

Silva KL, Sena RR, Castro WS

A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades

Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>

A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades

Dehospitalisation at a general hospital in Minas Gerais: challenges and prospects

Desinstitucionalización en un hospital general público de Minas Gerais: retos y posibilidades

Kênia Lara Silva^a

Roseni Rosângela de Sena^a

Wesley Souza Castro^a

Como citar este artigo:

Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.

Método: Estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. Participaram do estudo 24 profissionais de saúde e 15 familiares de usuários em processo de desospitalização. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a junho em 2015, com entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Resultados: A análise do material empírico permitiu a construção das categorias: Desospitalização: perspectiva da instituição e Organização da família para o processo de desospitalização.

Conclusão: Existem fragilidades no processo que envolve questões de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização. Assim, as estratégias utilizadas para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Serviços de assistência domiciliar. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: *To analyse the dehospitalisation process at a general public hospital in Minas Gerais, Brazil, from the perspective of managers, health workers, users and their families.*

Methods: *This is a qualitative, exploratory, descriptive study based on the principles of methodological and theoretical dialectics. The participants were 24 hospital health workers and 15 companions of users going through the process of dehospitalisation. Data were collected from April to June 2015 using semi-structured interviews and a field journal records and subsequently subjected to content analysis.*

Results: *Analysis of the empirical material led to the construction of the following categories: Dehospitalisation: viewpoint of the institution and Family organisation for the dehospitalisation process.*

Conclusion: *The study reveals a deficiency in the implementation, systematisation, internal reorganisation and continuity of care after dehospitalisation. Current dehospitalisation strategies do not favour comprehensiveness and continuity of home care.*

Keywords: *Deinstitutionalization. Home care services. Continuity of patient care.*

RESUMEN

Objetivo: *Analizar el proceso de desinstitucionalización de un hospital general público de Minas Gerais desde la perspectiva de los gestores, de los profesionales de la salud y de los familiares.*

Métodos: *Estudio descriptivo y exploratorio de enfoque cualitativo con orientación teórico-metodológica de la dialéctica. Participaron 24 profesionales de la salud y 15 familiares de usuarios en proceso de desinstitucionalización. La recogida de datos se llevó a cabo entre abril y junio de 2015 con entrevistas semiestructuradas y registros en el diario de campo. Los datos recogidos fueron sometidos a análisis de contenido temático.*

Resultados: *El análisis de los materiales empíricos permitió la construcción de categorías: la desinstitucionalización: Perspectiva institución y organización de la familia al proceso de desinstitucionalización.*

Conclusión: *Se concluye que en el proceso hay fragilidades que involucran cuestiones de implementación, sistematización, reorganización interna y continuidad después de la desinstitucionalización. Las estrategias empleadas para la desinstitucionalización no han sido suficientes para promover la integralidad y continuidad de los cuidados domiciliarios.*

Palabras clave: *Desinstitucionalización. Servicios de atención de salud a domicilio. Continuidad de la atención al paciente.*

INTRODUÇÃO

A desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares⁽¹⁻⁴⁾. Nota-se uma tendência mundial para assistência domiciliar sendo uma estratégia que vem sendo implementada nos hospitais por meio do processo de

desospitalização⁽²⁾. Os custos com assistência em saúde são muito altos, o que torna uma realidade entre os países a dar prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensadas⁽³⁾.

Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a desospitalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes de AD⁽⁴⁾. A AD é definida na Portaria do Ministério da Saúde nº 825, de 25 de abril de 2016, “*como modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados*”⁽⁵⁾. Esse instrumento normativo define um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada às RAS.

A relação da AD com a rede hospitalar é estratégica e fundamental para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo de internação⁽⁴⁾. Entretanto, a desospitalização apresenta desafios principalmente em relação à aceitação da família e quanto ao cuidador. Essa atividade frequentemente é voluntária e não tem previsão de duração, a vida dos familiares é modificada e pode determinar a sobrecarga física e psicológica, mudanças organizacionais, pessoais e coletivas ocasionando consequências negativas para a vida do cuidador⁽⁴⁻⁶⁾.

Considerando a importância do processo de desospitalização, esse artigo procura responder à seguinte pergunta: Como ocorre o processo de desospitalização em um hospital público? Pressupõe-se que para melhor aceitação da família na desospitalização é necessário estabelecer mecanismos de articulação e apoio entre o hospital, a RAS e os familiares.

