

Construção do DesHospitaliza - Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas

Construction of DesHospitaliza - Plan for responsible discharge of elderly patients with chronic diseases

Construcción de DesHospitaliza - Plan de alta responsable de pacientes ancianos con enfermedades crónicas

Recebido: 27/01/2021 | Revisado: 04/02/2021 | Aceito: 07/02/2021 | Publicado: 15/02/2021

Leonor Maria da Silva Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4785-7381>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: leonorms.gomes@gmail.com

Ana Maria da Silva Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3047-1180>
Universidade Federal Fluminense, Brasil
E-mail: anaestrelagomes@yahoo.com.br

Danielle Galdino de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0103-6828>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: danielle.paula@unirio.br

Taís Veronica Cardoso Vernaglia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3391-7301>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: tais.vernaglia@unirio.br

Resumo

Objetivo: identificar as categorias que deverão compor o plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas e que servirá de documento norteador para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro, visando contribuir para a realização de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para a Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, com uso da técnica de grupo focal e Análise Temática de Conteúdo, com auxílio do software IRAMUTEQ. **Resultados:** a análise dos dados permitiu a identificação das categorias consideradas importantes para compor o plano para alta responsável, a saber: acolhimento e porta de entrada, planejamento para alta responsável, atenção centrada na pessoa e educação em saúde. **Considerações:** O conteúdo apreendido na pesquisa demonstra a necessidade dos serviços de saúde hospitalares desenvolverem ações, elaborarem protocolos e planos para alta responsável. Percebeu-se que é preciso investir na mudança de cultura institucional para avançar na direção de um cuidado centrado no paciente e pautado na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Planejamento da alta; Cuidados de transição; Atendimento integral à saúde do idoso; Envelhecimento populacional; Doenças crônicas.

Abstract

Objective: identify the categories that should be part of the safe discharge plan for elderly patients with chronic diseases, which will serve as a guiding document for the federal hospital units in Rio de Janeiro, aiming to contribute to the implementation of best practices in the processes of dehospitalization and transition from hospital care to primary health care. **Methodology:** this is an exploratory descriptive study with a qualitative approach, that uses the focus group technique and Thematic Content Analysis with IRAMUTEQ software. **Results:** the data analysis provided the identification of categories considered important when drawing up a safe discharge plan, which were: admission and gateway, planning for safe discharge, patient-centered care and health care education and training. **Remarks:** The content learned from the research indicates the need for hospital health services to develop actions, protocols and plans for safe discharge of patients. It is necessary to promote a change in organizational culture in order to advance in patient-centered care based on the integrality of care.

Keywords: Discharge planning; Transition care; Integral health care for the elderly; Population aging; Chronic diseases.

Resumen

Objetivo: identificar las categorías que deben componer el plan de alta responsable del paciente anciano con enfermedades crónicas y que sirva de documento rector para las unidades hospitalarias federales de Río de Janeiro, con miras a contribuir a la conducción de las mejores prácticas en el proceso de deshospitalización y transición. Desde la atención al alta hospitalaria hasta la Atención Primaria de Salud Metodología: se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, utilizando la técnica de grupos focales y Análisis de Contenido Temático. Resultados: el análisis de los datos permitió identificar las categorías consideradas importantes para componer el plan de altos responsables, fueron: recepción y entrada, planificación de altos responsables, atención centrada en la persona y educación en salud. Consideraciones: El contenido aprehendido en la investigación demuestra la necesidad de que los servicios de salud hospitalarios desarrollen acciones, desarrollen protocolos y planes para la alta dirección y que es necesario invertir en un cambio de cultura institucional para avanzar en la atención centrada en el paciente basada en la atención integral.

Palabras clave: Planificación del alta; Atención de transición; Atención integral de salud a la tercera edad; Envejecimiento de la población; Enfermedades crónicas.

1. Introdução

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), defini a pessoa idosa como aquela com 60 anos ou mais de idade, seguindo a classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, critério usado neste estudo.

O Brasil está passando pelo envelhecimento demográfico mais rápido do mundo, uma tendência que se acelerará durante o século XXI (Lima-Costa et al., 2018). As estimativas são que o número de idosos aumentará continuamente durante a transição da estrutura etária, se aproximando de 50 milhões em 2050 ou 20% da população total, correspondendo a uma proporção mais alta em relação a encontrada hoje em qualquer país da Europa (Organização Pan Americana de Saúde [OPAS], 2009).

Segundo Camarano (2014), o único grupo etário que deverá apresentar taxas de crescimento crescentes é o de 60 anos ou mais, resultado das altas taxas de fecundidade ocorridas nas décadas de 1950 e 1960 e da queda da mortalidade (Camarano, 2014).

As consequências desse crescimento são o aumento das demandas assistenciais, previdenciárias, econômica, familiares e de saúde para atender esse segmento (Miranda, 2016; Lima-Costa, et al., 2018). Em relação aos serviços de saúde, esses sentirão os efeitos do envelhecimento da população brasileira, pois com a ampliação da expectativa de vida, o perfil epidemiológico sofre mudanças, as doenças crônico-degenerativas passam a ter importância considerando que “o padrão das doenças dos idosos, são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos” (Veras & Oliveira, 2018), além disso o idoso é o público que, comparado a outras faixas etárias, mais utiliza os serviços de saúde, com internações hospitalares e tempo de ocupação do leito maiores.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e em especial os que pertencem aos grupos vulneráveis como os idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade. São as principais causas de mortes no mundo (63%) e no Brasil, corresponde a 72% dos índices de mortalidade, com destaque para doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica, constituindo um problema de saúde pública. (Brasil, 2011).

