e protocolos de alta.<sup>15</sup>

Em relação à categoria recursos materiais, foram identificados: *checklist*<sup>21,22</sup>, quadro branco<sup>13,14</sup>, registro eletrônico de saúde

(prontuário eletrônico)<sup>13</sup>, plano de cuidados impresso<sup>13,16,19</sup>, informação escrita<sup>11,16</sup>, fita de áudio<sup>18</sup>, material educativo escrito<sup>15,18,22</sup> e folheto com telefones e *web sites* de serviços da comunidade.<sup>22</sup>

Quanto à categoria recursos humanos, identificaram-se: trabalho em equipe multidisciplinar<sup>13</sup>, educação continuada dos profissionais de saúde<sup>15</sup>, coordenador de alta<sup>19</sup>, enfermeira-facilitadora da alta<sup>12</sup> e enfermeira educadora.<sup>17</sup>

Os recursos e inovações de enfermagem identificados estão listados na Tabela 1 de acordo com o tipo de estudo e força de evidência.

Tabela 1 - Recursos e inovações de enfermagem, tipo e nível de evidência dos estudos. São Carlos – SP, 2013

NE	Tipo do estudo	Recursos e inovações
II	Estudo randomizado controlado <sup>17-18</sup>	Enfermeira educadora; material educativo escrito e fitas de áudio
III	Estudo quase-experimental <sup>19</sup>	Gerenciamento de caso
IV	Estudo de coorte <sup>20</sup>	Enfermeira de ligação da alta da Unidade de Cuidado Intensivo
VI	Estudo descritivo <sup>22</sup>	<i>Checklist</i> ; acompanhamento por telefone pós-alta; material educativo escrito; folheto com telefones; e <i>web sites</i> de serviços da comunidade

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento e implementação de recursos para o sucesso da alta hospitalar tem sido uma preocupação atual dos enfermeiros. Sabe-se que esses profissionais desempenham papel crucial no planejamento da alta, pois passam um tempo significativo com os pacientes, são capazes de reunir informações dos mesmos de forma eficaz e estão cientes do cuidado de que os pacientes podem necessitar.<sup>12</sup>

Entre os estudos que compuseram a amostra predominaram aqueles não classificados no modelo de classificação de nível de evidência utilizado, o que sinaliza a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que produzam resultados de melhores níveis de evidência para subsidiar a prática clínica. Os estudos trouxeram informações sobre recursos e inovações de enfermagem desenvolvidas e implementadas em serviços hospitalares, como também revisões e atualizações de especialistas sobre o tema. Ressalta-se o fato de não terem sido encontrados estudos brasileiros sobre essa temática.

Os dados obtidos revelam a necessidade da inclusão, no planejamento da alta, de recursos administrativos, materiais e humanos para estruturação do processo de alta, além da organização dos serviços de saúde e disponibilização de documentos, registros e materiais que norteiem as condutas dos profissionais de saúde e enfermagem. Outra sinalização é a produção de conhecimento novo ou melhorado de intervenções para a assistência, consideradas inovações, que significam novas alternativas<sup>23</sup> para o aprimoramento do processo da alta.

O uso de um *checklist* foi considerado pelas autoras de uma pesquisa-ação realizada na Inglaterra em 2006 como uma inovação no processo de alta. Elas o identificaram como uma ferramenta útil para enfermeiros no ensino para a alta, por ser um recurso que favorece a padronização de informações que devem ser transmitidas antes da alta, além de formalizar o ensino esperado para esse período.<sup>21</sup>

Entende-se que o *checklist* constitui um recurso material de fácil manuseio e aplicável ao ensino para a alta, pela possibilidade de assegurar que as etapas esperadas para uma prática segura dentro de determinada situação sejam percorridas e ainda por favorecer o registro rápido das atividades realizadas no processo de alta.

