



# **PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR SEGURA E DESOSPITALIZAÇÃO**

## **Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA**

### **PREFEITO DE BOA VISTA/RR**

ARTHUR HENRIQUE BRANDÃO MACHADO

### **SECRETÁRIO DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR**

MARCELO ZEITOUNE

### **DIRETORA GERAL HCSA**

LAUDINÉIA BARROS DA COSTA BOMFIM

### **DIRETORA ADMINISTRATIVA**

LIVIA CONEGUNDES MOURA

### **DIRETOR TÉCNICO HCSA**

YOSVANY DÍAZ MÁRQUEZ

### **DIRETOR CLÍNICO HCSA**

PETER COUTINHO MELO

### **DIRETOR DE ENFERMAGEM HCSA**

RODRIGO AUGUSTO ZAGURY CARDOSO

### **DIRETORA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HCSA**

NEIDE DA SILVA TAVARES

### **COORDENADOR DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO**

BRUNO CORRÊA MARINHO OLIVEIRA

### **EQUIPE DE REVISÃO**

JUREMA DO SOCORRO DE SOUSA MONTEIRO

NAIANA BERTELLI PIGNATTI

AILLMA JACÓ

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1. OBJETIVO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>6</b>
<b>3. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR.....</b>	<b>7</b>
<b>4. ETAPAS DO PROTOCOLO.....</b>	<b>8</b>
<b>5. INDICADORES DE ALTA.....</b>	<b>14</b>
<b>6. RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>15</b>
<b>7. DESOSPITALIZAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>8. FLUXOGRAMAS.....</b>	<b>18</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>24</b>

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO			
Tipo de documento	Responsável pela elaboração	Numeração	Paginação

<b>PROTOCOLO</b>	Bruno Correa Marinho Oliveira	PRO.NIR.001	Páginas 5-21
<b>Título do documento</b>	<b>Responsável pela Revisão</b>	<b>Versão Número</b>	<b>Data desta versão:</b>
<b>PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR SEGURA E DESOSPITALIZAÇÃO</b>	Aillma Jacó	1ª Versão	08/07/2025
<b>Aprovação do documento</b>	<b>Responsável pela aprovação</b>	<b>Validação</b>	<b>Data de Validação</b>
<b>NAQH / HCSA</b>	<b>Jurema Monteiro</b>	1ª versão	08/07/2025
<b>Aprovação do documento</b>	<b>Responsável pela aprovação</b>	<b>Atualização</b>	<b>Data de Revisão</b>
<b>Direção Geral - HCSA</b>	Laudineia Bonfim	1ª Versão	08/07/2025
<b>Data de Validade</b>	02 anos a partir desta versão: 08/07/2025		

### **APRESENTAÇÃO**

A alta hospitalar representa um momento crítico no processo de cuidado em saúde, especialmente no contexto pediátrico. Ao contrário do que se pode imaginar, a alta não se limita ao encerramento da internação hospitalar, mas constitui uma transição que exige planejamento, comunicação eficaz e articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A ausência de um protocolo estruturado para essa etapa pode resultar em desfechos negativos, como readmissões evitáveis, descontinuidade terapêutica e aumento da ansiedade dos cuidadores. Nesse contexto, a implantação de um protocolo de alta hospitalar segura em hospitais pediátricos surge como uma estratégia essencial para garantir a segurança da criança e a continuidade do cuidado após a internação.

O conceito de alta segura está fundamentado nas diretrizes de segurança do paciente preconizadas por organismos nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em pediatria, esse processo apresenta particularidades relevantes, pois envolve não apenas o paciente, mas também sua família ou cuidadores, que assumem a responsabilidade integral pelos cuidados no domicílio. Assim, o preparo para a alta deve considerar o nível de compreensão dos cuidadores, sua capacidade de executar os cuidados recomendados, bem como as condições sociais e de acesso aos serviços de saúde.

A estruturação do protocolo de alta hospitalar segura envolve diversas etapas. O planejamento deve ser iniciado precocemente, preferencialmente a partir do momento da admissão ou da estabilização clínica da criança, e deve envolver toda a equipe multiprofissional. Esse planejamento inclui a avaliação dos critérios clínicos para a alta, a preparação da família para os cuidados em casa, a elaboração de um sumário de alta clara e completo, e o estabelecimento de mecanismos para continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar.

A preparação da família é um dos pilares do processo. Ela deve ser realizada por meio de orientações claras e compreensíveis sobre os cuidados que a criança exigirá em casa, como administração de medicamentos, identificação de sinais de alerta e realização de cuidados específicos (como aspiração de vias aéreas, alimentação por sonda, uso de oxigênio, entre outros). Técnicas de validação do conhecimento, como o "ensine de volta" e "Treinamento Parental" (está baseada em ensinar os procedimentos em que um vez o profissional faz e o responsável observa e nas outras vezes realizam juntos), são recomendadas para garantir que o cuidador tenha compreendido corretamente as instruções recebidas. Além disso, é fundamental que o sumário de alta contenha todas as informações clínicas relevantes, encaminhamentos e agendamentos de consultas, apresentado de forma acessível à família.