Em relação aos serviços de saúde, esses ainda estão pautados no modelo hospitalocêntrico, médico assistencial e curativista, com um cuidar fragmentado, atuando de forma isolada, sem comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e com sistemas de apoio (Mehry & Feuerwerker, 2008; Mendes, 2010), questão que deve ser considerada tendo em vista, que os idosos apresentam necessidade de uma rede de saúde integral e integrada, o que constitui um desafio para a saúde pública.

Sabemos que os cuidados prestados nos equipamentos de saúde hospitalares são complexos, com inúmeros desafios enfrentados na assistência aos pacientes, em especial os idosos, que estão mais suscetíveis a riscos durante a internação (incidentes, eventos adversos, infecções, declínio funcional, entre outros) e após alta hospitalar.

Nesse contexto, e pensando na contribuição para a melhoria da assistência prestada ao paciente idoso portador de doença crônica, emerge a questão norteadora: na elaboração de um plano de gestão para alta responsável, que categorias deverão ser contempladas para atender o idoso de forma integral e integrada durante a internação e alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS)?

Essa é uma das discussões semeada pela Câmara Técnica (CT) de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro, que compõe o conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), que se desdobraram em reflexões, encontros técnicos científicos e impulsionaram a implementação de novas práticas em diferentes espaços e a necessidade de refletir sobre ações e estratégias que possibilitassem a melhoria contínua da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (Gomes, et al., 2020).

Foram também subsídios para pensar a necessidade de identificar categorias e orientações que devem constar no planejamento para alta responsável, resultando na construção de um documento norteador para as unidades hospitalares federais, intitulado pela pesquisadora como *Desospitaliza - Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas*, visando contribuir para a realização de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para a APS.

Neste artigo apresenta-se o percurso metodológico desenvolvido na etapa de identificação das categorias que comporam o plano para alta responsável e a discussão dos resultados alcançados.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza aplicada, com abordagem qualitativa. O escopo metodológico da pesquisa baseia-se em técnicas usadas que operacionalizam os métodos (Pereira et. Al. 2018). Nesta pesquisa, optou-se pelo uso da técnica de grupo focal (GF), por possibilitar o alcance de uma variedade de informações, experiências, significados e representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado (Kind, 2004), e por se adequarem melhor as investigações de grupos, e segmentos delimitados e focalizados, de história social sob ótica dos indivíduos, de relações e para análise de discursos e documentos (Minayo, 2014).

O estudo foi desenvolvido no nível central de gestão do Ministério da Saúde (MS) no Rio de Janeiro, na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, no qual a pesquisadora compõem a equipe técnica.

Foram selecionados para participarem do grupo focal, profissionais de saúde das unidades hospitalares do MS no Rio de Janeiro que atenderam aos seguintes critérios: ter experiência mínima de dois anos na área de gerontologia/geriatria e/ou clínica médica; no mínimo três anos de atuação no serviço/comissão de desospitalização dos hospitais e institutos federais e; ter conhecimento sobre a temática central dessa pesquisa. O critério de exclusão foi o profissional estar em período de férias ou licença no período da coleta de dados.

Os profissionais de saúde participaram da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual foi oferecida cópia do documento. Foi apresentada a proposta da pesquisa e o objetivo dos GF no qual participaram. Os encontros dos GF foram gravados e as falas transcritas com prévia autorização. Para manter o anonimato dos participantes optou se pela identificação dos participantes do grupo focal 01 em A1, A2 e assim por diante e dos participantes do grupo focal 02 em B1, B2 e assim por diante.

O convite para participação no grupo focal foi extensivo a todos os profissionais que compõem a CT de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no RJ. O GF 1, teve a participação de quatro enfermeiros, dois assistentes sociais e uma psicóloga e técnica de assuntos educacionais e no GF 2 participaram duas assistentes sociais, uma enfermeira e uma médica.

Todos os participantes compõem as equipes dos Serviços ou Comissões de Desospitalização das unidades hospitalares e são membros da CT Desospitalização, a única exceção foi a médica do GF 2, que era coordenadora da Área de Gestão da Qualidade e Segurança na Assistência à Saúde, e participou representando o nível central de gestão do MS no Rio de Janeiro.

Estavam representados nos grupos focais três unidades hospitalares e dois institutos federais do MS. Os hospitais são referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica e oncológica, atendem pacientes clínicos e cirúrgicos e dois deles possuem emergência de porta aberta. Dos institutos representados, um é responsável pelo atendimento oncológico de crianças em geral e de adultos e o outro é especializado em atendimento cirúrgico de alta e média complexidades na área de ortopedia e traumatologia.

Com a utilização da técnica de pesquisa de grupo focal foi possível identificar as categorias consideradas importantes para compor um plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas.

No processo para coleta de dados optou-se pelo uso de roteiro semiestruturado, dividido em três blocos de temas com assuntos considerados essenciais para entendimento do processo assistencial e cuidado com vista ao planejamento da alta hospitalar e desospitalização, foram eles: acolhimento de pacientes idosos com doenças crônicas quando a admissão no hospital; planejamento da alta hospitalar e; transferência das informações entre o hospital e os demais serviços extra-hospitalares.

