

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A DESOSPITALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO GERAL DE MINAS  
GERAIS: início da atenção domiciliar**

**WESLEY SOUZA CASTRO**

**Belo Horizonte**  
**2016**

**WESLEY SOUZA CASTRO**

**A DESOSPITALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO GERAL DE MINAS  
GERAIS: início da atenção domiciliar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roseni Rosângela de Sena.

**Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem - UFMG  
2016**

Castro, Wesley Souza.  
C355d A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais  
[manuscrito]: início da atenção domiciliar. / Wesley Souza Castro. --  
Belo Horizonte: 2016.  
111f.  
Orientador: Roseni Rosângela de Sena.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

1. Desinstitucionalização. 2. Assistência Domiciliar. 3. Continuidade  
da Assistência ao Paciente. 4. Epidemiologia Descritiva. 5. Dissertações  
Acadêmicas. I. Sena, Roseni Rosângela de. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.6

# FOLHA DE APROVAÇÃO

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



## ATA DE NÚMERO 492 (QUATROCENTOS E NOVENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO WESLEY SOUZA CASTRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 09 (nove) dias do mês de março de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro de Pós Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A DESHOSPITALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO GERAL DE MINAS GERAIS: INÍCIO DA ATENÇÃO DOMICILIAR", do aluno *Wesley Souza Castro*, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Roseni Rosângela de Sena (orientadora), Kênia Lara Silva e Maria Odete Pereira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
- APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de março de 2016.

Profª. Drª. Roseni Rosângela de Sena  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Kênia Lara Silva  
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Maria Odete Pereira  
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPQ  
em 04/04/16

Profª. Drª. Marliá Alves  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG

A minha esposa, Marlene Castro,  
pelo amor, companheirismo e apoio  
em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me guiar e proteger meus passos.

À minha orientadora, Professora Roseni Sena, por sua competência, dedicação e disponibilidade para me ensinar e orientar a minha formação acadêmica e profissional.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), pela construção coletiva do conhecimento. Em especial às Professoras Elysângela Dittz e Kênia Lara, pelas oportunidades de participação nas pesquisas do NUPEPE.

Aos colegas do mestrado.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por contribuírem para a minha formação acadêmica.

Aos participantes do estudo, pelas contribuições, confiança e disponibilidade.

Aos Diretores da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM), Ruperto Vega e Flávio Marcus da Silva, pelo incentivo e apoio.

Aos meus queridos pais, Raimunda e Antônio, pelas orações, incentivo, confiança e por apoiarem minhas escolhas.

A minha irmã, Rayane, pelo incentivo.

À minha amada esposa, Marlene, pelo amor, companheirismo e confiança.

Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

*“Suba o primeiro degrau com fé.  
Não é necessário que você veja toda a escada.  
Apenas dê o primeiro passo”.*

Martin Luther King.

## RESUMO

CASTRO, W.S. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais:** início da atenção domiciliar. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2016.

O objetivo geral deste estudo foi analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais-MG na perspectiva de diretores, profissionais de saúde, usuário e sua família. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórica metodológica da dialética. Os participantes: dois diretores, 10 enfermeiros, dois assistentes sociais, oito médicos e dois coordenadores da linha de cuidado vinculados à assistência na clínica médica em hospital público de ensino de médio porte em Belo Horizonte-BH. Os diretores foram entrevistados para verificar a política e as estratégias que o hospital utiliza para a desospitalização e como é a relação deste com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os enfermeiros, assistentes sociais e médicos são responsáveis pelo processo de desospitalização e foram entrevistados para identificar como se aplicam os mecanismos de desospitalização existentes no hospital. Também foram participantes 15 familiares de usuários em processo de desospitalização com a indicação para a continuidade do cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em BH. Esses familiares foram entrevistados para identificar os atravessamentos e potencialidades no processo de desospitalização. O trabalho de campo iniciou-se em 2015 na clínica médica do hospital, que recebe usuários provenientes da clínica cirúrgica, neurológica e pronto-socorro. Os dados foram coletados pelo pesquisador por meio de entrevista com auxílio de um roteiro semiestruturado, audiogravada, permitindo a identificação das interpretações emitidas sobre a desospitalização e a expectativa do cuidado no domicílio. No diário de campo foram registradas as observações após o trabalho de campo. A análise dos dados foi sustentada pela análise de conteúdo temática na perspectiva proposta por Bardin (2008) e dela emergiram três categorias empíricas: “desospitalização: perspectiva da instituição”, “orientação para a família no processo de desospitalização”, “organização da família do usuário em desospitalização”. A análise dos dados revelou várias iniciativas de implantação de uma política institucional para desospitalização no hospital cenário. Pelos discursos dos profissionais de saúde foi possível reconhecer que os familiares recebem orientações e treinamentos no hospital para garantir a continuidade do cuidado aos usuários no domicílio, o que é importante para que os familiares possam oferecer continuidade e integralidade do cuidado no domicílio. Entretanto, de modo geral, constatou-se dificuldade de aceitação da família, principalmente de usuário dependente, debilitado, em uso de sonda nasointestinal, fralda, com traqueostomia e que se submeteu a procedimento cirúrgico. Sobre a relação do hospital com a RAS, quem faz o contato com o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é a assistente social no dia anterior à programação da alta. Concluiu-se que o processo de desospitalização é importante e todos os profissionais envolvidos têm a responsabilidade de oferecer a RAS e no domicílio condições para a continuidade e integralidade do cuidado fora do hospital. No cenário do estudo ainda é um processo em implantação, com potências e desafios.