A implementação de um programa de internação ultracurta para mulheres com câncer de mama em um hospital universitário também foi trazida como inovação em um relato de experiência realizado na Dinamarca no ano de 2010. Diante desse novo modelo, para que a qualidade do cuidado e o suporte psicossocial não fossem comprometidos com a alta precoce, novos procedimentos e padrões de qualidade foram discutidos entre as enfermeiras e um conjunto de critérios para a alta foi estabelecido.<sup>16</sup>

Entre esses critérios pode-se identificar a utilização do recurso “informação escrita” r como complemento a “informação falada”, com orientações acerca da alta precoce, tratamento de feridas, manejo da dor, aconselhamento e apoio psicossocial. Outra estratégia utilizada pelas enfermeiras e considerada como recurso no presente estudo foi o fornecimento do telefone da enfermeira responsável pelos cuidados durante a internação e pós-operatório à paciente para que entrasse em contato quando necessário. Também ficava estabelecido um telefonema da enfermeira entre o terceiro e quarto dia após a alta e uma visita no sétimo ou oitavo dia.<sup>16</sup>

Ainda em referência às inovações identificadas, destaca-se um estudo de coorte (NE IV) realizado na Austrália no ano de 2006, que implementou a enfermeira de ligação da alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), modalidade de atuação que os autores consideram uma inovação que beneficia a redução de atrasos da alta, uma vez que o atraso implica o número de leitos disponíveis e prejudica o atendimento.<sup>20</sup>

De acordo com a descrição feita, o intuito dessa nova modalidade é disponibilizar um profissional capacitado para o gerenciamento dos cuidados. Cabe a ele garantir a comunicação no trabalho da equipe multidisciplinar, intermediar a comunicação entre os serviços envolvidos no processo da alta e a preparação educacional do paciente e familiar.

No Brasil, estudo descritivo realizado em 2007 identificou a demanda e as possibilidades de atuação da enfermeira de ligação em um hospital. As autoras afirmam que a proposta da enfermeira de ligação surge para suprir a desarticulação entre a atenção básica e hospitalar. Os benefícios da implantação dessa

nova modalidade são a continuidade do tratamento no âmbito ambulatorial/domiciliar, o desenvolvimento de ações de promoção à saúde no ambiente hospitalar e a prevenção de agravos à capacidade funcional do paciente, além de evitar reinternações.<sup>24</sup>

As autoras salientam também que a comunicação entre o profissional de saúde que atua no hospital e o profissional que atua na atenção básica favorece a troca de conhecimentos. Nessa troca haveria consolidação de saberes construídos mutuamente para um mesmo projeto coletivo.<sup>24</sup>

Experiências nesse sentido também foram identificadas em outros estudos como recursos em geral, com as denominações “enfermeira-facilitadora da alta”<sup>12</sup> e “coordenador de alta”.<sup>19</sup> Autores enfatizam que essa nova modalidade de atuação do enfermeiro promove uma experiência positiva de internação hospitalar para os pacientes<sup>12</sup>, além de oferecer ao profissional visibilidade institucional e melhorias no planejamento de ações de saúde.<sup>24</sup>

Sobre os demais recursos identificados, para a estruturação do trabalho da equipe multidisciplinar no planejamento da alta, protocolos de alta<sup>15</sup> e planos de gestão para a alta<sup>13</sup>, eles têm sido apresentados como base para a linearidade do cuidado (durante e após internação), uma vez que favorecem a avaliação detalhada das necessidades dos pacientes e influenciam positivamente o trabalho da equipe ao fornecerem perspectivas da integralidade das ações e do planejamento de ações de saúde.

A introdução de um quadro branco nas enfermarias<sup>13,14</sup> também foi mencionada como um recurso que favorece o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento de cuidados dos pacientes. O quadro pode ser visualizado por toda a equipe e as informações de saúde do paciente discutidas entre eles, o que favorece a comunicação e a redução de atrasos em exames, encaminhamentos e alta. Salienta-se o alerta quanto à localização do quadro branco para a privacidade do paciente.<sup>14</sup> Além disso, entende-se que cabe à equipe atentar para conteúdos que não devam constar no quadro.

Recursos utilizados para a educação em saúde podem ser considerados fundamentais para o manejo adequado do cuidado e recuperação de saúde dos pacientes. Nesse sentido, por meio de materiais educativos escritos<sup>15,18,22</sup> fitas de áudio<sup>18</sup> e acompanhamento por telefone pós-alta<sup>15-16,22</sup>, enfermeiros ensinam e reforçam os cuidados necessários para a recuperação e/ou manutenção da saúde pós-alta hospitalar.