Foram realizados dois encontros no período de 06 de fevereiro a 13 de março de 2020, com duração total de duas horas e trinta e cinco minutos. Era previsto a realização de no mínimo mais dois grupos focais, porém não foi possível em decorrência do advento da pandemia pelo Covid-19, que resultou na suspensão de realização de reuniões como uma das medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, conforme Instrução Normativa nº 21, de 16 de março de 2020 (Brasil, 2020).

Destacamos que apesar do empecilho não houve prejuízo nos resultados da pesquisa tendo em vista a representatividade das unidades hospitalares federais, das categorias profissionais participantes, bem como do conteúdo e resultados obtidos.

Na análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática Categorial definida por Bardin (1977). Na fase de pré-análise, as transcrições foram salvas em documento word, organizadas em um banco de dados e realizada exploração do material com leitura flutuante do mesmo, caracterizado como o momento de contato com os documentos da coleta de dados e conhecimento do texto (Mozzato & Grzybovski, 2011). Na etapa de análise, as informações foram ordenadas em unidades de registro (UR) e unidades de significação (US) (Bardin, 1977) facilitando a visualização, agrupamento e análise do material.

A análise incluiu 302 unidades de registro (UR), que foram constituídas por frases retiradas das transcrições consideradas relevantes para o objeto de estudo, codificadas e agrupadas por temas com valor de significado. Foram identificados dezessete temas de unidades de significação, as unidades de registro equivalentes ao agrupamento dos temas foram contabilizados e calculada a porcentagem de cada corpus (corpus 1 e 2) e da soma desses com uso das seguintes fórmulas: 1- Cálculo da porcentagem das unidades de registro dos corpus 1 e, 2- identificadas: N° de US de cada corpus / N° total das UR de cada corpus = X % e; 2- Cálculo da porcentagem dos corpus analisados: N° de US dos corpus 1 + corpus 2 / N° total da soma das UR dos corpus 1+ corpus 2 = Y %.

Para contribuir no processo de análise das categorias foi utilizado o software livre IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2 (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa (Souza, et al., 2018).

Foram elaborados quadros para registro e explicação dos passos adotados para alcance dos resultados fornecido pela análise.

O presente estudo está em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo

seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/2012 (Brasil, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob CAAE 25650719.9.0000.5285.

3. Resultados e Discussão

A análise dos dados permitiu a identificação das categorias consideradas importantes para compor o plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. As categorias foram: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e; educação em saúde (Quadro 1).

No processo de categorização considerou-se, critérios teóricos, fontes de estudos e a práxis dos profissionais participantes da pesquisa.

Quadro 1– Definição das categorias com porcentagem total dos corpus analisados, Rio de Janeiro, Brasil, 2020.

TEMAS UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA	TOTAL DE CORPUS ANALISADOS (% UR)
Acolhimento na internação de pacientes crônicos.	Questões distintas no fluxo interno na admissão do paciente	Acolhimento e porta de entrada	23%
Como se dá o processo de internação do paciente.			
Unidade oferece ou já ofereceu acolhimento para grupos específicos.			
Considera importante ter acolhimento (como deve ser).	Acolhimento como elemento importante para plano de alta		
Realizam planejamento para cuidado integral durante período de internação com vistas a alta responsável.	Pensar a saída antes da entrada	Planejamento para alta responsável	57%
Questões que devem compor o planejamento para alta responsável.			
Atuação das equipes de desospitalização no processo de planejamento para alta responsável			
Ferramentas/instrumento utilizados para o processo de planejamento para desospitalização.			
Questões institucionais que interferem no planejamento para a alta responsável.	Situações que interferem no planejamento par alta responsável		
Falta de articulação e comunicação inter equipes e com a RAS.			
Possibilidades para um plano de cuidados que objective a alta responsável.	Desospitalização com vistas a alta responsável.		
Estratégias para acompanhamento após alta hospitalar e continuidade do cuidado.			
Possibilidades para melhorar a comunicação com a			

RAS.			
Colocações dos participantes relacionadas ao paciente idoso e questões correlatas.	Necessidades de saúde do paciente idoso e outros	Atenção centrada na pessoa	10%
Realidades distintas, perfil diferentes das unidades.	Cultura institucional pautada numa assistência fragmentada	Educação em saúde	10%
Visão institucional.			
Os profissionais de saúde da unidade tem atuação assistencial fragmentada (falta de cultura institucional para desospitalização).			

Fonte: Autores.

O quadro acima apresenta os temas de unidade de significação obtidos a partir dos grupos focais, as sub-categorias que subsidiaram a identificação das categorias e as porcentagens referentes ao total de corpus analisados, que serão descritas mais adiante no texto.

Caracterização dos participantes

O perfil dos participantes dos grupos focais é caracterizado por profissionais de saúde da rede federal no RJ, com atuação na área da saúde a mais de dez anos (90%) e os demais entre seis a dez anos (10%). A categoria profissional com maior representatividade nos grupos focais foi a enfermagem (37%) e serviço social (36%), tivemos a participação de psicólogo, médico e técnico de assuntos educacionais com percentual de 9% cada categoria.

Em relação ao grau de escolaridade a maioria tem pós-graduação strictu sensu. mestrado (80%), doutorado (10%) e pós-graduação lato sensu (10%). Os profissionais se enquadraram no principal critério de inclusão para participação no grupo focal, que era possuir experiência e atuação na área de desospitalização, 80% com mais de seis anos de atuação e 20% com três anos a cinco anos (Gráfico 1).