Descritores: Desinstitucionalização. Atenção Domiciliar. Continuidade da assistência ao paciente.



## ABSTRACT

CASTRO, W. S. **Process of de-hospitalization at a public hospital in the state of Minas Gerais: the beginnings of home care**, 2016. Master's thesis; School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

The aim of the present study was to analyse the process of de-hospitalization at a public general hospital in the state of Minas Gerais from the perspective of managers, health professionals, service users and their families. This is a descriptive exploratory qualitative study using a dialectical methodology. Study participants were two directors, ten nurses, two social workers, eight doctors and two health care coordinators working at the clinical care unit of a public medium sized teaching hospital in the city of Belo Horizonte. Interviews to directors aimed at identifying the hospital's policies and strategies for de-hospitalization and their relationship with the Health Care System (RAS). Nurses, social workers and doctors are responsible for the process and the interviews carried out with them aimed at recognising how existing de-hospitalization procedures were applied. Fifteen relatives of users in the process of being de-hospitalized and referred to take part in a continuity of care programme through the Home Care Service (SAD) also participated in the study. The objective of the interviews with this group was to assess both the obstacles to the process of de-hospitalization and the potentialities. Fieldwork began in 2015 at the hospital's general medicine clinic that caters for users coming from surgical and neurological units, as well as emergency services. The researcher collected data through semi-structured interviews that were audio recorded. This allowed the author to identify the respondents' perspectives on de-hospitalization and their expectations regarding home care. A field diary was used to record observations during field work. Data was analysed according to Bardin's (2008) thematic content analysis. Three empirical categories emerged from the analysis: "de-hospitalization: institutional perspective"; "support to family members regarding de-hospitalization process"; "organization of the family of de-hospitalized user". Data analysis revealed several institutional policies geared towards de-hospitalization. The discourse of the health professionals demonstrated that family members were told and received training in the hospital about how to guarantee a comprehensive care programme and how to promote continuity of care at home. The researcher detected resistance amongst the families of care dependents, mainly amongst the relatives of debilitated users with nasoenteric tube wearing adult nappies who had been tracheotomised and had undergone surgery. The social worker was the professional responsible for contacting the Home Care Program (PAD) the day before hospital discharge. In conclusion, de-hospitalization is an important process and all professionals involved in it should ensure that comprehensive care and continuity of care are provided within the hospital and home environments. In the present study setting, this was an ongoing process that displayed the usual potentialities and challenges.

Descriptors: De-hospitalization; Home Care; Continuity of Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BH	Belo Horizonte
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Carga Horária Semanal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Dr <sup>a</sup>	Doutora
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EUA	Estados Unidos da América
FAPAM	Faculdade de Pará de Minas
GM	Gabinete do Ministro
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PB	Paraíba
PID	Programa de Internação Domiciliar
Prof <sup>a</sup>	Professora
PSF	Programa Saúde da Família
PubMed	<i>Public Medline</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJ	Rio de Janeiro
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SINDHVARP	Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TN	Terapia Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO<sup>1</sup>

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA.....	19
2.1 Histórico da AD no mundo e no Brasil.....	19
3 CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	26
3.1 Desinstitucionalização-desospitalização.....	26
3.2 Continuidade do cuidado.....	32
4 OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivo geral.....	39
4.2 Objetivos específicos.....	39
5 METODOLOGIA.....	40
5.1 Revisão sistemática.....	40
5.2 Caracterização do estudo.....	41
5.3 Cenário do estudo.....	42
5.4 Participantes do estudo.....	43
5.5 Instrumentos de coleta de dados.....	44
5.6 Vivência em campo.....	44
5.7 Análise dos dados.....	46
5.8 Resultados.....	48
5.9 Aspectos éticos.....	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
6.1 Análise das categorias.....	50
6.1.1 Desospitalização: perspectiva da instituição.....	50

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2014.

6.1.1.1 Construção da política institucional de desospitalização.....	51
6.1.1.2 Preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar.....	53
6.1.1.3 Critérios para a desospitalização.....	58
6.1.1.4 Dificuldades para desospitalizar.....	62
6.1.1.5 Hospital e rede de atenção à saúde.....	64
6.1.2 Orientação para família no processo de desospitalização.....	68
6.1.3 Organização da família do usuário em desospitalização.....	73
6.1.3.1 Dificuldades da família para assumir o cuidado no domicílio.....	73
6.1.3.2 Adaptações no domicílio.....	76
6.1.3.3 O cuidado no domicílio.....	77
6.1.3.4 Família e a rede de atenção à saúde.....	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES E ANEXOS.....	92

## 1 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica, meu interesse foi crescente pelo campo de Atenção Domiciliar (AD), principalmente nas atividades de ensino teórico-prático. Em meu percurso profissional, tive a oportunidade de trabalhar por quatro anos como enfermeiro responsável técnico em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na cidade de Pará de Minas, no interior de Minas Gerais-MG, Brasil. Essa instituição é filantrópica, administrada pela Sociedade São Vicente de Paulo, oferece assistência social e de saúde a aproximadamente 90 idosos com diversos graus de dependência. As atividades desenvolvidas nessa instituição reforçaram meu interesse em aprofundar os conhecimentos pela AD, principalmente por causa dos idosos dependentes de cuidado provenientes do domicílio.

