

Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde

Guidelines in health regarding hospital discharge process in readmitted users in the unified health system

Patrícia Faria Camargo¹, Larissa Delgado André¹, Neuseli Marino Lamari¹

Resumo

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde buscou a realização de um trabalho pela integralidade da assistência, prevenção, recuperação, pesquisa e educação em saúde. O tempo de internação e imobilidade no leito podem repercutir na força muscular respiratória e na capacidade funcional dos pacientes e uma equipe multiprofissional interfere de modo positivo no prognóstico funcional. A alta precoce incentiva a reabilitação, que exige conhecimento de vários profissionais a respeito da saúde funcional e enfatiza a interação da equipe interdisciplinar para continuidade aos cuidados e prevenção de agravos. **Objetivo:** identificar a importância das orientações realizadas no âmbito hospitalar após a alta no entendimento do paciente sobre seu estado de saúde para diminuição da internação hospitalar e manutenção dos cuidados ao paciente no domicílio pelo planejamento de alta. **Casística e Métodos:** Estudo realizado em um Hospital Escola de São José do Rio Preto, com 88 indivíduos, reinternados em enfermarias, sendo adultos ou idosos. O estudo foi desenvolvido por coleta de dados de prontuários e aplicação de questionário aos pacientes para caracterização da amostra. **Resultados:** Nesta pesquisa, 71% relataram que não foram encaminhados para reabilitação ambulatorial e 90% não foram encaminhados para centros de reabilitação; 51% receberam orientações da equipe de reabilitação antes da alta em sua última internação, e destes, 67% seguiram as orientações dadas. **Conclusão:** Há importância no acompanhamento do usuário do Sistema Único de Saúde no processo de alta hospitalar por meio de orientações, partindo do pressuposto da integralidade, pois a carência destas atividades gera falta de conhecimento e preparo nos cuidados prestados o que pode gerar possíveis complicações secundárias e novas reinternações.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Alta do Paciente; Aconselhamento Diretivo.

Abstract

Introduction: The conception of the National Health System pursued the development of a work through comprehensive care, prevention, recovery, research, and health education. The length of hospital stay and immobility in bed may affect the respiratory muscle strength and the functional capacity of patients. A multidisciplinary team can interfere positively in the functional prognosis. The early patient discharge encourages the rehabilitation, which requires knowledge of many professionals and emphasizes the functioning of the interdisciplinary team for the continuity of care and disease prevention. **Objective:** Identify the importance of the guidelines carried out at hospitals after discharge on the patient's understanding about his health in order to decrease hospitalization and maintenance of patient care at home through discharge planning. **Patients and Method:** Study conducted at a teaching hospital located in the city of São José do Rio Preto with 88 adults or elderly readmitted to the outpatient clinics. The study was conducted through data collection from medical records, and a questionnaire was applied to characterize the patients. **Results:** In this study, 71% of the patients reported that they were not referred to outpatient rehabilitation and 90% of them were not referred to rehabilitation centers; 51% received rehabilitation team guidelines before discharge in their last hospitalization. Of these, 67% followed the given guidelines. **Conclusion:** There is a significant importance in monitoring the multidisciplinary team during the hospital discharge process through guidelines and referrals based upon the premise of integrality. The lack of these activities creates a lack of knowledge and skills in caring, which can lead to possible secondary complications and new readmissions.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Patient Discharge; Directive Counseling.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

Conflito de interesses:

Não
Contribuição dos autores: PFC Coleta, tabulação de dados, delineamento do estudo, discussão dos achados e elaboração do manuscrito. LDA Coleta, tabulação de dados, delineamento do estudo, discussão dos achados e elaboração do manuscrito. NML Orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. TSS coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. FHAM delineamento do estudo. JTMP delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. VDAP orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. HSPP discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito. SMTN orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito

Contato para correspondência: Patrícia Faria Camargo

E-mail: pathycamargo_pfc@hotmail.com

Recebido: 23/02/2016; **Aprovado:** 09/05/2016

Introdução

A mudança do conceito de saúde após a reforma sanitária se consolidou com a publicação da nova constituição brasileira, em 1988, quando o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil, que tem como referencial de saúde direito de cidadania e pressupõe a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Com a concomitante criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), passou-se a buscar a realização de um trabalho delimitado pela integralidade da assistência: a prevenção, a assistência, a recuperação, a pesquisa e a educação em saúde⁽¹⁾.