Entretanto, o verdadeiro diferencial de um protocolo de alta segurança está na ênfase ao cuidado pós-alta. É nesse período que surgem muitos dos desafios que podem comprometer a recuperação da criança. O acompanhamento pós-alta, por meio de visitas domiciliares por equipes de atenção básica e comunicação ativa com os serviços de saúde da rede, permite detectar precocemente complicações, orientar condutas e reforçar o vínculo com a rede de atenção à saúde. A ausência desse suporte pode resultar em falhas na adesão ao tratamento, uso incorreto de medicamentos e reinternações que poderiam ser evitadas.

Nesse sentido, a articulação entre o hospital pediátrico e a atenção primária é essencial. O encaminhamento formal e a contrarreferência fortalecem a rede de cuidado contínuo, especialmente em casos de crianças com condições crônicas, dependência tecnológica ou em situação de vulnerabilidade social. A atuação conjunta com o serviço social também é imprescindível para assegurar que barreiras econômicas e sociais não comprometam a segurança pós-alta.

Para avaliar a eficácia do protocolo, recomenda-se o uso de indicadores como a taxa de readmissão em 30 dias, tempo médio de permanência, taxa de check-list preenchido e o nível taxa de alta hospitalar até as 10 horas. Esses dados fornecem subsídios para o aprimoramento contínuo do protocolo e da qualidade assistencial prestada.

Em suma, o protocolo de alta hospitalar segura em um hospital pediátrico deve ser entendido como uma ferramenta estratégica para a segurança do paciente e a qualificação do cuidado. Mais do que um checklist burocrático, trata-se de um processo clínico e educativo, que reconhece a alta como uma transição e não um ponto final. Ao investir na preparação cuidadosa da família e na articulação com a rede de atenção, é possível promover uma recuperação mais segura, reduzir complicações e garantir maior qualidade de vida às crianças e suas famílias.

## **1. OBJETIVO**

Implementar um processo sistemático e articulado em rede na transição do cuidado pós alta hospitalar para garantir a segurança do paciente no momento da alta hospitalar, promovendo continuidade do cuidado e redução de riscos, como reinternações evitáveis, eventos adversos pós-alta e abandono de seguimento.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O público-alvo são pacientes internados pediátricos com foco na intersectorialidade (Enfermagem, medicina, serviço social, farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia e equipe do escritório de gestão de alta) em alinhamento com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para redução de falhas de comunicação na transição do cuidado que garante que o paciente e/ou cuidador compreendeu as orientações e tem condições de segui-las.

Este protocolo se aplica a todos os pacientes nos setores de internação e não será aplicado a pacientes em óbito, transferência interinstitucional com protocolo próprio ou evasão hospitalar.

## **3. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR**

A definição dos critérios para internação e alta na pediatria é fundamental para garantir a segurança e a qualidade do cuidado prestado às crianças. A internação pediátrica deve ser indicada sempre que a condição clínica da criança exija monitorização contínua, intervenções terapêuticas específicas como medicação venosa ou suporte que não possam ser realizados em ambiente ambulatorial ou domiciliar. Entre os principais motivos estão quadros de maior gravidade, como insuficiência respiratória, desidratação severa, infecções sistêmicas, crises convulsivas ou agravamento de doenças crônicas. Além dos aspectos clínicos, é imprescindível considerar fatores sociais, como situações de vulnerabilidade, negligência ou falta de suporte familiar, que possam comprometer a segurança e o cuidado da criança fora do ambiente hospitalar.

Da mesma forma, a alta hospitalar deve ser planejada de forma criteriosa e segura. É necessário que a criança apresente estabilidade clínica, com melhora ou controle adequado da condição que motivou a internação. O processo de alta também envolve a preparação dos cuidadores, que devem receber orientações claras sobre o manejo domiciliar, uso correto de medicações, sinais de alerta e necessidade de retorno em caso de intercorrências. Além disso, é essencial garantir a continuidade do cuidado, por meio do encaminhamento para serviços da rede de atenção básica ou especializada, com agendamento de consultas e exames, quando necessário. Dessa forma, os critérios para internação e alta na pediatria devem sempre considerar não apenas a dimensão clínica, mas também os aspectos psicossociais, visando a integralidade e a segurança no cuidado à criança e ao adolescente.

<b>CRITÉRIO PARA INTERNAÇÃO</b>	<b>CRITÉRIOS PARA ALTA</b>
Paciente com sinais de desconforto respiratório: tiragem intercostal, batimento de aletas nasais, retração de fúrcula.	Criança com 72 horas internada apresentando melhora clínica com evidência nos exames e que exista a possibilidade de escalonar medicação
Inviabilidade de realizar medicação oral, paciente com prostração, diarreia ou vômitos.	Término de antibioticoterapia endovenosa ou possibilidade de medicação oral.
Falha terapêutica em internação recente.	Estabilidade clínica.
Necessidade de repor hemoderivados	Pais bem orientados e seguros para manter

(concentrado de hemácias, plaquetas e plasma).	os cuidados em casa.
Necessidade de hidratação endovenosa e antibiótico injetável.	Criança com 72 horas internada apresentando melhora clínica com evidência nos exames e que exista a possibilidade de escalonar medicação
Diabetes mellitus Descompensada	Diabetes mellitus Compensada
Desnutrição grave	Sem distúrbio eletrolítico a 48 horas, melhora dos sinais clínicos, sem sinais de desidratação e com "score z" maior que -1

#### 4. ETAPAS DO PROTOCOLO

A previsão de alta hospitalar deve ser estabelecida no momento da admissão do paciente, incluindo a avaliação inicial quanto à elegibilidade para retaguarda assistencial ou processo de desospitalização. Essa triagem preliminar deve ocorrer ainda nos serviços de urgência e emergência.