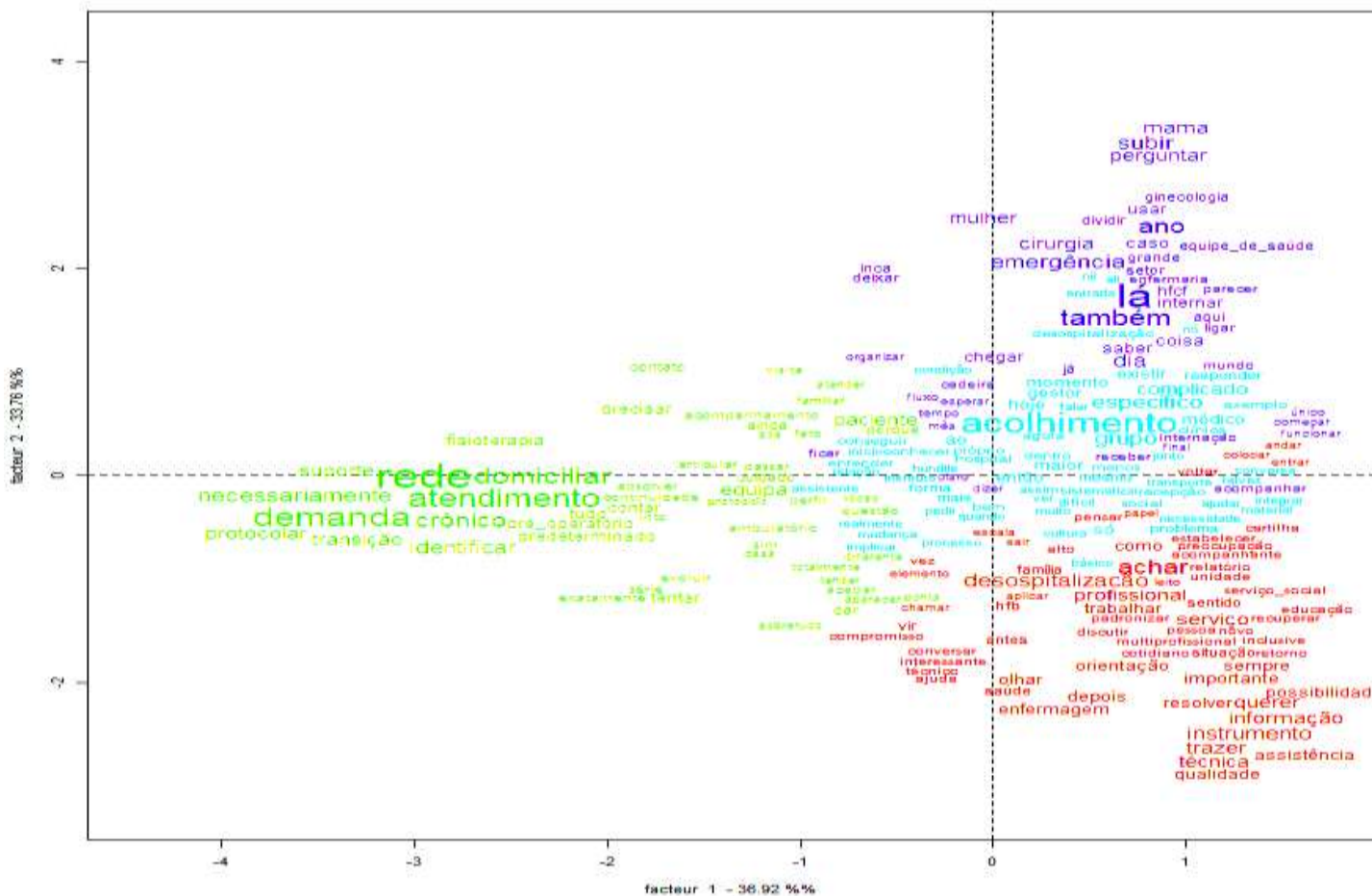
Gráfico 1 – Tempo de atuação profissional em serviços/comissões de desospitalização Rio de Janeiro, Brasil, 2020.



Fonte: Autores.

De modo a permitir melhor visualização das associações contidas no corpus foi realizada, através do software livre IRAMUTEQ, a análise fatorial de correspondência (AFC) (Figura 1).

Figura 1 - Análise fatorial de correspondência (AFC), Rio de Janeiro, Brasil, 2020.



Fonte: software livre IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0.7 alpha 2.

A AFC colaborou com os dados obtidos na análise de conteúdo categorial. Pode-se perceber através da AFC que as palavras evocadas mais fortemente (por estarem próximas ao eixo cartesiano) foram acolhimento, desospitalização e rede, e cada uma dessas estavam associadas principalmente as palavras:

- Acolhimento - conhecer o hospital, grupo, início, sistematizar, entender.
- Desospitalização - padronizar, trabalho multiprofissional, família, aplicar, importante, informação, instrumento, educação qualidade.
- Rede - atendimento domiciliar, transição, identificar, paciente crônico, articular.

Categorias

Acolhimento e porta de entrada

A categoria acolhimento e porta de entrada obteve um percentual de 23% de destaque nas falas dos participantes dos grupos focais. O grupo focal 1 (corpus 1), discorreu mais sobre o tema acolhimento (26%) que o grupo focal 2 (18%), mas ambos os grupos consideraram este elemento como importante na assistência ao paciente idoso e na composição do plano para alta responsável.