O objetivo deste artigo é analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais, na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. A opção pela pesquisa descritiva permitiu analisar o processo de desospitalização no hospital cenário como fenômeno social que envolve a instituição, os usuários, seus familiares e a RAS⁽⁷⁾. O método dialético foi adotado por revelar as contradições existentes na realidade do processo de desospitalização no hospital cenário, onde profissionais de saúde, usuários e familiares coexistem em determinado tempo e espaço⁽⁸⁾.

A escolha do cenário foi intencional como parte de um projeto de pesquisa interinstitucional multicêntrico, do qual os resultados deste artigo é parte integrante. O setor de realização da pesquisa foi a clínica médica que recebe usuários provenientes da clínica cirúrgica, neurológica, centro de tratamento intensivo e pronto-socorro do hospital cenário do estudo. A opção pela unidade de clínica médica justifica-se por ter usuários com características para desospitalização e ter uma proposta institucional de orientar a família e encaminhar para a RAS os usuários no momento da alta visando a continuidade da assistência no domicílio.

Os participantes deste estudo foram: dois diretores, dois coordenadores do setor e 20 profissionais diretamente envolvidos no processo de desospitalização, seja na definição da alta ou no encaminhamento à RAS, sendo 10 enfermeiros, dois assistentes sociais e oito médicos. Foram excluídos os profissionais em licença médica ou de férias.

Também participaram 15 familiares de usuários em processo de desospitalização. Os usuários não foram entrevistados pois a maioria apresentava estado do juízo crítico alterado e/ou as condições que não ofereciam privacidade para o diálogo.

Foram incluídos familiares que estivessem acompanhando usuários com as seguintes características: recebendo assistência de enfermeiros, médicos, assistentes sociais, período de internação por mais de sete dias, maiores de 18 anos, quadro clínico estável, indicação para a continuidade do cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Belo Horizonte (BH), residentes em BH. A coleta de dados no hospital foi no período de abril a junho de 2015.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, a entrevista e o diário de campo. A entrevista foi realizada pelo pesquisador deste estudo em local que permitisse a privacidade dos participantes com o auxílio de um roteiro semiestruturado, audiogravada, permitindo a identificação, por meio das narrativas do entrevistado, das interpretações que emitiram sobre a desospitalização e a expectativa do cuidado no domicílio. Para os profissionais de saúde, diretores e familiares, foram aplicados roteiros diferentes, seguindo os objetivos do estudo. A gravação gerou um registro total de seis horas, 10 minutos e 22 segundos de entrevistas.

O diário de campo foi utilizado para que o pesquisador registrasse dia por dia suas observações durante o trabalho de campo. No diário de campo foram registradas as impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos participantes quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para assegurar a preservação do anonimato, foi utilizadas uma codificação dos nomes, bem como a retirada dos nomes das pessoas citadas nas entrevistas, de forma a evitar a identificação. Para a

codificação, os nomes dos profissionais de saúde, diretores e coordenadores do setor foram substituídos por nome de cores: branco (Assistente social), amarelo (Coordenador de setor) vermelho (Médicos), azul (Enfermeiros) e lilás (Diretores), seguidas da identificação numérica referente à ordem em que foram realizadas as entrevistas, quando havia mais de um profissional por categoria. Para os familiares dos usuários em processo de desospitalização, a codificação foi substituída por nomes de flores também seguidas da identificação numérica referente à ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática na perspectiva proposta por Bardin⁽⁹⁾. A análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas, que consistiram em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽⁹⁾.

Todas as etapas desta pesquisa foram realizadas em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012⁽¹⁰⁾. A pesquisa, primeiramente, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior como adendo do projeto de pesquisa intitulado “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS” CAAE: 07698212.7.0000.5149, número do parecer: 938.240 e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital cenário do estudo. Este artigo é produto da dissertação de mestrado intitulada “A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar”⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico permitiu a construção das categorias: Desospitalização - perspectiva da instituição e Organização da família para o processo de desospitalização.

Desospitalização: perspectiva da instituição

Essa categoria revelou as características do processo de desospitalização no hospital cenário do estudo. O processo de desospitalização mostrou-se complexo e dependente de relações entre a gestão da instituição, os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e

a RAS. A análise dos dados direcionou para a compreensão de que, contraditoriamente, apesar da intencionalidade, existem fragilidades no processo de desospitalização na instituição que envolvem questões de implementação, sistematização e reorganização dos processos internos.

Os relatos dos diretores e profissionais de saúde da instituição remeteram à iniciativa de implantação da política institucional de desospitalização no hospital cenário do estudo. Identificou-se que, processualmente, vem sendo construído um sistema de trabalho que envolve a forma como os profissionais se organizam para viabilizar a desospitalização dos usuários, os critérios utilizados para a desospitalização e as dificuldades do hospital em realizá-la.