O planejamento efetivo da alta, entretanto, é consolidado a partir da admissão na unidade de internação, ocasião em que o paciente é acolhido pela equipe multiprofissional e reavaliado pelo médico responsável pela rotina. Nesse momento, procede-se à definição ou à atualização da data estimada de alta, com base na condição clínica e na evolução esperada.

##### 3.1 PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

O planejamento da alta hospitalar é um processo sistemático e multiprofissional que visa garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente após a internação. Deve ser iniciado desde a admissão hospitalar, com previsão de alta e identificação de possíveis barreiras ao retorno seguro ao domicílio. Envolve avaliação clínica, social e funcional do paciente, conciliação medicamentosa, elaboração do sumário de alta, orientações claras ao paciente e cuidadores, além de comunicação com a rede de atenção à saúde. É uma estratégia essencial para prevenir reinternações, eventos adversos e promover o cuidado centrado no paciente, especialmente em populações vulneráveis como crianças, idosos e pacientes crônicos.



### 3.2 CHECK-LIST DE ALTA SEGURA

O check-list da alta segura é uma ferramenta essencial no processo de desospitalização, pois organiza e padroniza os principais critérios que devem ser verificados antes da liberação do paciente. Trata-se de um instrumento técnico e multiprofissional que contribui para garantir que todas as etapas fundamentais da alta hospitalar foram devidamente cumpridas, promovendo a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a redução de riscos associados à transição do ambiente hospitalar para o domiciliar ou outros níveis de atenção que deve ser formalizado no momento da admissão.

Na prática hospitalar, diversos estudos e diretrizes nacionais e internacionais, como os protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde, reconhecem que o momento da alta representa um período de alta vulnerabilidade, especialmente pela possibilidade de falhas na comunicação, omissões de informações, dúvidas não esclarecidas ou prescrições inadequadas. Nesse contexto, o check-list atua como um mecanismo de controle de qualidade do processo de alta, assegurando que nada seja negligenciado.

Entre os itens comumente verificados em um check-list de alta segura estão: a confirmação da estabilidade clínica do paciente, a conciliação medicamentosa (com conferência e orientação sobre medicamentos que serão utilizados em casa), a entrega do sumário de alta contendo diagnóstico, procedimentos realizados e cuidados a seguir, o agendamento de consultas de retorno ou encaminhamentos para outros serviços, e a realização de orientações compreensíveis ao paciente e/ou cuidador. Também é avaliada a capacidade do cuidador para executar os cuidados, especialmente em casos de pacientes pediátricos, crônicos ou com dependência tecnológica.

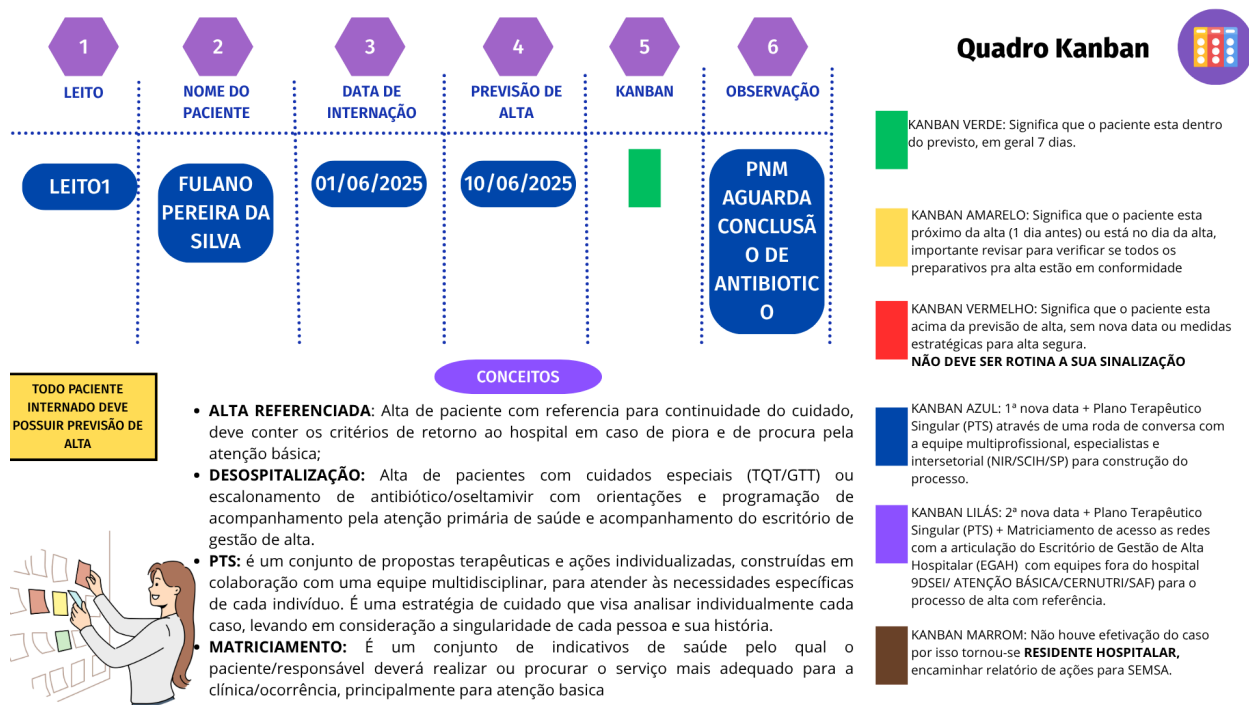
Além de sua função organizacional, o check-list favorece o trabalho colaborativo da equipe de saúde, promovendo a integração entre os profissionais e incentivando o envolvimento de todos na responsabilidade pelo desfecho seguro da internação. Ele ainda funciona como um registro formal de que os requisitos mínimos foram cumpridos, servindo como instrumento de rastreabilidade em auditorias internas ou em investigações de eventos adversos.