O grupo focal 1, formado unicamente por hospitais federais de média e alta complexidade, colocou que não existe acolhimento na porta de entrada, na admissão dos pacientes e em especial do paciente idoso nessas unidades.

“Não tem acolhimento, chega pela porta de entrada aberta.” (A7Ha).

“Aqui também não têm acolhimento, mesmo não sendo um hospital de emergência, sendo referenciado não tem acolhimento.” (A1Hb)

“Não tem acolhimento em momento nenhum”. (A5Hc)

“A gente faz o acolhimento da família, mas não é na porta de entrada, ele já está internado.” (A5Hc)

O grupo focal 2, com representação dos institutos federais do MS, informou possuir acolhimento que denominam de “recepção integrada” e “consulta pré ambulatorial”.

“Eu acho que melhoraria tudo, questão de relação, comunicação.” (A3Ha)

“É o acolhimento que a gente tem inicial, o primeiro contato e no ambulatório, nessa consulta de pré internação.” (B11d)

Em ambos os grupos foi consenso que realizar o acolhimento na pré internação e admissão hospitalar é uma ação importante.

“O acolhimento resolveria muitos problemas.” (A7Ha)

“Acho que nesse momento da porta de entrada alguém que esclareça quais são as normas do hospital, que o hospital não é eterno, que tem um período para ele ficar, se recuperar e depois voltar para casa.” (A3Ha)

“Essa equipe de recepção integrada que é formada por esses profissionais que trabalham no sentido da Desospitalização já na admissão.” (B2Ie)

“A consulta pré ambulatorial é importantíssimo, fundamental. Apesar de a gente ainda não valorizar tanto ele, como eu acho que a gente tinha que valorizar .” (B11d)

Conceitualmente, o termo acolhimento encontra definições distintas, porém complementares. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (2013), considera acolhimento como “a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade” (Brasil, 2013).

Na Política Nacional de Humanização (PNH) (2010) o acolhimento é expresso “como ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” e, afirma ser “uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS” (Brasil, 2010).

Um ponto a ser destacado é que o acolhimento não deve ser igualado a triagem ou simples recepção do paciente, “é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (Brasil, 2018)

Os profissionais pontuaram essa questão no seus relatos colocando que nas suas unidades o acolhimento é entendido ou compreendido pela instituição como uma triagem ou recepção que desenvolve um papel meramente burocrático e questionam essa atuação corroborando com as considerações da PNH sobre a questão.

“Acolhimento só no sentido burocrático de emitir o boletim.” (A1Hb)

“vem com o papel do posto, data, especialidade, vai no Núcleo de Acolhimento, no guichê 1, ele apresenta o formulário dado no posto, é visto qual o ambulatório ele será direcionado e é indicado que vá para a porta do ambulatório”.

(A1Hb)

O Ministério da saúde (2009) ao tratar o tema Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência aponta que “o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.” (Brasil, 2009).

“É o momento que a gente tem de fato para conseguir ter elementos que vão implicar e que vão nos ajudar a pensar no processo de desospitalização para o paciente.” (B1Id)

“O momento da desospitalização, da alta, a gente já pensa nesse primeiro momento, nesse primeiro contato, porque já temos uma preocupação de pensar que o paciente ao fazer a cirurgia, se terá acompanhante, quem vai ficar, o retorno dele ao domicílio, vai retornar como, se tem o TFD (tratamento fora do domicílio) (...)” (B2Ie)

“Quem é a prioridade? de que forma você atende todas essas necessidades que não são só físicas, são psicossociais, é muito mais complicado” (A3Ha)

Os grupos focais colocaram que é importante o investimento em projetos de acolhimento pelas instituições de saúde, considerando o pressuposto pela PNH que entende acolhimento como dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. (Brasil, 2009). Esses devem ser compostos por equipe multidisciplinar com participação de profissionais que compõem os Serviços ou Comissões de Desospitalização com vistas a identificar possíveis riscos e situações de vulnerabilidade que impactuem na alta do paciente ou interfiram numa efetiva continuidade do cuidado pelas RAS.

“tem que ser multiprofissional” (A3Ha)

“É multiprofissional, É multiprofissional, com certeza tem que ser multiprofissional” (A2Hc)

“Essa equipe de recepção integrada que é formada por esses profissionais trabalham no sentido da desospitalização já na admissão do paciente” (B2Ie)

Planejamento para alta responsável

Na análise dos dados, a categoria planejamento para alta responsável foi a que registrou o maior percentual de unidades de registro e agrupamentos por unidade de significação. Ambos os grupos focais computaram percentuais próximos (corpus 1 com 58% e corpus 2 com 54%) para essa categoria, identificada como a principal categoria a compor o plano para alta responsável (57%).

Diversos temas foram abordados na discussão com os grupos focais, dentre eles: questões que devem compor o planejamento para alta responsável; atuação das equipes de desospitalização no processo de desospitalização/ planejamento para alta responsável; ações que objetivem a alta responsável; estratégias para acompanhamento após alta hospitalar e continuidade do cuidado; e possibilidades para melhorar a comunicação com a RAS.

Os relatos remeteram a necessidade de estabelecer plano institucional de desospitalização para alta responsável de pacientes internados, aqui em especial os que são idosos frágeis.