Então, enquanto uma intenção política de implantar dentro do modelo com certeza existe, mas nós ainda temos algumas fragilidades no sentido da cobertura que a gente pode alcançar aqui internamente na nossa clientela com relação a uma sistematização mais regular, mais estável das alternativas para desospitalização e aí envolve não só questões de reorganização interna, processos de trabalho interno de preparação de alta, etc. Mas também essa responsabilidade das transferências do cuidado para outro nível de atenção na rede (LILÁS 1).

Existe uma disposição institucional para dar uma alta qualificada, essa é uma discussão contínua que nós temos. Nós sabemos quem são os parceiros que nós temos. Que é o Programa Saúde da Família, o NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], o PAD [Programa de Atenção Domiciliar]. Nós sabemos quem são os parceiros. Temos os contatos, temos uma boa articulação com a regional, a regional próxima (LILÁS 2).

A gente consegue, por exemplo, no caso do paciente com acidente vascular cerebral que ele tem um tratamento multiprofissional muito diferenciado aqui conseguir fazer essa preparação da alta internamente e também essa articulação com as equipes de atenção domiciliar dos dois distritos para que eles recebam o caso. Então essa passagem, essa transferência do cuidado é feita de uma forma mais regular mais contínua (LILÁS 2).

A análise dos dados permitiu reconhecer que as iniciativas de desospitalização buscam proporcionar a alta com mais segurança para os profissionais, usuários e seus familiares. A esse respeito, a literatura aponta que a transição do cuidado da atenção hospitalar para a primária busca aproximar as redes de atenção. Por sua vez requer um referenciamento adequado, garantindo uma transição mais efetiva⁽¹²⁾. Ademais, o planejamento da alta responsável, favorece a continuidade do cuidado no domicílio por meio de elaboração de critérios estabelecidos⁽¹³⁾.

A preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar foi apreendida a partir dos discursos a respeito da forma como a equipe multidisciplinar se organiza para a desospitalização dos usuários. Um diretor e dois médicos expressaram:

Sim, toda terça-feira, a gente tem corrida de leito de manhã e a gente discute os casos daqui do andar, todos. Inclusive para avaliar alguma pendência, alguma coisa de exame, tudo junto com a enfermagem com o serviço social e com o coordenador também para ajudar também no processo de alta (VERMELHO 4).

A gente faz reunião semanal para discutir todos os casos internados é uma reunião multidisciplinar onde participam os médicos, enfermeiros, assistente social, a equipe da nutrição muitas vezes participa. A equipe da fonoaudióloga muitas vezes participa, a equipe da fisioterapia e a gente tenta alinhar os pontos faltantes (VERMELHO 3).

A gente faz semanalmente reunião com os horizontais, os Médicos e com outros profissionais da equipe multiprofissional que cuidam dos pacientes, no sentido justamente de avaliar que ponto do tratamento da abordagem dentro do hospital aquele paciente se encontra, quais as tendências que vão ter que ser abordadas pra que ele tenha um processo agilização da alta com segurança e quais os recursos que são necessários pra ele no pós alta pra que ele não se instabilize e não se reinterne aqui (LILÁS 2).

Os achados sinalizaram para a utilização de critérios de desospitalização. Os profissionais de saúde opinaram que utilizam o critério clínico para a desospitalização dos usuários para o domicílio. Revelou-se que o principal critério é a melhora clínica e laboratorial, mas cada profissional estabelece condutas para definir se o usuário está apto ou não à desospitalização. Apesar da tentativa de construção de critérios claramente definidos, para determinadas situações não existem critérios explícitos para a desospitalização e exigem uma análise caso a caso.

Crítérios, a gente sempre trabalha com critérios. Mas muitas vezes não são critérios explícitos, está certo. E às vezes a gente tem isso incutido de quais são os critérios para desospitalizar. Mas nem sempre isso é compartilhado com todo mundo. Eu vou te dar um exemplo de um critério que é explícito. A linha de cuidado que eu estou inserido é do idoso com traumatismo ortopédico. Uma parte dos pacientes que interna tem fraturas dos membros inferiores, a maioria. É e eu tenho como critério só dar alta para esses pacientes depois que eles cumprem um programa mínimo de reabilitação motora na instituição. Que às vezes dura um dia para um paciente às vezes dura dois, dura três dias, dura quatro, que é sentar à beira do leito. Tomar um banho de chuveiro, ficar de pé, andar com algum dispositivo de ajuda de marcha. Então esse é um critério para mim é muito claro. E mais tem outros critérios que passam por questões clínicas que eu acho que precisam ser avaliados caso a caso. E aí eu não consigo te dizer explicitamente quais seriam esses critérios. Entendeu? (AMARELO 2).