Portanto, a utilização sistemática do check-list da alta segura representa uma prática fundamental para a qualificação da assistência hospitalar. Ao padronizar ações, evitar falhas e reforçar a comunicação entre equipe, paciente e rede de saúde, ele se consolida como uma ferramenta estratégica para concluir o processo de alta de forma segura, ética e eficiente.

O check-list deve ser aberto nos locais de internação pelo enfermeiro responsável pela admissão e deve ser realizado por toda a equipe multiprofissional o mais breve possível e qualquer ocorrência no decorrer da internação deve ser inserida nas observações ou no PTS que deve ser colocado junto a primeira folha do prontuário.

### 3.3 ESTRATÉGIA DE KANBAN

O quadro de KANBAN é necessário para a gestão visual, nele todos os atores envolvidos no processo de alta poderão ver o progresso sendo realizado pela equipe da assistência junto com o NIR/EGAH. Obedecerá o seguinte padrão:



### 3.4 REUNIÃO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

A construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia central no modelo de atenção à saúde centrado no paciente, especialmente em contextos de complexidade clínica e social, como no cuidado a pacientes crônicos, com deficiência, em situação de vulnerabilidade ou em unidades hospitalares pediátricas. Trata-se de um processo coletivo de planejamento, que visa organizar o cuidado a partir das necessidades específicas de cada pessoa, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais, familiares e ambientais que impactam sua saúde.

Nesse contexto, a reunião multidisciplinar e intersetorial configura-se como o espaço estruturante para a elaboração e acompanhamento do PTS. Reunindo profissionais de diferentes áreas – como medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, além de representantes de setores externos à saúde, como NIR, SCIH, NUVEH, educação, assistência social e conselhos tutelares – essa reunião permite a construção de um plano de cuidado integral, compartilhado e ajustado à realidade do paciente.

A principal força da abordagem multidisciplinar está na articulação de saberes distintos e complementares. Cada profissional traz uma leitura específica sobre o caso, contribuindo para ampliar a compreensão da situação e propor ações mais adequadas e resolutivas. Já a dimensão intersetorial do PTS é essencial para garantir que os determinantes sociais da saúde – como moradia, renda, escolarização, suporte familiar e acesso à rede de proteção social – sejam considerados no processo terapêutico. Isso é especialmente relevante quando o paciente depende de recursos ou acompanhamento fora do âmbito hospitalar, como em programas de atenção domiciliar, reabilitação ou acompanhamento educacional.

A construção coletiva do PTS também fortalece o vínculo entre equipe, paciente e família, promovendo o protagonismo do usuário no seu cuidado. As metas terapêuticas devem ser construídas de forma pactuada, com linguagem acessível e considerando as possibilidades reais de adesão às condutas propostas. Isso inclui desde o tratamento medicamentoso até ações educativas, sociais e de reabilitação.

Além de orientar o cuidado de forma personalizada, o Plano Terapêutico Singular facilita a comunicação entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a

continuidade da assistência após a alta hospitalar. Ao registrar de forma sistematizada os objetivos, intervenções, responsáveis e prazos, o PTS permite o acompanhamento evolutivo do paciente e a reavaliação periódica das estratégias adotadas.

Em síntese, a reunião multidisciplinar e intersetorial para construção do PTS é uma prática estratégica para a efetivação do cuidado integral, humanizado e resolutivo. Ao promover o diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo terapêutico, ela contribui para o fortalecimento da rede de cuidado, o empoderamento do paciente e a qualificação das ações em saúde, alinhando-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e às políticas de atenção centradas na pessoa.

Esta reunião poderá ser solicitada por qualquer equipe da assistência ou NIR e deverá ser enviada em forma de convocação a todos os envolvidos definidos pelo solicitante. O EGAH ficará a cargo de realizar essa convocação. A ausência de representantes poderá levar a notificações por ausência na discussão de casos urgentes e decisórios.

### 3.5 PREPARAÇÃO E EDUCAÇÃO DO PACIENTE PARA ALTA

A educação do paciente para a alta hospitalar é uma prática fundamental no processo de desospitalização e deve ser considerada parte integrante da assistência prestada durante a internação. Trata-se de um conjunto de ações educativas, formais e estruturadas, que tem como objetivo preparar o paciente e/ou seus cuidadores para dar continuidade ao tratamento no domicílio com segurança, autonomia e compreensão adequada das orientações recebidas.

Esse processo educacional envolve mais do que a simples entrega de prescrições ou recomendações verbais. Ele requer planejamento, linguagem acessível, abordagem multiprofissional e escuta ativa para garantir que o paciente compreenda sua condição de saúde, os cuidados necessários em casa, o uso correto das medicações, os sinais de alerta para reavaliação e o cronograma de consultas e exames de seguimento.