Educação em saúde é um processo que beneficia o cuidador e o paciente, que auxilia no alívio de ansiedade e medos, no conhecimento sobre a doença e suas debilidades, favorece sua compreensão e o enfrentamento positivo da mesma, acelera o retorno ao convívio familiar, a retomada das atividades desenvolvidas anteriormente, reduz o custo com a hospitalização, eleva a sua estima pelo aumento da efetividade do tratamento e desaparecimento da sintomatologia, reduz a dor imediata ou residual, além de dar suporte aos cuidadores e, portanto leva a diminuição das reinternações⁽²⁾.

Readmissões hospitalares são frequentes e dispendiosas, com demanda crescente, diante de uma oferta que acompanhe o crescimento⁽³⁾. O processo de hospitalização é influenciado por fatores, como gravidade da doença, idade avançada, procedimentos médicos e cirúrgicos, repouso e imobilidade, infecções hospitalares, medicamentos, desnutrição e quedas estado nutricional, terapêutica empregada ou ambiente não responsivo⁽⁴⁾, podendo levar ao aumento das taxas de reinternações, do tempo de internação, custos elevados ao serviço público, desestruturação da dinâmica familiar e incapacidade futura⁽⁴⁻⁵⁾. É acompanhada geralmente, por diminuição da força muscular, inclusive respiratória, com o declínio funcional de 34-50% durante a hospitalização⁽⁶⁻⁷⁾.

Desta forma, uma equipe multiprofissional que inclui, em sua maioria, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicológicos, nutricionistas e assistentes sociais, pode interferir de modo positivo no prognóstico e na redução de sequelas, determinar maior segurança e otimizar a mobilidade física e a independência funcional e trazer maior segurança na realização dos cuidados em domicílio⁽⁸⁾.

Nos hospitais, a política incentiva a alta precoce (preparar e educar pacientes e familiares para reorganizar a vida em seus lares), de modo que assumam os próprios cuidados ou de familiares, a fim de prevenir e controlar afecções. O despreparo do cuidador poderá implicar em prejuízos e frequentes hospitalizações, conseqüente ansiedade e maior desgaste físico, com situações de risco para ambos^(3,9).

Assim, a alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, que deve incluir o desenvolvimento e a implantação de um plano para facilitar a transferência do doente, do hospital para um local apropriado de reabilitação⁽¹⁰⁾ para continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional ou a capacitação do cuidador para os cuidados necessários em domicílio, evitando assim novas reinternações⁽¹¹⁾.

O conhecimento das atividades de cuidado desenvolvidas no domicílio e/ou no ambulatório e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pacientes incapacitados ou para os próprios

pacientes poderão contribuir para as atividades educacionais da equipe interdisciplinar. Esse tem o intuito de desenvolver ações de preparo para a alta, de acompanhamento domiciliar e ambulatorial e de atenção ao cuidador, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos, e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença⁽¹²⁾. Desta maneira, as Redes de Atenção à Saúde são vistas como um modelo assistencial que preveem a integralidade entre os diversos níveis de atenção, primária, secundária e terciária, e convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas sob coordenação da atenção primária à saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Reabilitação multiprofissional é definida como processo de co-operação que envolve o paciente, seus familiares e profissionais da saúde, para assegurar independência funcional e atuar a fim de evitar complicações decorrentes da internação, podendo compor um centro de reabilitação⁽¹³⁾. A continuidade dos cuidados é direito do doente internado e consiste na sequência, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde durante a hospitalização e de apoio social⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Neste contexto, buscou-se identificar a importância das orientações realizadas no âmbito hospitalar após a alta no entendimento do paciente sobre seu estado de saúde para diminuição da internação hospitalar e manutenção dos cuidados ao paciente no domicílio pelo planejamento de alta.

Casuística e Métodos

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Escola do município de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, em corte prospectivo, com usuários do SUS, adultos ou idosos, restritos ao leito de enfermarias por doença neurológica, reumática, geriátrica, ortopédica, traumática, cardiológica, pneumológica e oncológica, de ambos os sexos, reinternados nos meses de junho a outubro de 2014.