Bom, a gente usa o critério, o mais usado é o critério clínico de acordo com a melhora do paciente, melhora clínica e laboratorial a gente leva em consideração se o paciente está apto ou não para ter alta, pra ser desospitalizado (VERMELHO 1).

Tem, os maiores critérios que a gente utiliza é principalmente se o paciente tem um familiar, tem uma condição clínica boa, estável, para ele ir embora. Porque quando o paciente tem um familiar presente, esse familiar cuida. É muito melhor dá alta para ele do que ficar com ele no hospital, correndo o risco de adquirir um quadro infeccioso ele até piorar. Mas a gente tem paciente que tem condições clínicas de ir embora, mas não tem familiar presente que isso é o nosso maior problema. Então a gente tenta discutir nessa reunião o que a gente pode fazer, com a opinião de outros Médicos. (AZUL 4).

A análise dos dados permitiu reconhecer que a reunião semanal entre os profissionais de saúde do hospital tem como objetivo discutir os casos para propiciar um cuidado de qualidade para os usuários, definindo o diagnóstico, condutas dos profissionais de saúde e programação do processo de alta. Contudo, mesmo com as reuniões semanais com o envolvimento multiprofissional, as definições sobre a dinâmica do processo de desospitalização ainda estão diretamente centradas nas deliberações dos médicos. No diário de campo está registrado:

A mobilização para a alta acontece mesmo no dia anterior e no dia propriamente dito. A desospitalização é uma transferência de cuidado e toda transferência gera um potencial de problemas. O médico após a entrevista disse que no momento da alta rotineiramente não se dá o valor ou a devida importância a esse momento. O modelo de alta no hospital ainda é centrado no médico. As outras profissões ainda ficam aguardando a solicitação médica (Nota de campo, p. 8, 22/05/15).

O relato remeteu à contradição do modelo de atenção vigente no hospital cenário e em outras instituições de saúde cuja centralidade das decisões está no profissional médico. Historicamente, as decisões referente as condutas do usuário estão vinculadas na figura do médico, como representante de uma lógica de conhecimentos e práticas bem específica, tendo o foco a doença e utilizando de maneira excessiva de equipamentos tecnológicos e medicamentos⁽¹⁴⁾.

As principais fragilidades detectadas do processo de desospitalização referiram-se à falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização entre os médicos e destes com os demais profissionais, os desafios da preparação do usuário para a alta e o incipiente

processo de capacitação dos cuidadores e familiares. Os entrevistados declararam que essas fragilidades ocasionam insegurança para os familiares assumirem o cuidado no domicílio.

Mas a gente encontra limitações. Tanto daqui do hospital quanto também fora daqui e aqui inclusive como dizer não são todos os profissionais que a gente, no corpo clínico aí eu não estou trabalhando só com a visão profissional Médico, mas não são todos que defendem a desospitalização como a melhor alternativa às vezes (LILÁS 2).

Tem paciente aqui, por exemplo, que vai receber alta, vai embora com a traqueostomia e vai embora com sonda. Então a família tem que estar sabendo como que administra essa medicação, se tiver, como que administra a dieta. Qual horário, como é administrado e preparado em casa e entra a questão da nutrição. E a questão da fisioterapia, a questão de aspirar como é que aspira, como que tira o macho da traqueostomia para poder estar lavando. Eu acho que o paciente não pode sair daqui sem a família estar apta a fazer essas coisas. Se tem ferida aí entra a questão da enfermagem, principalmente a equipe do cuidado paliativo, que é de suma importância nessa hora. Porque eles acompanham muito a questão da ferida, orientam, mostram como faz o curativo, como faz a limpeza. O que usa e assim vai (AZUL 3).

Ele vai aprender ao manuseio do paciente no banho, mudança de decúbito, curativo. É vai retirar as dúvidas em relação à dieta. A gente marca um treinamento com a equipe da nutrição, principalmente com a enfermeira da nutrição, que passa os cuidados em relação à alimentação com a sonda. A gente também marca com a fisioterapia. A fisioterapia ensina a primeira aspiração para esse paciente (AZUL 1).

Então, assim, a mobilização mais intensiva acontece mesmo no dia anterior à alta e no dia da alta propriamente dito. Isso naturalmente gera dificuldade de entendimento por parte dos familiares a respeito de todas as orientações que precisam ser feitas os fluxos que eles têm que seguir, etc. (AMARELO 2).