A importância da educação na alta hospitalar se evidencia pela sua forte associação com a prevenção de eventos adversos, como reinternações evitáveis, uso incorreto de medicamentos, abandono de tratamento e complicações clínicas. Pacientes que saem do hospital sem entender adequadamente suas orientações tendem a ter dificuldades para manter a adesão ao plano terapêutico e tomar decisões informadas sobre sua própria saúde.

Para que a educação na alta seja eficaz, é necessário o envolvimento de toda a equipe de saúde — médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais —, respeitando as especificidades de cada paciente. Estratégias como o uso de materiais ilustrativos, explicações escritas e o método do “ensino de volta” (teach-back) têm se mostrado eficazes para verificar se o paciente realmente compreendeu as informações fornecidas.

Outro ponto essencial é considerar os fatores socioculturais, cognitivos e emocionais do paciente e de sua família. A educação precisa ser sensível à realidade do usuário, adaptando-se ao seu nível de letramento em saúde, à sua rede de apoio e às suas condições socioeconômicas. Isso é particularmente importante em contextos como a pediatria, em que os cuidadores são os principais responsáveis pela execução das orientações no domicílio.

Assim, a educação do paciente para a alta deve ser incorporada como uma etapa planejada e estruturada do cuidado hospitalar, com registros em prontuário, padronização de conteúdos e protocolos institucionais claros. Mais do que uma obrigação ética e legal, trata-se de uma ação estratégica que fortalece a autonomia do paciente, qualifica a transição do cuidado e contribui diretamente para a segurança e a resolutividade da atenção à saúde.

A técnica utilizada pode ser descrita como um protocolo de treinamento parental estruturado em quatro etapas, com base em práticas de modelagem e aquisição de habilidades. O treinamento deve ser iniciado o mais precocemente possível durante a internação e pode ser realizado com mais de um responsável, desde que isso não interfira no planejamento da alta hospitalar. O processo prevê, no mínimo, quatro sessões, podendo ser estendido conforme a necessidade e a segurança demonstrada pelo cuidador. Na primeira etapa, o responsável apenas observa a execução do procedimento realizada pelo profissional. Nas duas sessões seguintes, ele participa ativamente, realizando o cuidado sob supervisão. Na última etapa, o responsável realiza o procedimento de forma autônoma, sendo então considerado apto para dar continuidade aos cuidados em domicílio. Esse modelo se assemelha às abordagens de treinamento parental comportamental, amplamente utilizadas na prática clínica para promover a autonomia e a segurança dos cuidadores.

Em suma, a educação do paciente no momento da alta é uma prática indispensável para a efetivação de uma alta segura, humanizada e responsável, sendo um dos pilares da

continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) e em qualquer sistema de atenção à saúde comprometido com a qualidade.

### 3.6 SUMÁRIO DE ALTA

O sumário de alta hospitalar é um documento clínico-legal essencial que resume de forma objetiva e padronizada as informações relevantes do período de internação do paciente. Ele deve conter, obrigatoriamente, dados de identificação do paciente, diagnóstico principal e diagnósticos secundários, procedimentos realizados, evolução clínica, exames complementares relevantes, terapêutica instituída, prescrição de medicamentos, plano terapêutico pós-alta e orientações específicas para continuidade do cuidado. A entrega desse documento ao paciente ou responsável, preferencialmente acompanhada de explicações claras, é fundamental para garantir a transição segura entre os níveis de atenção.

Um aspecto crucial do sumário de alta é a inclusão dos sinais de alerta que indicam a necessidade de retorno imediato ao pronto atendimento, como febre persistente, dificuldade respiratória, alterações neurológicas (como sonolência excessiva ou convulsões), recusa alimentar prolongada ou qualquer outra manifestação clínica que represente risco à saúde. Além disso, o documento deve reforçar a importância do acompanhamento na atenção básica, que tem papel fundamental na continuidade do cuidado, monitoramento da evolução clínica e prevenção de novas internações. Dessa forma, o sumário de alta contribui para a integralidade da atenção à saúde, promovendo segurança, autonomia do cuidador e redução de riscos após a alta hospitalar.

### 3.7 CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

## 5. INDICADORES DE ALTA

% de pacientes com plano de alta registrado ou previsão de alta.

% de altas com sumário completo entregue.

Taxa de readmissão em até 30 dias.