Em dezembro de 2013, fui aprovado no processo seletivo para cursar o mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerias (EEUFMG). Depois veio a inserção no programa de pós-graduação e posteriormente no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem (NUPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerias (UFMG) no eixo de pesquisa da produção do cuidado com o tema da AD. Iniciei minha participação no projeto de pesquisa intitulado “Atenção Domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no estado de Minas Gerais”. O objetivo geral do projeto é “analisar e avaliar o equilíbrio de oferta, demandas e necessidades nos serviços da atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais” (SENA; SILVA, 2013, p. 9).

O meu objeto do estudo na pesquisa do mestrado foi constituído a partir das discussões nas reuniões do projeto do NUPEPE, revisão de documentos do projeto, de publicações pertinentes ao tema e de minha experiência acadêmica e profissional. Por meio das atividades realizadas no NUPEPE, reuniões, reflexões, discussões teóricas e de minha participação na pesquisa sobre AD, despertou-me o interesse pelo tema desospitalização.

No Caderno de Atenção Domiciliar, o Ministério da Saúde (MS) ressalta que um dos eixos centrais da AD é a desospitalização (BRASIL, 2012a).

Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012a, p.10).

Na Portaria Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) nº 963 de 27 de maio de 2013 é definida a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como modalidade de cuidado e uma nova forma de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2013c). 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 Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O objetivo da AD é definido no 3º artigo da Portaria GM/MS nº 963/2013.

A atenção domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013a).

Zem-Mascarenhas e Barros (2009) afirmam que a desospitalização está associada à humanização e oferece ao indivíduo uma recuperação mais rápida no domicílio. Para contribuir com a descrição dos benefícios da AD, consultou-se a colaboração de Silva *et al.* (2005, p. 392), que afirmam que “hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção”.

No Caderno de Atenção Domiciliar, ressalta-se que essa atenção possibilita a desinstitucionalização de usuários que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento (BRASIL, 2012a). Vasconcelos *et al.* (2015, p.111) contribuem com a discussão ao afirmar que “a tendência mundial pelo sistema de *home care* é uma estratégia que vem sendo implementada nas

unidades hospitalares através do processo de desospitalização”. A AD tem ainda a potencialidade de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado aos usuários que necessitam e se beneficiam dos cuidados prestados no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial acesso, integralidade, acolhimento e humanização. “A pessoa dependente que continua o tratamento de saúde em casa tem a possibilidade de retomar, o mais breve possível, o seu cotidiano, e ao ter controle de seu ambiente, há diminuição do estresse e melhor possibilidade de recuperação” (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009, p.49).

O termo desospitalização surgiu após a Segunda Guerra Mundial como dispositivo no modelo de atenção a pacientes psiquiátricos que estavam isolados pela sociedade nos hospitais (MACHADO *et al.*, 2005). Para contribuir com a contextualização do surgimento do termo desospitalização, contou-se com a colaboração de Maciel (2012, p. 74): “entretanto, foi somente depois da Segunda Guerra Mundial que as comunidades profissionais e culturais, por vias diferentes, chegaram à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido”.

O modelo de atenção psiquiátrico tinha como oferta majoritária a institucionalização, em geral em condições desfavoráveis para a produção de vida dos usuários. Essa conduta desencadeou, em vários países, um movimento propondo nova política de saúde mental. Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) afirmam que as denúncias de violência, abandono, isolamento e cronificação dos pacientes psiquiátricos deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham.

Vilela e Scatena (2004) ressaltam que, no Brasil, o amparo a usuários psiquiátricos, até a década de 1970, tinha como características a baixa qualidade na assistência, a superlotação das instituições, a cronificação do paciente e, como suporte, o modelo médico hospitalocêntrico. Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) relatam que os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram-se a partir de 1970, principalmente pelas críticas à política de saúde vigente e pelas denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do país.

Almeida *et al.* (2010) referem que, no Brasil, a reforma psiquiátrica conduziu a novas práticas de assistência à saúde mental, associadas ao processo



de desinstitucionalização e conseqüente desospitalização. Franco e Cornelis (2015, p. 313) entendem que “a desinstitucionalização envolve a reorganização crítico-prática de um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, que está em torno da doença mental”. Para Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), trabalhos na área de Psiquiatria realizados em vários países têm indicado que os usuários desospitalizados podem ser mantidos na comunidade, demonstrando melhora nas habilidades de vida diária e na interação social, no nível global de funcionamento e em sua qualidade de vida.

Assume-se, neste estudo, que “a desinstitucionalização não se restringe mais à simples substituição de modelos de tratamentos dentro do hospital, envolve também questões socioculturais e paradigmáticas” (BESSA; WAIDMAN, 2013, p.62). Com esse conceito pode-se inferir que a desospitalização viabiliza a alta do usuário do ambiente hospitalar de maneira segura, promovendo os cuidados de que ele possa necessitar no domicílio ou em instituições de apoio. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, 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 (BRASIL, 2012a).