A fala do participante A5Hc “pensar a saída antes da entrada” (A5Hc), expressa a proposta central do produto desta pesquisa, da elaboração do plano para alta. Algumas unidades hospitalares da rede federal conseguiram desenvolver ações de desospitalização e atividades assistenciais que colaboram com planos para alta.

“Na nossa unidade a gente tem um fluxo, um planejamento. Temos o huddle isso facilita (...) O huddle facilita, porque tem os profissionais da emergência e os profissionais de todos os setores, médicos e não médicos, serviço social, desospitalização, comissão de cuidados paliativos, e no huddle a gente já começa a traçar um planejamento de cuidado.” (A3Ha)

“A gente identifica que é um pouco frágil e a gente já vai fortalecendo essa rede desde o início para que quando o paciente tenha alta,” (B1Id)

“A equipe da enfermaria já vai até o paciente sabendo de todo contexto de saúde, dinâmica sócio-familiar. Já vai pensando se está tudo ok ou se tem algum nozinho que precise trabalhar o processo de alta.” (B2Ie)

Outras unidades tiveram pouco êxito na implementação de ações de planejamento para alta de forma efetiva. É fato comum a essas unidades não possuírem protocolos estabelecidos e fluxos definidos de planos de gestão para a alta responsável, caracterizando o trabalho dos Serviços e Comissões de Desospitalização como ações isoladas ou realizadas sem integração entre os serviços e ou com pouca comunicação inter, intra e extra equipes.

“Não tem huddle, não tem round, não tem planejamento para a alta. Só tem discussão de alta quando a família não quer levar, aí vem a desospitalização.” (A5Hc)

“Nós chamam quando o paciente está de alta, não há o planejamento da alta”. (A5Hc)

“Como não temos uma equipe de desospitalização, isso acaba no colo do Serviço Social.” (A1Hb)

“Me chega um parecer para a equipe de desospitalização na quarta pra ter alta na sexta (...) Eu falo “não vai ter tá.” (A5Hc)

“Nós da desospitalização ainda não temos isso conjugado de uma forma sistematizada que consiga ser passada.” (B1Id)

“A gente tem trabalhado para esse grupo do pré-operatório, conseguir articular com o grupo que está no andar, junto com a gente que está na ponta da desospitalização.” (B1Id)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013) coloca que a alta hospitalar responsável é entendida como transferência do cuidado podendo ser realizada por meio da implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, a exemplo dos cuidados domiciliares; por orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado e; a partir da articulação com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a APS para continuidade do cuidado (Brasil, 2013).

Os autores Lima et al (2018), colocam que:

A coordenação da transição do cuidado é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde e comorbidades múltiplas, que frequentemente dependem de tecnologias e dispositivos para a continuidade do cuidado em suas casas ou outros contextos de cuidado, precisando de profissionais treinados e recursos de apoio no momento da alta (Lima, et al., 2018, p. 2)

Ressaltam ainda que “essa abordagem continua sendo pouco usada, particularmente no que diz respeito ao planejamento de alta do hospital para casa, gerando fragmentação no cuidado pós-alta” (Lima, et al., 2018, p.2).

O planejamento para a alta responsável envolve a realização de um plano de cuidado multidisciplinar, pois quanto melhor a organização e preparação desta com intervenções anteriores e após a alta, maiores as possibilidades de transições do cuidado mais efetivas.

Os participantes dos grupos focais colocaram suas opiniões em relação as possibilidades e estratégias para planos de

cuidado e acompanhamento após alta. Em relação as essas ações pontuaram:

“Eu acho que a partir do momento que a gente entende que desospitalizar não é desocupar leito, mas criar estratégias para que essa assistência seja qualificada, que você intitulou como alta responsável, eu acho que isso que é o essencial, é o diferencial desse processo.” (B2Ie)

“É o hospital inteiro fazendo desospitalização.” (A7Ha)

“Pra mim isso é desospitalização.” (A2Hc)

“Tem três coisas importantes; o acolhimento, o huddle e a atenção domiciliar, porque atenção domiciliar é uma extensão da desospitalização, é desospitalização para fora.” (A3Ha)

“Acho que somos consultores, assessoria.” (A3Ha)

“Pensar a desospitalização não como desocupar leito.” (B2Ie)

“Eu acho que não pensa só na desospitalização do processo da alta, mas da desospitalização como processo da qualidade do serviço prestado.” (B2Ie)

“Tem esse olhar da gestão do cuidado.” (B4S1)

“Você pensa desospitalização naquele primeiro dia lá da triagem, assim dá certo.” (B1Iid)

É importante enfatizar que os profissionais de saúde das equipes de desospitalização das unidades hospitalares representadas nesta pesquisa entendem que desospitalizar é parte do processo de gestão do cuidado, caracterizado por Olario (2019) como:

Emaranhado de ações e decisões complexas que devem ter início no período de internação e perdurar até a continuidade de atendimento no domicílio, com a participação da equipe hospitalar, domiciliar, familiar e outros que se façam necessários na transição do cuidado (p. 161).

Neste sentido, entende-se a desospitalização como mecanismo para processos de alta responsável, transição segura e continuidade do cuidado.