Foram incluídos no estudo os pacientes internados com as características acima citadas e que concordassem em participar da pesquisa. Já os que se encontravam em hemodiálise e na Unidade de Terapia Intensiva foram excluídos do estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (protocolo 30716814800005415), após a autorização da diretoria do Hospital e cadastrado na Plataforma Brasil, conforme resolução 422/2012. Após a obtenção da aprovação do projeto pelo CEP, realizou-se o convite aos possíveis participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os riscos previstos foram mínimos e, quando presentes, referiam-se ao surgimento de desconforto em relação ao ato de participação da pesquisa.

A coleta de dados foi feita pelo grupo de alunos residentes multiprofissionais de Reabilitação Física da FAMERP, pela aplicação de instrumentos elaborados pelos pesquisadores na estrutura de questionários e por coleta de dados de prontuários, sendo o questionário aplicado para caracterização de pacientes reinternados nas enfermarias. Os dados foram tabulados e a interpretação dada por análise estatística descritiva simples. Foi utilizado processo de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*[®] (2010).

Resultados

O estudo incluiu 88 pacientes reinternados de um Hospital Escola Público de São José do Rio Preto, no período de 05 de junho de 2014 a 16 de junho de 2014. Observou-se média de idade de $56 \pm 17,9$ anos, sendo 48 (54,5%) do sexo masculino. Em sua maioria, 42 (47,8%) eram casados, 57 (64,8%) procedentes de cidades da região de São José do Rio Preto, 38 (43,2%) com escolaridade até a 4ª série, 44 (50%) eram aposentados e 57 (64,8%) moravam com até três pessoas em suas casas. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento de avaliação na forma de questionário, no qual as respostas eram informadas pelo próprio paciente 47 (53,5%), pelos familiares 37 (42%) ou por outras pessoas que estavam acompanhando a internação 4 (4,5%). Os resultados relacionados ao perfil sociodemográfico e econômico da casuística estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico e econômico de pacientes reinternados em um Hospital Escola de São José do Rio Preto/SP, 2014

	N	%
Gênero		
Feminino	40	45,5
Masculino	48	54,5
Estado civil		
Solteiro	19	21,6
Casado	42	47,8
União estável	4	4,5
Viúvo	7	7,9
Divorciado	16	18,2
Procedência		
São José do Rio Preto	31	35,2
Mirassol	7	7,9
José Bonifácio	4	4,5
Uchoa	4	4,5
Outras	42	47,9
Escolaridade		
Analfabeto/Funcional	8	9,1
Até 4ª série	38	43,2
5ª a 8ª série	16	18,2
2º grau incompleto	4	4,5
2º grau completo	9	10,3
Curso técnico	7	7,9
Superior incompleto	4	4,5
Superior completo	2	2,3
Na profissão		
Ativo	14	15,9
Inativo	13	14,8
Afastamento	6	6,8
Pensão	2	2,3
Aposentado	44	50,0
Aposentado/ativo	1	1,1
Sem resposta	8	9,1
Tipo de profissão		
Autônomo	20	22,7
Do lar	13	14,8
Trabalhador rural	11	12,5
Pedreiro	7	7,9
Outras	35	39,8
Nunca trabalhou	2	2,3
Nº de pessoas que moram na casa		
Até 3	57	64,8
4 a 6	28	31,8
Acima de 7	3	3,4

A Figura 1 demonstra os motivos da última internação dos pacientes entrevistados.

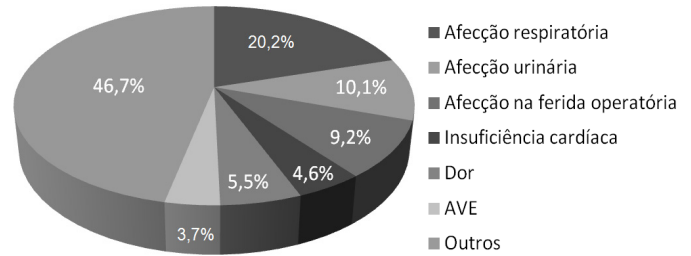


Figura 1. Distribuição percentual por afecção na última readmissão. São José do Rio Preto/SP, 2014

Dentre 88 pacientes avaliados, 47 (54%) responderam que foram esclarecidos quanto ao prognóstico funcional, outros 32 (36%) responderam não e 9 (10%) não souberam informar. E entre os 54% dos pacientes que relataram estar esclarecidos, 53% entenderam que serão reabilitados (Figura 2).