O Caderno de Atenção Domiciliar enfatiza, ainda, que a estratégia de alta programada deve ser uma prática reforçada entre os profissionais que compõem a equipe hospitalar com estabelecimento de critérios de elegibilidade e negociação com o usuário e com a família (BRASIL, 2012a). Essa prática é uma das ferramentas necessárias à desospitalização. É necessário que os profissionais reservem um espaço para a discussão dos casos passíveis de transferência do hospital para a AD, visando promover a continuidade e integralidade do cuidado, considerando as necessidades e características do cuidado no domicílio.

O Caderno de Atenção Domiciliar também ressalta os benefícios da desospitalização: a) humanização da atenção; b) mais conforto para o usuário e sua família; c) minimização de intercorrências clínicas; d) o usuário não fica exposto à infecção hospitalar; e) disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar; f) tendência a menos uso de exames/medicamentos de forma desnecessária; g) aumento dos leitos de retaguarda às urgências/emergências; h) otimização de recursos; i) promoção de

autonomia dos usuários e familiares, por meio da capacitação de familiares, cuidadores e do próprio usuário para o cuidado em seu próprio ambiente de produção de vida (BRASIL, 2012a).

Entretanto, a desospitalização apresenta desafios principalmente em relação à família e ao cuidador. “Geralmente, o cuidado é exercido pelos cônjuges e pelos filhos, particularmente pelas mulheres. É um ato voluntário que não tem previsão de duração” (BRASIL, 2012a, p.84). Segundo Bocchi (2004), a sobrecarga física e psicológica traz consequências negativas na vida do cuidador, tais como os problemas de saúde mental, o isolamento social, os sintomas de depressão e ansiedade. “Os cuidados no domicílio são vistos como estressantes e exaustivos, têm sido de grande complexidade e diversidade, demandam tempo, investimentos financeiros, habilidade e capacitação para os familiares e profissionais” (BRASIL, 2012a, p.84). Lago *et al.* (2015, p. 324) ressaltam que “é necessário acompanhamento próximo do cuidador, por parte da equipe de saúde responsável pelo paciente, na forma de educação permanente e apoio psicológico, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida”.

Para a realização deste estudo, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: mesmo instituído o processo de desospitalização pelo MS, os hospitais encontram dificuldades para desospitalizar seus usuários. As famílias, por sua vez, se sentem inseguras ao responsabilizar-se com o cuidado no domicílio. 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. Pode-se aceitar a definição do MS ao orientar que no “domicílio, a família tem papel essencial no cuidado, pois sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente em AD” (BRASIL, 2012a, p. 43).

Este estudo justifica-se pelo inexpressivo número de estudos em relação ao tema desospitalização associado à temática de AD. Publicações mostram, em sua maioria, a desospitalização em relação à Psiquiatria e à saúde mental. Nessa área, a desospitalização foi vinculada à desinstitucionalização como forma de romper com a medicalização do corpo em condição de problemas mentais. “Hoje a desospitalização está associada à humanização da assistência e à consequente reintegração do indivíduo no ambiente familiar, favorecendo a sua recuperação”

(SENA *et al.* 1999, p.58). A desospitalização também está relacionada à AD e, entre outros mecanismos, ao da substitutividade do modelo hospitalocêntrico para a produção do cuidado no domicílio que apresenta diferentes modelagens. O usuário é institucionalizado para um tratamento agudo, cirurgias eletivas e/ou por urgência/emergência. Esse usuário é desospitalizado e a continuidade do cuidado será no domicílio com a corresponsabilidade dos familiares.

O Caderno de Atenção Domiciliar revela que alguns estudos demonstram os impactos da produção do cuidado no domicílio (BRASIL, 2012a). Portanto, este estudo é relevante porque o crescimento demográfico e a mudança no padrão epidemiológico têm repercutido no número de usuários que necessitam de assistência no domicílio.

Com os resultados deste trabalho, espera-se contribuir para a discussão na produção do conhecimento sobre o tema e a produção do cuidado em ato vivo no domicílio e formulação de políticas de AD no estado de Minas Gerais e no país. E também para fortalecer os profissionais de saúde, usuários e familiares nas relações que se estabelecem nos atos vivos de desospitalização.

As perguntas orientadoras do estudo foram:

- a) Existe uma política de desospitalização no hospital cenário do estudo?
- b) Como o hospital se organiza internamente para o processo de desospitalização e qual é sua relação com a RAS?
- c) Quais os critérios de elegibilidade que o hospital utiliza para a desospitalização dos usuários?
- d) Como as famílias dos usuários desospitalizados se estruturam para assumir o cuidado no domicílio?

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

### 2.1 Histórico da AD no mundo e no Brasil

Para contextualizar o objeto de pesquisa, foi realizado um histórico da AD no mundo e no Brasil. O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta à própria existência das famílias desde civilizações primitivas. Os cuidados em saúde realizados no domicílio, segundo relatos históricos, foram descritos no Egito Antigo e também na Grécia (BENJAMIM, 1993). O cuidado domiciliar, realizado por familiares aos usuários com dependências cognitivas e físicas, é cada vez mais comum e necessário para suprir as grandes demandas pelos leitos hospitalares e os riscos que as hospitalizações prolongadas podem gerar nos indivíduos acometidos pelas diversas doenças (SOUZA *et al.*, 2014).