E a gente discute um pouco então que na verdade o tratamento ele é uma aliança. É uma aliança entre a equipe e o paciente e a família desse paciente. Então assim especialmente na clínica Médica que esses pacientes são muito idosos muito dependentes a gente tem um impacto muito grande de uma estruturação onde tem uma desestruturação da família (LILÁS 1).

Os familiares recebem orientações no hospital para oferecer cuidado aos usuários no domicílio após a desospitalização, quanto ao manuseio do cuidado com os usuários durante banho, mudança de decúbito, realização de curativos, alimentação, cuidados com a sonda nasoentérica, aspiração e manipulação da traqueostomia. Os treinamentos são realizados pela equipe de enfermagem, pela equipe da nutrição e pela equipe da fisioterapia do hospital cenário do estudo.

Apurou-se que os profissionais têm a preocupação de orientar os familiares no hospital antes da desospitalização para oferecer aos mesmos segurança no cuidado no domicílio. Essa

conduta implica a atuação de todos os profissionais que estão oferecendo assistência ao usuário e o contato com a família. O treinamento prévio no hospital é importante para os cuidadores domiciliares para que possam conferir cuidado adequado ao usuário em casa⁽¹⁵⁾.

Foram aludidas, ainda, as dificuldades quanto às condições das famílias para assumir o cuidado no domicílio. Os profissionais de saúde asseveraram que alguns usuários ficam internados por vários meses frente à dificuldade financeira da família, o que impede ou dificulta de assumir o cuidado no domicílio.

Dificuldades nesse processo, no meu ponto de vista, dificuldade principal é o problema social (VERMELHO 4).

Muita questão social, os pacientes aqui do hospital têm, muito morador de rua. Muitos pacientes que deparam com a situação de incapacidade que vai dependência. E isso para a família se organizar é difícil, às vezes a pessoa não tem condição financeira, não tem estrutura em casa para receber (VERMELHO 5).

Agora eu acho que as fraquezas estão relacionadas às próprias dificuldades mesmo que passam até mesmo pela questão social. Você deve ter visto que mesmo com todo esforço para se desospitalizar nós temos paciente que ficam aí 6 meses, 8 meses por falta é de capacidade familiar (LILÁS 2).

A questão social das famílias é um fator determinante no processo de desospitalização e continuidade do cuidado. A literatura aponta que a assistência no domicílio pode diminuir custos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família o que pode causar uma dificuldade na desospitalização⁽³⁾. Ademais, no processo de desospitalização uma preocupação explícita deve ser com o cuidador. A função do cuidador é desgastante, física, psicologicamente e pode causar ônus ao cuidador e também aos demais membros da família. Em muitas situações, a desospitalização é impedida ou postergada pela inexistência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado no domicílio.

A equipe de saúde tem papel importante no apoio psicológico, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida do cuidador⁽¹⁶⁾. Ressaltou-se também a necessidade de criar estratégias e políticas institucionais e da rede de

saúde e de assistência social capazes de apoiar o cuidador na tarefa de continuidade do cuidado no domicílio, de forma a proporcionar a transferência responsável e compartilhada. A literatura aponta que a implementação de serviços, principalmente para cuidados paliativos, tanto para o paciente, quanto para o cuidador, pode colaborar também para diminuir o impacto da sobrecarga, melhorar a qualidade de vida e a saúde mental de cuidadores e para a elaboração do luto familiar⁽¹⁷⁾.

Neste sentido, a atuação em rede é um aspecto fundamental para o processo de desospitalização. Os dados do estudo indicam que a relação entre os profissionais do hospital e dos demais serviços da RAS vem sendo construída e assenta-se em mecanismos normativos para assegurar o encaminhamento dos usuários.

É geralmente o mesmo processo, a gente entra em contato com a unidade básica quando é um paciente mais complexo, é que vai precisar de uma atenção em casa ou do PAD ou dos próprios agentes comunitários da saúde, o serviço social entra em contato, é assim, é uma decisão que a família participa nesse processo. Muitas vezes a família recebe um treinamento aqui antes de receber, levar o paciente acho que é por aí (VERMELHO 3).

Ela é indireta, a gente não tem contato direto médico, médico com o PAD. Ela é feita, mediada pelo serviço social, é todos os pacientes que têm critério para inclusão no PAD, a gente geralmente sinaliza para o assistente social, fazemos um relatório completo do caso contando as comorbidades do paciente, o motivo da internação. Qual que é a proposta de segmento dele, pós-desospitalização. A assistente social faz o contato com o centro de saúde de origem referência do PAD. Encaminha esse nosso relatório e agenda uma primeira visita, geralmente em dois a três dias no máximo após a desospitalização (VERMELHO 2).