## 6. RESPONSABILIDADES

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADE
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir a previsão de alta e o plano terapêutico para o paciente</li> <li>- Acionar Reunião Multidisciplinar;</li> <li>- Fornecer Resumo de alta com plano de cuidados pós-altas, encaminhamentos e receitas;</li> <li>- Acionar o EGAH ou NIR para desospitalização e alta;</li> <li>- Preencher a parte médica do Check-List;</li> </ul>
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir a ficha de Check-list;</li> <li>- Realizar a retirada de dispositivos venosos e outros conforme orientação médica;</li> <li>- Retirar paciente do Sistema de internação (SOULMV);</li> <li>- Inserir a alta no censo;</li> <li>- Retirar as identificações do paciente de alta;</li> <li>- Solicitar limpeza do leito e lençol para nova internação;</li> <li>- Preencher a parte de enfermagem do Check-List;</li> </ul>
ASSISTENTE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repassar as informações de vulnerabilidade para a equipe e para o EGAH;</li> <li>- Articular com a rede ou consulado da guiana a viabilização de retorno do paciente para o seu local de origem;</li> <li>- Repassar os encaminhamentos aos órgãos antes da alta;</li> <li>- Preencher a parte do Serviço Social do Check-List;</li> </ul>
PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover acolhimento e suporte emocional aos pacientes, familiares e/ou responsáveis;</li> <li>- Encaminhar para acompanhamento psicológico nas UBS, setores especializados e outros órgão da rede quando necessário;</li> <li>- Realizar preparação psicológica para alta hospitalar;</li> <li>- Preencher a parte de psicologia do Check-List;</li> </ul>
ODONTÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preencher a parte de odontologia do Check-List;</li> </ul>
FONOAUDIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preencher a parte de fonoaudiologia do Check-List;</li> </ul>
NUTRIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preencher a parte de nutrição do Check-List;</li> <li>- Avaliar o paciente e providenciar o plano alimentar ajustando as necessidades nutricionais no caso de sonda, GTT e outras ostomias e/ou quando apresentarem patologia que necessite de dieta específica.</li> <li>- Fornecer informações aos familiares e cuidadores com relação a</li> </ul>



	<p>dieta a ser ofertada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar o paciente ao serviço especializado do CERNUTRI, para acompanhamento caso seja necessário.</li> </ul>
ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA/NIR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articular com a rede de saúde a alta do paciente;</li> <li>- Participar do Round e das reuniões multidisciplinares para o PTS;</li> <li>- Acompanhar o KANBAN;</li> <li>- Acompanhar o preenchimento do Check-List;</li> <li>- O médico do EGAH/NIR poderá dar alta do paciente em caso de acordo de alta;</li> </ul>
DIREÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber e prover as solicitações previstas no relatório do EGAH;</li> <li>- Atuar junto as notificações de ausência dos profissionais representantes;</li> </ul>

## 7. DESOSPITALIZAÇÃO

A desospitalização de crianças internadas em hospitais pediátricos representa um processo complexo, que exige planejamento criterioso, articulação multiprofissional e rede de apoio social e de saúde adequadas. Trata-se de uma etapa crítica da assistência, pois envolve a transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio ou outra unidade de suporte, garantindo a continuidade e a segurança da atenção à saúde da criança, para isso formou-se o Escritório de Gestão de Altas Hospitalares (EGAH) com enfermeiros, médicos e assistentes sociais para fornecer articulação em rede.

Esse processo não se limita à simples alta médica, mas compreende um conjunto de ações articuladas para preparar a criança e sua família para o retorno ao convívio domiciliar, muitas vezes ainda com necessidade de cuidados especializados. É especialmente desafiador em casos de crianças com condições crônicas, dependência tecnológica (ventilação mecânica domiciliar, gastrostomia, oxigenoterapia, etc.), limitações funcionais severas ou vulnerabilidades sociais. Nesses casos, o planejamento da desospitalização deve começar precocemente durante a internação, com definição de metas terapêuticas e estimativa de condições para retorno seguro ao lar.

A equipe multiprofissional Assistencial — composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes



sociais — tem papel fundamental nesse processo. Cabe a esses profissionais avaliar a estabilidade clínica da criança, a capacidade da família de prestar os cuidados necessários, a acessibilidade aos insumos e medicamentos, e a articulação com a atenção primária e serviços especializados para acompanhamento pós-alta.

A desospitalização segura requer a elaboração de um plano terapêutico individualizado (PTS), com registro claro do diagnóstico, cuidados contínuos, rotina medicamentosa e contatos de referência em caso de intercorrência. O processo deve envolver orientações formais aos cuidadores, utilizando estratégias de educação em saúde que garantam a compreensão e a execução correta dos cuidados no domicílio. Ferramentas como checklists de alta e o método "ensine de volta" (teach-back) são úteis para verificar o entendimento da família.

Outro ponto crítico é a articulação com a rede de atenção à saúde, especialmente com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), que assumirão o acompanhamento da criança após a alta. A comunicação eficaz entre os níveis de atenção é essencial para prevenir descontinuidade do cuidado, abandono de tratamento ou reinternações evitáveis. A utilização de instrumentos como o sumário de alta e a contrarreferência formal deve ser incentivada.

Além disso, a desospitalização demanda avaliação da situação social da família, muitas vezes realizada pelo serviço social do hospital. A ausência de moradia adequada, renda mínima, acesso ao transporte e suporte familiar pode comprometer o sucesso da alta. Em casos mais complexos, pode ser necessário o acionamento de serviços de proteção social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), abrigo e o Conselho Tutelar, bem como a participação de programas municipais de atenção domiciliar.

O EGAH irá fomentar e acompanhar a desospitalização através de planilha compartilhada com a APS e em caso de apoio para qualquer medida será articulador a fim de evitar que esse paciente retorne de forma desnecessária aos serviços hospitalares sem a devida indicação.