No final do século XVII, Samuel Hanneman, considerado o descobridor da Homeopatia, visitava os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar contra a enfermidade, independentemente do local da disputa. Essa prática era considerada uma assistência domiciliar, pois ele permanecia junto ao leito de seus enfermos o máximo tempo possível (AMARAL *et al.*, 2001). Na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, já se praticava a assistência no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA *et al.*, 2005).

González Ramalho, Martínez e Garcia (2002) realçam que no ano de 1947 surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) a primeira unidade de assistência domiciliar. O objetivo inicial da unidade era descongestionar o hospital e proporcionar um ambiente psicológico mais favorável aos usuários e seus familiares. As experiências com as mesmas características dos EUA expandiram-se na América do Norte e na Europa.

Rehem e Trad (2005, p. 234) comentam:

No Canadá, os serviços de AD, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 60. Posteriormente, em 1987, desenvolveu-se uma experiência-piloto em três hospitais da área de Montreal para o atendimento a pacientes clínicos agudos, com especial atenção para a administração e controle de antibióticos parenterais no domicílio (REHEM; TRAD, 2005, p. 234).

Ramalho e Tamayo (1998) salientam que, na Europa, a primeira assistência formal foi realizada no ano de 1957, em Paris, França, onde se criou o *Santé Service* (Serviço de Saúde), que ainda hoje oferece assistência socio sanitária a usuários crônicos e terminais. Na Espanha, no ano de 1981, o *Hospital Provincial de Madrid* criou a primeira unidade de assistência domiciliar no país. Diversos hospitais seguindo iniciativas similares implantaram o serviço em suas instituições (GONZÁLEZ RAMALHO; MARTÍNEZ; GARCIA, 2002).

No Brasil, segundo Rehem e Trad (2005), existem registros de que a primeira assistência domiciliar institucionalizada teria sido desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949, vinculado inicialmente ao Ministério do Trabalho e posteriormente incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No início do governo militar, o INPS foi criado para unificar os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que eram organizados por categorias profissionais, substituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram organizadas pelas empresas (GIOVANELLA, 2008).

No ano de 1963 foi criado o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo, que demarcou a primeira atividade planejada referente à AD no setor público no país (REHEM; TRAD, 2005). Os serviços de AD no Brasil surgiram na década de 60 e se expandiram a partir da década de 90, principalmente pela necessidade de regular o funcionamento e a formulação de políticas públicas para a incorporação do serviço no SUS. Nota-se que a expansão da AD no país no setor privado foi mais acentuada até a regulamentação do SUS. Em contrapartida, no setor público as experiências existentes foram pontuais, principalmente a usuários portadores de doenças sexualmente transmissíveis/ síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e na área de Psiquiatria (SILVA *et al.*, 2010).

O SUS foi instituído pela Constituição de 1988 pelos artigos 196 a 200 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e posteriormente complementado pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). A Lei nº 8.142/90 complementar foi editada em função dos vetos indevidos que a primeira lei recebeu, principalmente em relação à participação da comunidade e ao repasse de recursos financeiros (ANDRADE, 2007). As discussões acerca da construção do SUS tiveram relevância desde o movimento da Reforma Sanitária,

que influenciou as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Os documentos elaborados nas discussões dessa conferência serviram de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, lançando as bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (GIOVANELLA, 2008).

A relação da AD com o SUS busca atender aos princípios da Lei nº 8.080/90, com destaque para a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia dos usuários, a igualdade da assistência à saúde otimizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2013b).

Nos últimos anos, discussões das políticas públicas em relação à AD ganharam destaque, principalmente em relação ao SUS. Do ponto de vista normativo, o MS, considerando que a adequada desospitalização proporciona mais contato do usuário com a família, favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares, publicou a Portaria GM/MS nº 2.416, em 23 de março de 1998. Essa portaria estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Nota-se que o acompanhamento da internação domiciliar era realizado pela própria equipe de profissionais do hospital, na sequência da internação hospitalar dos usuários (REHEM; TRAD, 2005). Inclusive, era necessário como requisito para internação domiciliar a oferta de serviço de urgência/emergência em plantão de 24 horas, garantia de remoção em ambulância e assistência de todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e equipamentos necessários ao usuário (BRASIL, 1998).

A Portaria GM/MS nº 2.416 apresentou como condições prioritárias para a internação domiciliar: usuário com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; usuários portadores de condições crônicas, tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; usuários acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação; usuários portadores de neoplasias malignas (BRASIL, 1998).

Carvalho (2009) contribui com essa discussão quando afirma que:

[...] naquele momento a maior parte das experiências em curso acontecia por conta de administrações municipais e estabelecimentos de saúde, particularmente hospitalares, nos três níveis de governo, independente da existência ou não de políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. As lógicas que podiam ser identificadas no bojo das experiências também eram bastante variadas, envolvendo estratégias voltadas para a busca de substitutividade em relação às ações e cuidados tipicamente hospitalares, humanização do cuidado e mesmo estratégias econômicas de racionalização de recursos assistenciais considerados escassos, bem ao modo da extensão de cobertura, dando maior capacidade à atenção hospitalar segundo o modelo médico hegemônico (CARVALHO, 2009, p.14).