Autores opinam que toda forma de ensino do paciente para a alta precisa ter comunicação eficaz entre equipe, paciente e família, adequar-se ao nível de alfabetização do educando, ocorrer em ambiente calmo e livre de distrações e respeitar o desejo do paciente ou família em não receber educação em saúde.<sup>11</sup>

Entre os trabalhos classificados com NE sobre atividades educativas para a alta destaca-se estudo experimental (NE II) realizado nos Estados Unidos<sup>18</sup> no ano de 2008. Este testou um programa de intervenção educativo-comportamental, no qual eram

distribuídas informações armazenadas em fitas de áudio e pastas com materiais escritos para a educação em saúde de mães de bebês prematuros que receberam alta hospitalar. As mães responderam escalas para avaliação de estresse, ansiedade, depressão e crenças sobre o bebê prematuro e seu papel durante a hospitalização. Também foi utilizada uma escala para avaliação da interação mãe-bebê, que foi preenchida por observadores. Constatou-se que a intervenção educativa promove conhecimentos e mudanças comportamentais, que desencadeiam resultados positivos de saúde para ambos, observados no estado emocional das mães e na realização do cuidado ao bebê prematuro.

Destaca-se ainda outro estudo experimental (NE II), também realizado nos Estados Unidos<sup>17</sup>, no ano de 2012, que avaliou a mudança de desempenho em pacientes com insuficiência cardíaca antes e após a educação para a alta. Por meio de uma intervenção em grupo, a enfermeira educadora disponibilizava sessão de uma hora, face a face, acerca da doença, seu manejo e alimentação. Concluiu-se que a introdução de uma intervenção face a face por uma enfermeira educadora melhorou o conhecimento dos pacientes e reduziu a probabilidade de serem readmitidos.

Sobre a estratégia para um planejamento de alta seguro, centrado no paciente e com comunicação entre a equipe multidisciplinar, foi identificada a integração entre atenção primária, especializada e serviços sociais com a alta hospitalar, assim como a implementação de registro eletrônico de saúde (prontuário eletrônico)<sup>13</sup> e plano de cuidados impresso.<sup>13,16,19</sup> Dessa forma, em uma rede *online* é possível o acesso por profissionais de serviços hospitalares e da comunidade às informações relevantes do paciente para a continuidade do cuidado, a fim de garantir ao paciente alta segura e continuidade do cuidado.

Além da integração entre os serviços, falhas na participação e compreensão do planejamento da alta por profissionais de saúde precisam ser resolvidas. A educação continuada desses profissionais<sup>15</sup> garante a constante atualização de conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento de habilidades básicas, específicas e de gestão implicadas na qualidade do planejamento da alta.

O gerenciamento de caso para pacientes idosos foi um recurso identificado em um estudo quase-experimental (NE III) realizado na Bélgica<sup>19</sup> no ano de 2006. Esse recurso foi implementado em seis hospitais. Neste caso, o planejamento da alta é centrado no cuidado individualizado ao idoso, planejado por uma equipe interdisciplinar e orientado por um coordenador de alta. Esse modelo foi considerado eficaz, uma vez que reduziu as institucionalizações.

Diante da totalidade de recursos utilizados no gerenciamento de caso, observa-se que o uso otimizado e combinado de recursos administrativos, materiais e humanos potencializam os resultados positivos de saúde dos pacientes.

Concorda-se com autores que afirmam que os gestores e profissionais de saúde necessitam reconhecer a relevância do planejamento da alta, da comunicação efetiva e do trabalho em equipe multidisciplinar, uma vez que essas estratégias combinadas evitam atrasos ou falta de clareza sobre a realização de exames, encaminhamentos e demandas de cuidado.<sup>25</sup>

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo foi possível identificar que os recursos e inovações foram apresentados como favorecedores do processo de alta, uma vez que aumentam a qualidade e eficiência dos serviços e, conseqüentemente, levam benefícios para o paciente.

Como recursos, identificaram-se: integração entre atenção primária, especializada e serviços sociais para a alta hospitalar; plano de gestão para a alta; gerenciamento de caso (NE III); acompanhamento por telefone pós-alta (NE VI); telefone de contato da enfermeira responsável pelo cuidado durante hospitalização e pós-operatório; protocolos de alta; *checklist* (NE VI); quadro branco; registro eletrônico de saúde; plano de cuidados impresso; informação escrita; fita de áudio (NE II); material educativo escrito (NE II); folheto com telefones e *web sites* de serviços da comunidade (NE VI); trabalho em equipe multidisciplinar; educação continuada dos profissionais de saúde; coordenador de alta; enfermeira-facilitadora da alta e enfermeira educadora (NE II).

Em relação às inovações, identificaram-se: *checklist*, um programa de internação ultracurta e enfermeira de ligação da alta da Unidade de Cuidado Intensivo (NE IV).