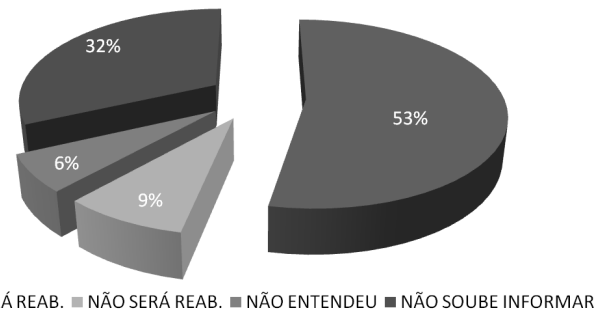


Figura 2. Ilustração da distribuição percentual de pacientes em relação ao entendimento sobre o prognóstico funcional. São José do Rio Preto/SP, 2014

Quando perguntados se houve orientação pela equipe de reabilitação antes da alta hospitalar em sua internação anterior, 45 (51%) responderam que sim, enquanto 37 (42%) responderam que não foram orientados e 6 (7%) não souberam informar. Deste orientados, prevaleceu-se o seguimento das orientações (67%) (Figura 3).

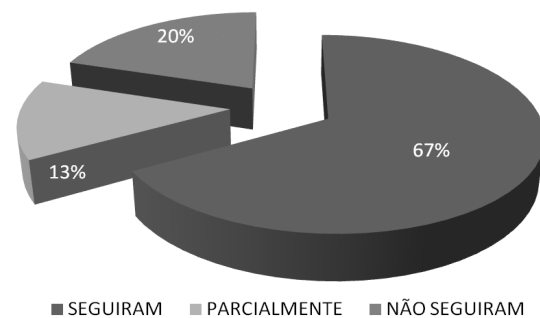


Figura 3. Ilustração da distribuição percentual de pacientes em relação ao seguimento das orientações. São José do Rio Preto/SP, 2014

A maioria dos pacientes 36 (40,9%) reinternou no período de três meses após a primeira internação e 34 (38,6%) apresentaram mais de três reinternações. Os principais motivos das reinternações foram relacionados com sintomas e/ou doenças cardíacas 19 (14,4%) e afecção respiratória 18 (13,6%). Durante as reinternações os pacientes receberam cuidados de diversas equipes, sendo a clínica médica 26 (16,4%), cardiologia 23 (14,5%) e cirurgia geral 19 (12%) as mais prevalentes.

Discussão

Muitos são os problemas vivenciados pelos pacientes e familiares após a alta hospitalar. Ambos necessitam desenvolver tarefas para solucionar situações inesperadas ou já presenciadas em ambiente hospitalar com suporte de profissionais de saúde. Um dos aspectos mais relevantes na reabilitação do paciente são as orientações passadas a ele e, principalmente, à família, que tem influência significativa sobre a saúde do indivíduo⁽¹⁶⁾. Nesta pesquisa foi constatado que 51% dos pacientes receberam orientações da equipe de reabilitação, composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos antes da alta hospitalar em sua última internação e, destes, 67% relataram seguir todas as orientações, 20% seguiram parcialmente e outros 13% não seguiram. Diante do exposto, pode-se constatar que além dos 49% não terem recebido orientações, grande parte não dá continuidade às orientações ou as rejeitam no momento da alta, o que dificulta o processo de reabilitação.

Na prática clínica, as orientações, em sua maioria, são realizadas no momento de alta hospitalar pelos profissionais de uma equipe multidisciplinar, em que há possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la⁽¹⁷⁾. Dentre elas, os cuidados em pós-operatórios, o uso correto de medicações, exercícios e posicionamentos, a estimulação psíquica, sensorial e motora, os cuidados referentes à alimentação, o uso de sonda enteral, disfagia e a necessidade de continuidade à assistência por uma equipe multiprofissional.