A Lei nº 10.424/2002 (BRASIL, 2002) estabeleceu a regulamentação da AD no SUS, realizando alterações no capítulo e artigo da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a). A lei regulamentada em 2002 estabeleceu o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do SUS. Ricarte (2005) afirma que a publicação dessa lei evidenciou dois objetivos: assegurar aos usuários em tratamento domiciliar melhor qualidade de vida e a manutenção do vínculo familiar e solucionar o problema da falta de leitos hospitalares na rede pública.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) contribui com a formulação da política de AD por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 11/2006. O objetivo da resolução foi estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (ANVISA, 2006). Essa resolução foi publicada considerando-se a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento do SAD nas modalidades de assistência e internação domiciliar e a necessidade de disponibilizar informações aos serviços de saúde, assim como aos órgãos de vigilância sanitária, sobre as técnicas adequadas de gerenciamento da AD e sua fiscalização (BRASIL, 2006).

No mesmo ano o MS publicou a Portaria GM/MS nº 2.529/2006 (BRASIL, 2006), revogando a Portaria GM/MS anterior nº 2.416/1998, estabelecendo novos critérios para a internação domiciliar. Essa portaria apresenta a definição de internação domiciliar, no âmbito do SUS, a composição dos serviços de internação domiciliar, a definição das equipes em relação ao número de habitantes e o repasse dos recursos financeiros por equipe (BRASIL, 2006). Cabe ressaltar que a referida portaria exclui do atendimento domiciliar os usuários em

ventilação mecânica e/ou que necessitam de enfermagem intensiva. Serafim e Ribeiro (2011, p.165) destacam que “essa restrição do atendimento deve-se a preocupações de natureza orçamentária que resultam na compreensão de que estados menos desenvolvidos não teriam condições de organizar e financiar serviços que estendessem o serviço de assistência aos pacientes de maior complexidade”. A portaria também não estabelece a carga horária que cada profissional deveria cumprir na assistência de internação domiciliar. No período compreendido entre 2006 e 2011 nota-se que na esfera federal não houve avanços em relação à legislação referente à AD no país.

Em 2011, o MS lançou o “Programa Melhor em Casa” por meio da Portaria GM/MS nº 2.029/2011, de 24 de agosto de 2011. Essa portaria estabelece as normas para cadastro e habilitação do SAD, apresenta as diretrizes da AD, a organização e funcionamento do SAD e os estabelecimentos com habilitação em internação domiciliar e do financiamento da AD (BRASIL, 2011a). No mesmo ano, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 2.527/2011, de 27 de outubro de 2011, revogando a anterior, no sentido que os municípios de menor porte populacional também pudessem aderir ao SAD (BRASIL, 2011b).

O MS alterou artigos e acrescentou dispositivos por meio da Portaria GM/MS nº 1.533, de 16 de julho de 2012, no “Programa Melhor em Casa”. As alterações foram em relação aos requisitos para que os municípios tivessem SAD, a composição mínima para as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD), a obrigatoriedade que nenhum profissional componente das equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) poderia ter carga horária semanal (CHS) inferior a 20 horas e análise da necessidade de saúde do usuário na inclusão para cuidados na modalidade AD2 (BRASIL, 2012b).

No ano de 2013, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2013c). Essa Portaria estabelece a possibilidade de todos os municípios aderirem ao “Programa Melhor em Casa”, independentemente do número de habitantes, revogando as Portarias GM/MS nº 2.527/2011 e a Portaria GM/MS nº 1.533/2012.

A publicação dessa portaria prevê a desospitalização dos usuários e otimiza a continuidade do cuidado no domicílio, dos usuários desospitalizados nos municípios com a instalação do SAD. Segundo a Portaria GM/MS nº 963/2013, o



município que manifestar interesse em implantar o SAD deve atender aos requisitos estabelecidos (BRASIL, 2013c).

As equipes dos municípios contemplados podem constituir EMAD tipo 1, EMAD tipo 2 ou EMAP. A EMAP incorpora outros profissionais de nível superior, entre os quais, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontologista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 horas de trabalho (BRASIL, 2013c).

As modalidades de AD podem ser classificadas em AD tipo 1, 2 ou 3 de acordo com o grau de complexidade dos usuários assistidos. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menos necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento na unidade básica de saúde (UBS) (BRASIL, 2013c).

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de mais frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção (BRASIL, 2013c).

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de mais frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013c).

No ano de 2013, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.208, de 18 de junho de 2013, que institui a integração do “Programa Melhor em Casa” com o “Programa SOS Emergências”, ambos inseridos na rede de atenção às urgências. A integração da AD com o “Programa SOS Emergências” tem como objetivos: evitar internações hospitalares desnecessárias de usuários atendidos nas portas de entradas hospitalares de urgência que compõem o “Programa SOS Emergências”; proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, possibilitando a ampliação dos leitos de retaguarda para as

portas de entradas hospitalares de urgência que compõem o “Programa SOS Emergências”; humanizar o cuidado aos usuários em internação hospitalar e atendidos nas portas de entradas hospitalares de urgência que compõem o “Programa SOS Emergências”, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas equipes EMAD (BRASIL, 2013b). As legislações vigentes em relação à AD são importantes no sentido de ampliar assistência em saúde no país e fortalecer usuários, familiares e profissionais de saúde em relação ao cuidado no domicílio.