Essa é uma boa pergunta. O processo aqui respeita a preenchimento da ficha de solicitação que é padronizada no município todo. Ela inclusive está digitalizada no sistema. Esse contato é feito eminentemente via serviço social. E cabe ao médico o preenchimento da ficha, as equipes de atenção domiciliar. Como a ficha é sumária, geralmente recomendam que o relatório de alta acompanhe o encaminhamento para que a equipe que vai assumir entenda o contexto clínico do paciente mais ampliado. Não só o perfil específico para acompanhamento domiciliar que gerou esse encaminhamento. Mas o fluxo hoje é preencher a ficha, entregar para o supervisor do andar, o supervisor remete ao serviço social. O serviço social remete à equipe de referência baseado no geoprocessamento distrital. Qual a equipe, qual o distrito que o paciente vai está inserido. É isso não tem uma interlocução mais intensiva entre a equipe que atende aqui e a equipe que vai assumir o caso. É burocratizado via papel, fax (AMARELO 1).

Os achados revelaram que as relações instituídas para garantir a desospitalização tem como principal condutor o assistente social que contacta os serviços para referenciamento. Esta relação apresenta-se com fragilidades, uma vez que assume um caráter burocrático de

encaminhamento de responsabilidades. Revelou-se assim, uma contradição na perspectiva da construção da rede que possa sustentar um cuidado continuado.

A esse respeito, deve-se ressaltar que a responsabilidade da alta hospitalar baseia-se na transferência do cuidado, sendo realizada por meio de orientação ao usuário, seu familiar e o cuidador quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado⁽¹³⁾. Neste processo, as instituições demonstram que, isoladamente, encontram-se fragilizadas para cumprir com sua missão e pouco integram forças que precisariam ser compartilhadas para superar suas maiores adversidades⁽¹⁸⁾.

Em síntese, os achados desta categoria revelaram que o processo de desospitalização no hospital cenário é marcado por uma intencionalidade de construção de políticas institucionais, contudo, apresenta elementos contraditórios quanto ao modo como as decisões são tomadas e desafios para a articulação em rede. Parte do processo tem como determinante a participação dos cuidadores e familiares, condição que será discutida na próxima categoria.

Organização da família para o processo de desospitalização

A análise dos dados permitiu captar como os familiares se organizam para o cuidado no domicílio do usuário desospitalizado, expressando os arranjos e as dificuldades que as famílias apresentam neste processo.

Os relatos indicaram as adaptações físicas no domicílio, a construção da rede de apoio social e as alterações no cotidiano que são construídas para efetivar a desospitalização e a continuidade do cuidado no domicílio.

Então eu coloquei algumas barras no banheiro, para levantar do vaso, já tem uma barra que usa para sustentar para puxar. É a gente já comprou as barras para colocar em torno do chuveiro (CEREJEIRA 6).

Eu tenho que eu vou ter que fazer um jeito de fazer o banheiro lá. Arrumar o banheiro lá. Tem que fazer um banheiro, porque ele não aguenta andar (VIOLETA 4).

Eu tive que adaptar o banheiro, quebrei uma parede para poder entrar com a cadeira (BROMÉLIA 2).

Aí a gente tá pensando conforme for quando ele retornar para casa em colocar aquelas barras de ferro. Para adaptação e tudo, coisa que lá em casa ainda não tem. (IRIS 3).

Só nós dois, a família, além de morar longe, ela não dá assistência, cada um tem um problema, aí você já viu, cada um inventa uma desculpa e tal, só eu e meu irmão. Os vizinhos que ajudam bastante também (MARGARIDA 10).

As adaptações necessárias para assegurar a desospitalização podem onerar financeiramente as famílias e dificultar a aceitação do cuidado no domicílio. No diário de campo está registrada a fala do familiar após a entrevista.

Ele estava providenciando uma pequena reforma na casa do seu pai. Ele disse que a situação lhe pegou de surpresa. O familiar relatou que não tinha condição financeira de fazer reforma naquele momento, mas reconhece que é necessário (Nota de campo, p. 10, 17/06/15).

Um dos grandes desafios para o cuidado domiciliar refere-se às alterações no cotidiano de vida e trabalho que são impostas quando se assume essa modalidade de cuidado. Outros estudos têm demonstrado que nesta condição, pode ocorrer o abandono do emprego dos familiares, a necessidade de conciliar as tarefas de casa com o cuidado, as modificações nos horários e no ambiente domiciliar e as dificuldades relacionadas ao lazer^(3,15).