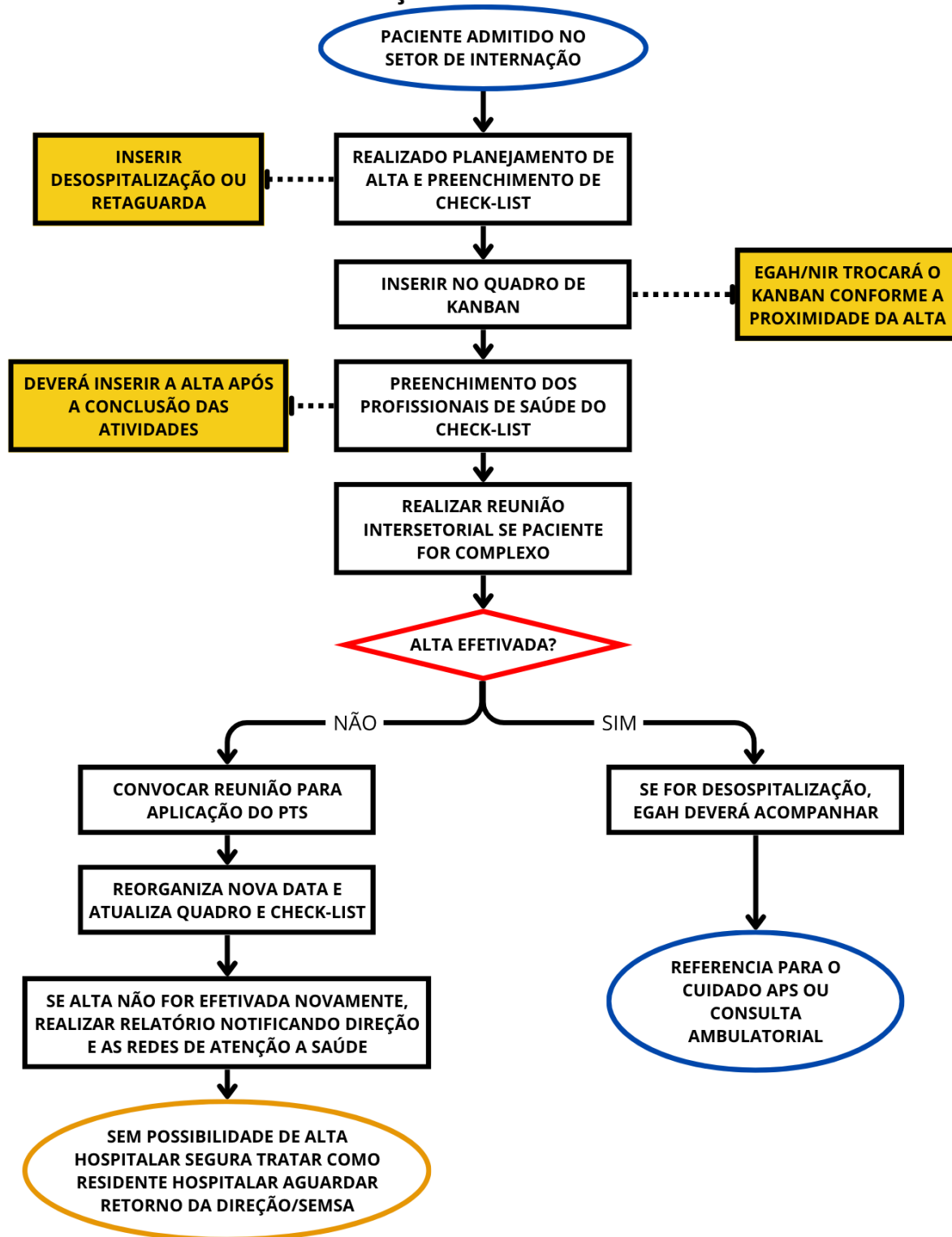
Portanto, a desospitalização de crianças internadas em hospitais pediátricos deve ser entendida como um processo terapêutico contínuo, que extrapola os muros do hospital. Sua condução adequada contribui significativamente para a segurança do paciente, redução do tempo de internação, promoção da qualidade de vida e fortalecimento do cuidado centrado na família. O fortalecimento de protocolos institucionais, a capacitação permanente das equipes e

a integração entre os serviços de saúde e assistência social são pilares essenciais para uma desospitalização eficaz, ética e humanizada.

## **8. FLUXOGRAMAS**

Segue abaixo o fluxograma do planejamento da alta segura

## FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ALTA SEGURA HOSPITALAR



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, Kamille Lima et al. *Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa*. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 11, n. 2, p. 645-655, 2017. doi:10.5205/1981-8963-v11i2a11984p645-655-2017. [arxiv.org+14periodicos.ufpe.br+14ouci.dntb.gov.ua+14](https://arxiv.org+14periodicos.ufpe.br+14ouci.dntb.gov.ua+14)

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. *A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões*. Revista Enfermagem UERJ, 2017. doi:10.12957/reuerj.2017.18684. [e-publicacoes.uerj.br](https://e-publicacoes.uerj.br)

ANACLETO, L. de A. et al. *Hospital discharge management of premature newborns: nurses' knowledge*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 13, p. 634-639, jun. 2021. [seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3ouci.dntb.gov.ua+3](https://seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3ouci.dntb.gov.ua+3)

CARNEIRO, J. M. et al. *Nursing discharge plan in hospitals: an experience report*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 12, p. 1045-1049, maio 2021. [ouci.dntb.gov.ua+3seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3](https://ouci.dntb.gov.ua+3seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3)