Na educação à saúde do paciente internado, tanto a informação verbal quanto a escrita, são importantes e complementares⁽¹⁷⁾. Estudo ressalta que o alto custo das internações busca minimizar o tempo de internação do paciente, sendo necessário o planejamento de alta hospitalar. Reforça ainda a preocupação em assegurar a continuidade do tratamento e que as reinternações ocorrem principalmente pelo desconhecimento dos pacientes e familiares acerca dos cuidados a serem efetivados no domicílio⁽¹⁸⁾.

Foram colhidas também, na presente pesquisa, as informações de que 54% dos pacientes foram esclarecidos quanto ao prognóstico funcional e 36% não. Destes 54% orientados, 53% entenderam que serão reabilitados, outros 9% referiram que não, 6% responderam que não entenderam e 15% não souberam informar. O prognóstico funcional apresenta relação direta entre o prejuízo motor e o nível de gravidade da doença e considera também a influência cognitiva sobre o desempenho motor, a condição socioeconômica da família, a realização de acompanhamento com equipe multidisciplinar e as necessidades diárias que irão interferir para que o usuário SUS adquira sua independência de maneira funcional⁽¹⁹⁾.

Alguns autores destacam os seus princípios, como a educação do doente ser feita ao longo da internação e não apenas na alta, a fim de que o paciente e cuidador apresentem total compreensão de seu quadro clínico e suas necessidades; oferta aos pacientes da informação necessária com linguagem acessível; fornecimento de um plano de alta escrito com dados de medicamentos e sua posologia, dieta e estilo de vida, instruções sobre procedimentos, exercícios e consultas de saúde posteriores à alta; informação sobre a internação, sinais e sintomas de risco; entre outros⁽²⁰⁾. Também reforçam a importância da organização na hora de transmitir as informações aos pacientes e cuidadores, a fim de maximizar o entendimento, autonomia do paciente e aceitação. Isto pode ser percebido pelos dados da amostra deste estudo, que reforçam a dificuldade de compreensão do paciente quanto às informações passadas pelos profissionais de saúde.

Nesta amostra, observou-se que a maioria da população apresenta baixa escolaridade. Uma das exigências educacionais atuais em saúde, de acordo com a OMS⁽²¹⁾, é a busca e aplicação de estratégias que beneficiem as atitudes de saúde e o envolvimento consciente dos cidadãos na superação de dúvidas e temores relacionados aos cuidados a serem implementados no processo saúde-doença, sem restrições geográficas ou socioculturais.

Há a necessidade de estabelecer um protocolo de orientações para alta, de modo a facilitar e melhorar sua efetividade⁽²²⁾. O processo de alta envolve um trabalho em conjunto, desde as orientações antes da alta e a realização de encaminhamentos para continuidade à assistência pela equipe multiprofissional, o que pode influenciar assim, no índice de reinternações⁽²³⁾. A comunicação inadequada e/ou técnica durante as transições de cuidados pode dificultar o entendimento referente ao estado de saúde, a monitorização e tratamento adequado e gerar implicações não só na segurança do doente e qualidade dos cuidados, mas também na sua saúde⁽²⁴⁾.

A alta hospitalar é um processo que deve implantar e desenvolver um plano para facilitar a transferência do doente do hospital para um local apropriado, o que nem sempre acontece. Esse programa é um conjunto de atividades que envolvem, tanto os doentes quanto os prestadores de cuidados de saúde, num trabalho em equipe de forma a facilitar assim a transferência de cuidados⁽²⁵⁾. As necessidades físicas e psicossociais do doente e do cuidador após a alta, devem ser avaliadas precocemente para delinear um plano de cuidado efetivo, no qual, não só o paciente esteja aderido às orientações, à reabilitação e ao processo de alta hospitalar, mas seu cuidador, a fim de que, todo o processo de assistência em saúde seja pleno⁽²⁶⁾.

Conclusão

Conclui-se que o programa de alta hospitalar é dependente de atividades que envolvem, tanto os pacientes quanto seus cuidadores, em um trabalho de equipe, de forma que facilite a transferência para o domicílio. Esse deve garantir a continuidade dos cuidados e consiste nas intervenções integradas pelas redes de atenção à saúde e de apoio social. É relevante o atendimento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar no processo de alta hospitalar com orientações, que partam do pressuposto da integralidade, uma vez que a carência destas atividades gera falta

de conhecimento e preparo nos cuidados prestados, possíveis complicações secundárias e novas reinternações.