Então provavelmente eu e minha mãe que ficaremos responsáveis pelo menos durante a semana. E com suporte talvez da minha irmã da outras duas irmãs, durante à noite, alguma coisa assim. A gente pretende, lógico, é no caso eu quando estiver em casa. Quando eu não estiver trabalhando me responsabilizar pelos cuidados com ele. Meu cunhado já falou, por exemplo, para dar um banho essas coisas, ele vai passar lá em casa pra poder ajudar a carregar (IRIS 3).

Tem sim. Às vezes minha vó às vezes até os filhos dele mesmo (+) me ajuda na questão de mexer com ele, na questão de segurar ele (+) fazer os curativos e (+) os curativos a gente (+) alguns a gente tem que comprar e alguns a gente fornece no posto mesmo (HORTÊNCIA 8).

Com relação aos cuidados, nós somos 10 irmãos. Duas provavelmente não vão participar que tão em tratamento. Mas o restante todos vão participar de certa forma, cada um com suas atribuições e seus dias de trabalho, vamos falar assim. Para com a mamãe no zelo no cuidado com ela tá (CEREJEIRA 6).

Eu cuido dela e a partir de quinta até sábado é uma vizinha minha que me ajuda que na verdade é tia do meu filho, mora no mesmo bloco e ela me ajuda. Aí eu passo os deveres para ela (TULIPA 1).

Os resultados do estudo evidenciaram que a função de cuidador principal no domicílio é tarefa árdua e desgastante, podendo interferir de forma importante na qualidade de vida da família⁽¹⁶⁾. Essa atividade torna-se contínua e repetitiva realizada no domicílio, pela

necessidade de cuidado em tempo integral, acarretando sobrecarga de trabalho, impossibilidade de compartilhar o cuidado entre mais pessoas da família cuidadora, sentimento de impotência da família diante da situação da pessoa cuidada, falta de apoio da rede formal e informal e conflitos familiares. Também é importante realçar a disputa do plano terapêutico que é construído entre as equipes de profissionais de saúde, o usuário e os familiares⁽¹⁹⁾.

A relação da família e os profissionais da RAS foi apreendida a partir do relato dos familiares dos usuários em processo de desospitalização.

Isso, eu nunca, a gente nunca precisou mas esse momento, provavelmente a gente vai precisar desses serviços da rede pública de saúde que atende o idoso domiciliarmente, dentro do domicílio (IRIS 3).

Pra te falar a verdade eles vão de vez em quando, mais não é aquela coisa tão frequente. Mas vão, entendeu? Eu acho que poderiam ir mais. Mas a gente também entende que não tem muito tempo, a demanda deve ser grande. Mas vou sempre no médico, quando precisa renovar uma receita, se ela chegar ir para casa. É eu vou ter que ir lá, porque parece que ela tá usando uma pomada agora que o tecido necrosou, quando acabar o tecido preto e ficar vermelho vai trocar, parece que é gel, aí parece que esse acompanhamento feito lá. Dependendo do tempo de permanência dela aqui. É mais é isso (BROMÉLIA 2).

Olha o posto de saúde. Porque ela já tem um tratamento lá, eles vão mais a nutricionista que foi lá, a assistente social também, agora médico ainda não (TULIPA 1).

O que eu espero do sistema único de saúde que eu consiga ter mais gente para poder auxiliar no posto de saúde mesmo, lá no bairro onde ele mora não dá pra contar negócio de visita e pessoal de posto não (CAMÉLIA 5).

Nós vamos solicitar, porque existe a necessidade, porque a gente também não tem como arcar com tudo, particular, privado. Então a gente vai utilizar sim, o que a gente puder. (CEREJEIRA 6).

Existe dificuldade de aceitação da família, principalmente de usuário dependente, debilitado, em uso de sonda nasointestinal, fralda, com traqueostomia e que realizou procedimento cirúrgico. Estas dificuldades, muitas vezes revelam que a família não está preparada para assumir o cuidado no domicílio.

Esse achado é reforçado na literatura que aponta que os familiares sentem insegurança e medo em assumir o cuidado no domicílio, apesar da vivência e do aprendizado propiciado

ainda no ambiente hospitalar⁽¹⁵⁾. Frente a isso, reforça-se a necessidade de uma articulação em rede capaz de apoiar o cuidador e a família em processo de desospitalização.

A esse respeito, pode-se afirmar que

“A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis”^(20:2760).

Assim, o cuidado continuado é responsabilidade de todos os pontos de atenção à saúde, por meio da referência e contrarreferência⁽¹³⁾. Para que seja efetivo, a RAS precisa de fato estar articulada e essa condição potencializa a integralidade e continuidade do cuidado para o usuário e mais segurança para os familiares.