Burke et al (2013), a partir de pesquisas apresentaram dez domínios que consideram como ideais para transições do cuidado e que estão focados na atenção integral do paciente, dentre eles, o planejamento para alta é um dos principais. Os domínios são apresentados por Burke e colaboradores na forma simbólica de uma ponte (Figura 2) e a falta de um domínio faz a ponte mais fraca e propensa a lacunas nos cuidados propiciando maus resultados e, também quanto mais falta componentes, menos segura é a "ponte" ou a transição do cuidado (p. 2) (tradução da pesquisadora)

Os demais domínios apresentados por Burke et al.(2013) são; comunicação de informações, organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil de informações, segurança das medicações, segurança das medicações, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, suporte social, planejamento antecipado dos cuidados, coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde, monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta, acompanhamento ambulatorial.

Figura 2 - Dez domínios que consideram ideais para transições do cuidado.



Fonte: Adaptado de Burke, et al. (2013).

Alguns desses domínios também foram pontuados pelos profissionais participantes dos grupos focais como categorias importantes para alta responsável e continuidade do cuidado.

A comunicação de informações, coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde, educação em saúde, suporte social e acompanhamento após alta com articulação com as RAS foram considerados categorias fundamentais para promover a continuidade segura e eficaz dos cuidados corroborando com os domínios apontados por Burke et al, conforme trechos da falas a seguir:

“Eu eu tenho uma equipe de atenção domiciliar, eu ligo para a equipe, que no nosso caso funciona junto e a equipe vai avaliar se é necessário ter a visita ou não, se tiver a visita essa equipe vai lá e esse doente evita de ser internado.” (A3Ha)

“Na desospitalização do hospital antes de encaminhar fazemos contato com a rede de atenção à saúde.” (A5Hc)

“Às vezes você tem que conversar com a equipe da rede de atenção à saúde, porque você acha que eles vão conseguir atender e tem especificidades que eles não vão dar conta.” (A3Ha)

“Depois da alta, saiu nessa semana e na segunda-feira, terça-feira da semana seguinte a gente liga para o paciente pra ter uma noção de como ele está.” (A5Hc)

“É feito acompanhamento pós alta até 180 dias que é o estabelecido no projeto do SADE (Serviço de Atenção a Desospitalização)” (A3Ha)

“Usamos muito a Escala de Katz, para saber se o paciente está ganhando alguma autonomia na atividade de vida diária”. (A5Hc)

Apesar da percepção dos profissionais de saúde e da atuação desses no desenvolvimento de ações assistenciais para alta responsável, muitos são os entraves e dificuldades para a implementação efetiva das ações, existindo ainda lacunas a serem preenchidas para a elaboração de planos para alta responsável que sirvam de documentos institucionais orientadores para as unidades federais.

Dentre as lacunas apontada pelos participantes está a dificuldade de articulação com as RAS e o reconhecimento da

falta de instrumento que facilite a comunicação e troca de informações que contemplam dados do percurso assistencial do paciente e plano de cuidado para o após alta.

Atenção centrada na pessoa

A atenção centrada na pessoa foi outra categoria considerado importante na elaboração do plano.

Apesar de na análise de categorização esta categoria computar um menor percentual dentre as demais (10%) , entendeu-se que esse é um elemento basilar para compor um plano para alta, pois prestar uma assistência pautada na atenção centrada na pessoa é: “prover a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeitar os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garantir o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família” (Mendes, 2011; Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde [IBES], 2018), ou seja, é ultrapassar a atenção prescritiva e focada na doença e proporcionar que os pacientes sejam agentes de sua saúde.

Os principais pontos destacados nas falas dos participantes que expressaram a importância dessa categoria foram:

“com o aumento de doenças crônicas, em casos de idosos que aparecem com muitas questões, de forma que precisamos atender às necessidades, que não são só físicas, são psicossociais.” (A3Ha)

“Quando tem acolhimento, o paciente já está internado.” (A5Hc)

“Você tem que localizar onde o paciente vai ser atendido, dar o mapa da mina para o paciente e ele não conseguiu.” (A7Ha)

“Porque tem paciente que não precisa estar mais dentro do hospital, mas ainda precisa de uma equipe apoiando a família.” (A5Hc)

“E como idoso acho que tem uma questão que é muito mais latente porque ele vai demandar, é quando a gente tem às vezes um idoso com rede reduzida ou familiar ou idoso mesmo que não tem referência às vezes acontece de encontrar dificuldade para o encaminhamento no abrigo.” (B2Ie)

Educação em saúde

A educação em saúde foi a quarta categoria apontada como essencial na composição de um plano para alta responsável. A categoria educação em saúde também recebeu o percentual de 10%, mas assim como a atenção centrada na pessoa considerou-se essa categoria também como basilar para compor qualquer plano de alta.

A educação em saúde contribui no aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades do paciente (Brasil:2012).

A educação é uma das funções essenciais das diretrizes clínicas, pois são usadas como:

Instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Assim, esses instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde, depois de elaborados, devem ser transformados em produtos educacionais que devem ser apropriados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2011, p.375).