MANSUR, Augusto H. C. de; ANSELMO, Bettina de M.; BUCHWEITZ, Carolina P. et al. *O fluxo de alta hospitalar pediátrica: análise de um município do Sul do Brasil*. Revista FT, 2023. doi:10.69849/revistaft/ma10202308251002. [revistaft.com.br](https://revistaft.com.br)

DELATORRE, P. G.; SÁ, S. P. C.; VALENTE, G. S. C.; et al. *Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa*. Rev. Enferm. UFPE online, v. 7 (esp.), p. 7151-7159, 2013. doi:10.5205/1981-8963.v7i12a12387p7151-7159-2013. [ouci.dntb.gov.ua+1periodicos.ufpe.br+1](https://ouci.dntb.gov.ua+1periodicos.ufpe.br+1)

ERD FELDER, F.; EBACH, F.; ZOLLER, R.; et al. *Implementation of 2D Barcode Medication Labels and Smart Pumps in Pediatric Acute Care: Lessons Learned*. Appl Clin Inform, 2023.

[ouci.dntb.gov.ua+2cqhq.org.br+2scielo.br+2](https://ouci.dntb.gov.ua+2cqhq.org.br+2scielo.br+2)

ARPÍ, L. et al. *Improvement in communication during patient handoff between areas from a children's hospital*. Arch Argent Pediatr, v. 119, n. 4, p. 259-265, 2021. [cqhq.org.br](https://cqhq.org.br)

SUTHERLAND, A.; ASHCROFT, D. M.; PHIPPS, D. L. *Exploring the human factors of prescribing errors in pediatric intensive care units*. Arch Dis Child, v. 104, n. 6, p. 588-595, 2019. [cqhq.org.br](https://cqhq.org.br)

MOREIRA, B. C.; RIGO, F. L.; LEITE, E. I. *A compreensão dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva pediátrica acerca do Bundle de cateter venoso central*. Enferm Foco, v. 14, e-202324, 2023. [cqhq.org.br](https://cqhq.org.br)

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. *Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online; disponível via SciELO. [periodicos.ufpe.br+3seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3](https://periodicos.ufpe.br+3seer.unirio.br+3seer.unirio.br+3)

CUSTÓDIO, N. et al. *Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura*. REME Revista Mineira de Enfermagem, 2013. [seer.unirio.br+1periodicos.ufpe.br+1](https://seer.unirio.br+1periodicos.ufpe.br+1)

SCHMIDT, K. T.; TERASSI, M.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. *Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 6, p. 833-839, 2013. [ouci.dntb.gov.ua+6seer.unirio.br+6grafiati.com+6](https://ouci.dntb.gov.ua+6seer.unirio.br+6grafiati.com+6)

VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H. *Protocolo para a alta de bebê pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta*. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 3, e7505, 2016. [seer.unirio.br](https://seer.unirio.br)

CHIODI, L. C. et al. *Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão*. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012. [seer.unirio.br](http://seer.unirio.br)

CARMÓ, C. M. A.; OLIVEIRA, E. D.; PONTES, K. A. E. S.; et al. *Procedimentos de enfermagem em neonatologia: rotinas do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz*. Revinter, Rio de Janeiro, 2012. [seer.unirio.br](http://seer.unirio.br)

DUARTE, A. S.; SANTOS, W. S.; SILVA, L. D. B.; et al. *Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar*. Revista RENE, Fortaleza, 2010. [seer.unirio.br](http://seer.unirio.br)

GALEANO, S. P. O.; MARÍN, S. C. O.; SEMENIC, S. *Preparing for post-discharge care of premature infants: experiences of parents*. Investigación y Educación em Enfermería, 2017. [seer.unirio.br](http://seer.unirio.br)

SCHMIDT, K. T. et al. *Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem*. Rev. RENE, v. 12, n. 4, p. 849-858, 2011. [seer.unirio.br](http://seer.unirio.br)

FRASSO, H. et al. *Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral*. Texto Contexto Enferm, SciELO Brazil.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO, 2011. Tradução: *Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional*. Rio de Janeiro: Autografia / PUC-Rio, 2016. ISBN 978-85-5526-850-2 [gov.br+14who.int+14scielo.edu.uy+14](http://gov.br+14who.int+14scielo.edu.uy+14)

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** *WHO Safe Childbirth Checklist*. Geneva: WHO, 2015. [Disponível em: WHO Checklist para parto seguro – incluída em protocolos de transição e

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.** *Carta dos Direitos de Segurança do Paciente.* Washington, D.C.: PAHO, 2004. Tradução “Carta dos Direitos de Segurança do Paciente” publicada em edições regionais. [iris.paho.org](http://iris.paho.org)

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Orientações para Alta Hospitalar.* Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Rio de Janeiro, 20XX. [Folder informativo sobre planejamento da alta iniciado na admissão] [gov.br+15into.saude.gov.br+15cremeb.org.br+15](http://gov.br+15into.saude.gov.br+15cremeb.org.br+15)

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.* Brasília: MS, 2012. [Estrutura do programa Rede Sentinela e transição segura entre serviços] [bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Guia “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações a pacientes, familiares e acompanhantes”.* Brasília: MS, 2013. [Orienta ações de segurança, incluindo alta segura com prescrição completa e conciliação medicamentosa]

## **10. ANEXOS**

Checklist de alta segura.

Modelo de sumário de alta.

Planilha de Acompanhamento das Redes.