A utilização de recursos administrativos é indispensável para o desenvolvimento, implementação e manutenção da alta, uma vez que priorizam a eficácia dos resultados em saúde e dos resultados organizacionais. Eles estabelecem o compromisso institucional com a assistência, auxiliam no gerenciamento dos serviços prestados e garantem aos profissionais a organização de suas ações de saúde.

Os recursos materiais auxiliam os profissionais no atendimento das necessidades do paciente o mais brevemente possível. O uso desses recursos reduz atrasos em exames e, conseqüentemente, na alta do paciente; auxiliam a tornar as ações de saúde inter-relacionadas a partir da construção de planos de cuidado individualizados pela equipe multidisciplinar; e promovem a mudança de padrões de comportamento por meio da educação em saúde.

Sobre recursos humanos, as ações de desenvolvimento e treinamento de pessoal favorecem a comunicação entre profissionais, além de prepará-los para o envolvimento do paciente e seus familiares na tomada de decisões sobre os cuidados após a alta.

Salienta-se que todos os recursos identificados dentro das categorias criadas são muitas vezes inter-relacionados e inter-

dependentes e todos auxiliam na promoção da segurança do paciente, sua satisfação e a qualidade da assistência.

Os recursos e inovações para alta apresentados podem contribuir com gestores e profissionais de saúde no sentido de fornecer subsídios para melhorias do processo de alta.

## REFERÊNCIAS

1. Health Boards Executive. Admissions and discharge guidelines: health strategy implementation project. Ireland: Northern Ireland; 2003.
2. Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):527-32.
3. Boutwell AE. Discharge planning and rates of readmissions. *N Engl J Med*. 2010; 362(13):1244-5.
4. Queensland Health - Queensland Health Staff. Guidelines for PreAdmission Processes, Discharge Planning and Transitional Care. Queensland Government: Queensland Health; 1998.
5. Khankeh H, Rahgozar M, Ranjbar M. The effects of nursing discharge plan (postdischarge education and followup) on selfcare ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi Psychiatric Center. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011; 16(2):162-8.
6. Roberts R. Managing innovation: the pursuit of competitive advantage and the design of innovation intense environments. *Res Policy*. 1998; 27(2):159-76.
7. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, *et al*. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.
8. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53.
9. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 231-50.
10. Melnyk BM, Fineoutoverholt E. making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineoutoverholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. p. 324.
11. Gozdziński A, Schlutow M, Pittiglio L. Patient and family education in the emergency department: how nurses can help. *J Emerg Nurs*. 2012; 38(3):293-5.
12. Gibbens C. Nurse-facilitated discharge for children and their families. *Pediatric Nurs*. 2010; 22(1):14-8.
13. Wagstaff N. High impact actions: discharge planning. *Nurs Case Manag*. 2010; 17(3):12-4.
14. Chaboyer W, Wallen K, Wallis M, McMurray AM. Whiteboards: one tool to improve patient flow. *MJA*. 2009; 190(11):137-40.
15. Baumbusch J, Semeniuk P, McDonald H, Khan KB, Reimer KS, Tan E, *et al*. Easing the transition between hospital and home: translating knowledge into action. *Can Nurse*. 2007; 103(8):24-9.
16. Mertz BC, Williams HBH. Implementation of an ultra-short hospital stay breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2010; 1(14):197-9.
17. Kommuri NVA, Johnson ML, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2012; 86(2):233-8.
18. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the NICU: explanatory effects of the COPE Program. *Nurs Res*. 2008; 57(6):383-94.
19. Steeman E, Moons P, Milisen K, Bal N, Geest S, Froidmont C, *et al*. Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *Intern J Quality Health Care*. 2006; 18(5):352-8.
20. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Elliott D, Endacott R, Richards B. The impact of an ICU liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. *Anaesth Intensive Care*. 2006; 34(1):55-60.
21. Higby C, Pye K. Improving discharge from the paediatric oncology unit. *Pediatric Nurs*. 2009; 21(4):30-2.
22. Davison BJ, Moore KN, MacMillan H, Bisailon A, Wiens K. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urol Nurs*. 2004; 24(6):483-9.
23. Feldman LB, Ruthes RM, Cunha ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2):239-42.
24. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):459-63.
25. Lees L. Exploring the principles of best practice discharge to ensure patient involvement. *Nurs Times*. 2010; 106(25):104.