### **3 CATEGORIAS ANALÍTICAS**

O marco teórico do presente estudo está estruturado em duas categorias analíticas destinadas à compreensão do contexto e do objeto desta investigação: desinstitucionalização-desospitalização e continuidade do cuidado.

#### **3.1 Desinstitucionalização-desospitalização**

Neste estudo serão abordados os temas desinstitucionalização e desospitalização como categorias. Com o decorrer dos anos, a atenção profissional ao doente mental foi marcada pela exclusão e reclusão, o que demonstra a grande dificuldade dos profissionais de saúde em oferecer adequada assistência a esses usuários. Para exemplificar essa conduta, Foucault (1978) apresenta em sua obra a análise de um estranho barco denominado “Nau dos Loucos”, que era sinônimo de exclusão e abrigava doentes mentais e direcionava-os à própria sorte aos mares europeus. O autor ressalta também que esse barco teve papel privilegiado na história dos doentes psiquiátricos, com a consequente retirada dos mesmos da sociedade. Foucault destaca que, “fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo” (FOUCAULT, 1978, p.17). Esses episódios aconteceram na Europa, particularmente na Alemanha, em Nuremberg, no século XV, em partidas diárias de barcos repletos de loucos em mares europeus (FOUCAULT, 1978).

Em relação à reclusão do sujeito com transtorno mental, Costa e Trevisan (2012) relatam que essa modalidade foi uma estratégia de retirar dos olhos da sociedade os doentes que não seguiam padrões sociais e de comportamento. O doente mental era visto como um problema social que deveria ser excluído da sociedade. Era considerado um estranho frente aos padrões de comportamento da época, portanto, a maneira mais simples seria o asilamento. Para retirá-lo da sociedade, foram criadas instituições que os abrigavam, excluía e abandonavam. Foucault (1978) descreve que em Paris no século XVII foram

criadas várias casas de internamento para os loucos. E ressalta que o internamento dos loucos é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura.

Segundo Machado *et al.* (1978), no Brasil, em 1841, Dom Pedro II determinou a criação do primeiro hospital de doentes mentais no país. Os autores reportam que esse hospício foi construído no Rio de Janeiro-RJ, destinado ao tratamento de “alienados”, referindo-se aos loucos e assinalando como o marco institucional do nascimento da Psiquiatria no país. Gonçalves e Edler (2009) prelecionam que esse hospício foi criado a partir de uma série de reivindicações dos membros da Sociedade de Medicina do RJ. Não existiam, para os doentes mentais, tratamento físico e moral condizente e o número de profissionais capacitados para cuidá-los era insuficiente; e as condições higiênicas eram inadequadas. Essas características impulsionaram a criação da instituição psiquiátrica no país. Para Machado *et al.* (1978, p.430), “o hospício separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família”. Nesse contexto, o louco perdeu a referência, o convívio familiar e social. O tratamento era realizado apenas por meio de medicamentos e não ofertava qualquer outra atividade para os doentes psiquiátricos. O louco estava preso, afastado, marginalizado da sociedade, usufruindo de poucos direitos.

Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) afirmam que, em meados da década de 1950, nos EUA e na Europa, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, surgiram propostas de reforma na assistência psiquiátrica. Amarante (1996) referencia que surgiu, nos EUA, a noção de desinstitucionalização, em decorrência do plano de saúde mental do governo Kennedy, entendida basicamente como o conjunto de medidas para retirar os doentes mentais das instituições psiquiátricas.

Várias denúncias de atos violentos contra os doentes mentais, abandono dos familiares e isolamento eram cada vez mais evidentes nas instituições psiquiátricas principalmente no município de Barbacena, em MG, Brasil (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). As inaceitáveis condições da institucionalização do “louco” revelaram a limitação dessas instituições em oferecer assistência e reforçaram a característica de exclusão dos doentes mentais. Machado *et al.* (1978, p. 472) afirmam que, “em resumo, o hospício não é instrumento de saber e de cura, porque, em primeiro lugar, falta-lhe uma nítida hierarquia de poderes que

estruture as relações fundamentais de seu pessoal, e em segundo lugar, carece de condições materiais e técnicas adequadas”.

A sociedade, que no passado, criou mecanismos para excluir o doente mental, estava preocupada em fazer o caminho inverso. Retirar esses doentes mentais das instituições psiquiátricas e retorná-los para o convívio em sociedade (MACIEL, 2007). Surgiram, então, outros problemas, muitos doentes mentais estavam anos asilados e não mantinham mais algum vínculo familiar.

De acordo com Costa e Trevisan (2012), a desinstitucionalização surgiu no cenário mundial como uma transformação da função social da instituição psiquiátrica. Hirdes (2009, p.299) define que “o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território”. Na perspectiva da desinstitucionalização, Machado *et al.* (2005) salientam que o movimento representou uma alternativa ao modelo asilar vigente e que, no Brasil, denominou-se reforma psiquiátrica. Esse movimento brasileiro defendeu a retirada dos usuários psiquiátricos dos hospícios e a inserção dos mesmos em uma rede de serviços e na comunidade.

Amarante (1995) destaca que:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995, p. 494).