Nas falas dos profissionais de saúde é colocado:

“Educação em saúde é um elemento.” (A5Hc)

“Por isso que nosso serviço é desospitalização e educação em saúde.” (A2Hc)

“Pra mim a educação em saúde não está desvinculada do processo, está em todo processo. Esse elemento, a necessidade de orientação, acho que a Desospitalização tem muito mais a colaborar.” (A3Ha)

Importante registrar que as questões que envolvem a assistência centrada na pessoa e a educação em saúde também são temas presentes na rede hospitalar privada. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país, em publicação que compartilha as melhores práticas relacionadas a plano de cuidado e assistência ao paciente idoso coloca que é preciso considerar:

As necessidades de cada paciente, dado que a falta ou insuficiência do planejamento podem trazer repercussões inadequadas, que incluem angústia, ansiedade, efeitos adversos, erros de medicação, pouca aderência ao tratamento e piora da qualidade de vida dos idosos e seus familiares, com aumento de chances de reintegração, pela possibilidade de se deparar com incertezas acerca do tratamento e da recuperação (Associação Nacional de Hospitais Privados [ANAHP], 2018, p.86).

O documento coloca ainda que para se efetivar uma atuação interdisciplinar centrada no paciente é necessário desenvolver um plano multiprofissional de educação e preparo para alta, que deve se iniciar na admissão, levando em consideração barreiras de compreensão, situações especiais e críticas incluindo a dependência física, cognitiva e cuidados continuados no após alta. (ANAHP, 2018).

4. Considerações Finais

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de identificar as categorias consideradas importantes e que devem estar presentes na elaboração de um plano para alta responsável. Acredita-se que o produto final do estudo, o Deshospitализa – Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas, será um documento orientador para as unidades de saúde hospitalares no Rio de Janeiro que contribuirá na implementação de ações para melhoria da assistência prestada aos pacientes idosos e poderá servir de referência para demais unidades hospitalares.

O trabalho não esgota a discussão, ela a amplia. Esta é uma etapa de um processo de construção de pensar e sistematizar práticas que corroborem com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O conteúdo apreendido na pesquisa demonstra a necessidade das organizações de saúde hospitalares desenvolverem ações, elaborarem protocolos e planos para alta responsável, que é preciso investir na mudança de cultura institucional para avançar num cuidado centrado no paciente, pautado na integralidade do cuidado.

Percebe-se que uma questão crucial é pensar que desospitalizar é um mecanismo para processos de alta responsável e continuidade do cuidado, respeitando a participação e decisão do usuário e possibilitar transições seguras do cuidado, coordenadas, eficazes e efetivas.

As próximas etapas desse estudo será a elaboração do Deshospitализa – Plano para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas e validação das categorias identificadas na etapa metodológica apresentada neste artigo.

Referências

- Associação Nacional de Hospitais Privados. (2018). *Manual de gerenciamento e assistência ao idoso*. <https://ondemand.anahp.com.br/curso/manual-de-gerenciamento-e-assistencia-ao-idoso>
- Bardin L.(1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Burke, R. E., Kripalani, S., Vasilevskis, E. E., & Schnipper, J. L. (2013). Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of hospital medicine*, 8 (2), 102–109. <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Delatorre P.G., Sá, S.P.C., Valente G.S.C., & Silvino, Z. R. (2013). Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7 (12), 7152-7159. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i12a12387p7151-7159-2013>
- Feuerwerker, L. C. M. & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 965-971. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt>

- Feuerwerker, L. C. M.; Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (24), 180-188. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>
- Gomes, L. M. S., Gomes, A. Q. F., Malnati, M. S., Olario, P. S., Chagas, M. C. & Araujo, C. M. (no prelo). Panorama da desospitalização nos hospitais federais e institutos do rio de janeiro. In: Gomes, L. M. S. (Org.). *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*. Brasil: Editora do Ministério da Saúde.
- Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (2018). 8 princípios do Cuidado Centrado no Paciente, segundo o Institute of Medicine. de 13 de maio de 2018.: <http://www.ibes.med.br/8-principios-do-cuidado-centrado-no-paciente-segundo-o-institute-of-medicine/>
- Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10 (15), 124-136. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202>
- Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm
- Lima-Costa, MF (2019). Envelhecimento e saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 52 (Supl 2), 2s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>
- Lima, M.A.D da S., Magalhães, A.M.M de, Oelke, N.D, Marques, G.Q, Lorenzini, E., Weber, L.A.F, & Fan, I. (2018). Estratégias de transição de cuidados em países da América Latina: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39 (0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 15 (5), 2297-2305. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_sau.gov.pdf
- Minayo, M.C.S. (2014). *O Desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. Brasil. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2008). *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. (2a ed.), 44 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, 56 p. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2011).. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília. Autor. Recuperado de: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
- Ministério da Saúde. (2013).. *Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013*. Brasília. Autor. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Ministério da Saúde (2014). *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília. Autor. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília. Autor. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf
- Ministério da Economia. (2020). *Instrução normativa nº 21, de 16 de março de 2020. Altera a instrução normativa nº 19, de 12 de março de 2020*. Autor. Recuperado de . <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-21-de-16-de-marco-de-2020-248328867>
- Mozzato, A. R., & Grzybowski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, 15 (4), 731-747. <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>
- Olario, P.S. (2019). *Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional*. Orientadora: Profa. Dra Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN., p. 161. Tese (Doutorado em Enfermagem).
- Organização Pan-Americana da Saúde (2009). Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde : contribuição para análise de situação e tendências. <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>
- Pereira A. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UFSM. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf
- Souza, M. A. R., Wall, M. L., Thuler, A. C. M. C, Lowen, I. M. V, & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52 (0), 1-7 <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. da C. G., & Silva, A. L. A. da. (2016). Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 507–519. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- Veras, R., & Oliveira, M. (2018) Envelhecer no brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1929–1936. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.