Em síntese, os resultados desta categoria encontraram ressonância nas perspectivas indicadas pelos dirigentes e profissionais de saúde do hospital cenário. Há o reconhecimento dos desafios e dificuldades das famílias e cuidadores para o processo de desospitalização e indicativos de construção de estratégias institucionais para o enfrentamento. Destacaram-se o processo de preparação para a alta, treinamento/capacitação dos cuidadores e tentativa de articulação com os demais serviços da rede. Contudo, essas estratégias se mostraram insuficientes frente aos dilemas que marcam a responsabilização da família e dos cuidadores para efetivar o cuidado após a desospitalização em especial para as adaptações, arranjos e alterações que serão necessárias para esta nova fase.

Frente a isso, o processo de desospitalização revelou-se contraditório uma vez que deve ser incentivado no contexto do sistema de saúde na busca de alternativas para a redução da permanência hospitalar e, conseqüentemente, diminuição dos custos financeiros das instituições⁽¹⁷⁾. Contudo, uma desospitalização “des”responsável acaba por onerar o cuidado, seja transferindo responsabilidades para as famílias que não estão preparadas para assumí-las ou ainda produzindo complicações no pós-alta que podem provocar reinternações.

Sustentados na perspectiva dialética que orientou este estudo, entende-se que esta contradição deve ser explicitada e orientar as discussões no cenário do estudo e em outras instituições hospitalares na busca de alternativas para viabilizar a desospitalização, aperfeiçoar a continuidade e a integralidade do cuidado no hospital e na rede de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender a percepção dos diretores, dos profissionais de saúde, dos familiares dos usuários sobre o processo de desospitalização, destacando-se a proposta da política de desospitalização do hospital cenário do estudo. A aproximação com os profissionais por meio das entrevistas permitiu apreender como estes orientam as famílias e os usuários para a desospitalização. Permitiu apreender também como é insuficiente a articulação com a RAS para viabilizar a integralidade e continuidade do cuidado no domicílio.

O pressuposto do estudo indicava que, para melhor aceitação da família na desospitalização, é necessário estabelecer mecanismos de articulação e apoio entre o hospital, a RAS e os familiares. Revelou-se que estes mecanismos ainda são insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio. Recomenda-se a criação de mecanismos e estratégias de articulação mais eficazes entre o hospital e a RAS para oferecer aos profissionais e aos familiares segurança ao assumir o cuidado do usuário no domicílio. No cenário do estudo ainda é um processo em implantação, com potencialidades e desafios.

Admite-se a limitação deste estudo relacionada a uma única instituição hospitalar, sendo importante a realização de outras investigações em outras instituições e na perspectiva dos demais serviços da RAS, considerando a importância da integralidade, continuidade do cuidado e o fortalecimento de profissionais, usuários e familiares para o cuidado no domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Eschevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. *Enferm Global*. 2015 jul;39:375-89.
2. Vasconcelos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(2):110-5.
3. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016;40(108):156-69.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2016 abr 26;153(78 Seção 1):33-8.
6. Sawyer MG, Barnes J, Frost L, Jeffs D, Bowering K, Lynch J. Nurse perceptions of family home-visiting programmes in Australia and England. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(5):369-74.
7. Trivinho ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1994.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
11. Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
12. Figueiredo TP, Carmo Junior NM, Groia RCS, Pereira RCC, Silveira RR, Malta JS, et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Rev APS*. 2016 jul-set;19(3):376-83.

13. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *Demetra*. 2014;9(Supl. 1):269-86.
14. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicol Rev*. 2016 ago;22(2):294-314.
15. Nishimoto CLJ, Duarte ED. A organização familiar para o cuidado à criança em condição egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2014 abr-jun;23(2):318-27.
16. Lago DMSK, Guilherm D, Sousa JA, Silva KGN, Vieira TS. Sobrecarga física e psicológica dos cuidadores de pacientes internados em domicílio. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015 jan [citado 2015 set 15];9(1):319-26. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5384/pdf_7070.
17. Rezende G, Gomes CA, Rugno FC, Carvalho RC, De Carlo MMRP. Sobrecarga de cuidadores de pessoas em cuidados paliativos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2016 [citado 2016 dez 20];49(4):344-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/122726/119211>.
18. Fontoura VT, Arend SC. Redes organizacionais como alternativa para gestão hospitalar: o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP). Colóquio: *Rev Desenvolv Reg*. 2015 jan-jun;12(1):129-47.
19. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
20. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 jun;16(6):2753-62.

Autor correspondente:

Wesley Souza Castro

E-mail: wesleyenf@yahoo.com.br