Referencias

01. Carvalho FG. O trabalho da fisioterapia na assistência ao idoso na atenção básica. *Cad Saúde Desenvol.* 2013;3(2):21-34.
02. Tsukamoto HF, Almeida AF, Bortolotti LF, Ribeiro EA, Maiola FRE, Salvador GA, et al. A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. *Saúde Pesqui.* 2010;3(1):53-8.
03. Lawson EH, Hall BL, Louie R, Ettner SL, Zingmond DS, Han L, et al. Association between occurrence of a postoperative complication and readmission: implications for Quality Improvement and Cost Savings. *Ann Surg.* 2013;258(1):10-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31828e3ac3.
04. Costa FM, Correa ADB, Narala Neto E, Vieira EMM, Narala MLS, Lima E, et al. Avaliação da funcionalidade motora em pacientes com tempo prolongado de internação hospitalar. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.* 2014;16(2):87-91.
05. GRAF C. Functional decline in hospitalized older adults: it's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *AJN The Am J Nursing.* 2006;106(1):58-67.
06. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Hamilton K. A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:202. DOI: 10.1186/1472-6963-11-202.
07. Pinto LM, Pereira AB, Fabri AF. Desempenho ocupacional em atividades de vida diária de pessoas com desnutrição crônica internadas em enfermarias de clínica médica. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2013;21(2):307-12. DOI: 10.4322/cto.2013.032.
08. Pashley E, Powers A, McNamee N, Buivids R, Piccinin J, Gibson BE. Discharge from outpatient orthopaedic physiotherapy: a qualitative descriptive study of physiotherapists' practices. *Physiother Can.* 2010;62(3):224-34. DOI: 10.3138/physio.62.3.224.
09. Vieira CPB, Fialho AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev Rene Fortaleza.* 2010;11(2):161-9.
10. Garção FS. Planejamento da alta hospitalar: impacto nos indicadores de desempenho hospitalar [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2013.
11. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.
12. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008;7(1):65-72. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v7i1.4908.
13. Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD, Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med.* 2012;44(11):901-12. DOI: 10.2340/16501977-1040.
14. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. [acesso em 2014 Dez 2]. Carta dos Direitos do Doente Internado; [aproximadamente 12 telas]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
15. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:423. doi: 10.1186/1472-6963-14-423.
16. Meirelles ARN, Luedy A, Menezes D, Ribeiro H. Implantação de um programa de educação do paciente em um hospital público. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;39(3):668-80. DOI: 10.5327/Z0100-0233-2015390300015.
17. Coriolano-Marinus MWV, Pavan MI, Bettencourt ARC. Validation of educational material for hospital discharge of patients with prolonged domiciliary oxygen prescription. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):284-89. DOI: 10.5935/1414-8145.20140041.
18. Souza PMBB, Queluci GC. A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para a prática assistencial na enfermagem. *J. Res Fundam Care.* 2014;6(1):153-67. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p153.
19. Rebel MF, Rodrigues RF, Araújo APQC, Corrêa CL. Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2010;20(2):342-50.
20. Greenwald JL, Jack BW. Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. *Prof Case Manag.* 2009;14(3):135-40. DOI: 10.1097/NCM.0B013E318198D4E1.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
22. Wong E, Yam C, Cheung A, Leung M, Chan F, Wong F, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:242. Disponível em: DOI: 10.1186/1472-6963-11-242.
23. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013;7(Esp):7151-9. DOI: 10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201324.
24. National Transitions of Care Coalition (NTOCC). Improving transitions of care. Findings and considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition". Washington: NTOCC; 2010.
26. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home. *Rev Latinoam Enferm.* 2013;21(Esp):216-24.

Patrícia Faria Camargo é fisioterapeuta, com especialização Lato Sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória Geral e Intensiva pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais e Residente Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: pathycamargo_pfc@hotmail.com

Larissa Delgado André é fisioterapeuta, residente multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de

São José do Rio Preto-SP (FAMERP) e atualmente mestranda pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). E-mail: lari09federal@gmail.com

Neuseli Marino Lamari é fisioterapeuta, mestre, doutora e livre-docente em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), professora adjunta III-D junto à graduação e Pós Graduação Lato e Stricto Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP) . E-mail: neuseli@neuselilamari.com