Para Hirdes (2009), a desinstitucionalização tem um significado muito mais abrangente do que simplesmente retirar o doente mental do hospício e inseri-lo na sociedade. Essa modalidade envolve várias questões, que abrangem família e profissionais de saúde para promover o bem-estar do doente mental. Segundo Lima e Nogueira (2013), a desinstitucionalização envolve uma desconstrução dos saberes e não apenas a extinção dos manicômios.

Saraceno (2001) faz uma clara distinção entre desinstitucionalização e desospitalização. Desinstitucionalizar é promover autonomia ao indivíduo, inserindo-o na sociedade. A desospitalização proporciona a retirada do usuário do hospital para que o mesmo receba cuidados em sua casa, exigindo a garantia da continuidade do cuidado à saúde, responsabilizando o serviço e protegendo o usuário. Machado *et al.* (2005) sugerem que a desospitalização deve considerar os aspectos singulares dos usuários e as características sociais e culturais da comunidade em que estão inseridos. Para que ocorra efetiva desospitalização sem abandonar o usuário psiquiátrico à sua própria sorte sem assistência, é necessário criar mecanismos para inseri-lo na RAS.

Com a mudança das políticas em saúde mental ocorrida no Brasil no século XX, prevendo a desospitalização dos enfermos, a desinstitucionalização psiquiátrica e a conseqüente ênfase em serviços comunitários de saúde mental, a família dos pacientes passou a ganhar um lugar privilegiado no que tange às estratégias de tratamento e cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2010, p.2).

Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) opinam que os usuários desospitalizados estão mais realizados e felizes quando residem na comunidade do que em hospitais. Por outro lado, Machado *et al.* (2005) consideram que o hospital, na perspectiva de alguns usuários, é entendido como lugar que garante proteção. E que a proteção é apreendida de diversas formas e se traduz nas condições físicas que a instituição oferece aos usuários. Os exemplos de assistência garantida nos hospitais são: acesso à alimentação, abrigo, vestimentas, assistência médica, direito à medicação, exames e tratamentos clínicos e psiquiátricos.

Brischiliari e Waidman (2012) discutem que o doente mental no passado era excluído da sociedade e do convívio familiar. Com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, passou a ser reinserido no cotidiano da família e da sociedade. O retorno para casa como dispositivo visou “estabelecer cuidados em saúde mental dentro de um modelo de atendimento integral que preza a permanência dos indivíduos na sua comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e garantindo seus direitos de cidadãos” (DIMENSTEIN *et al.*, 2010, p.1210). Embora Machado *et al.* (2005) defendam que existe uma

estratégia para a desospitalização, há significativo número de pacientes internados em instituições que se recusam a ser desospitalizados.

Diante desse cenário, surge a seguinte questão: no passado, a desospitalização estava relacionada à reforma psiquiátrica e hoje está vinculada ao modelo de atenção à saúde - SUS. Alencar (2013) refere que o modelo biomédico e hospitalocêntrico estão sofrendo um rompimento por meio da desospitalização. Azevedo *et al.* (2010) informa que a desospitalização é a tendência atual na saúde, beneficiando tanto o hospital, os usuários e familiares, uma vez que aumenta a oferta de leitos hospitalares para as pessoas que realmente necessitam de tratamento no hospital.

Para Vecina Neto e Malik (2007), o termo desospitalização está relacionado à redução dos leitos hospitalares, refletindo no futuro da gestão hospitalar. Vasconcelos *et al.* (2015) comentam que a mudança da terapia endovenosa para a via oral, chamada de terapia sequencial, permitiu e facilitou a desospitalização do usuário. Essa alteração na estratégia de administração de antibióticos é considerada eficiente para facilitar a desospitalização se mantida a equivalência dos resultados.

O valor do ato de desospitalização, tanto no que se refere aos pacientes quanto aos profissionais e à instituição, traz vários benefícios, visto que o paciente tem redução no tempo de tratamento e menor risco de infecção, os profissionais podem desenvolver uma assistência individualizada ambulatorial e a instituição tem redução de custos hospitalares, além da disposição de leitos para outras demandas (AZEVEDO *et al.*, 2010, p.274).

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar, as transições epidemiológicas e demográficas no país mostram a necessidade da reformulação do modelo de atenção à saúde e determinações sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2012a). Como consequência, a população envelhece e há aumento de doenças crônico-degenerativas que se reflete em medicalização e institucionalização e gera hospitalizações por vezes desnecessárias. Em contraponto, Vecina Neto e Malik (2007) propõem duas modalidades que podem substituir a internação hospitalar: a assistência domiciliar e o hospital-dia. A assistência domiciliar oferece suporte profissional no domicílio do usuário, retirando-o do hospital sob critérios preestabelecidos ou optando por não interná-lo.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, caracteriza a assistência domiciliar como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio (ANVISA, 2006).

O hospital-dia realiza, em nível ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, antigamente executados em regime de internação, desde cirurgias ambulatoriais até quimioterapias diversas. Às vezes se realizam, em regime ambulatorial, procedimentos de risco, cuja porcentagem de complicações é elevada. Por isso, o relacionamento próximo com hospitais de referência se faz imprescindível. As operadoras de saúde mostram hesitação em remunerar estes eventos nessas unidades, talvez baseadas na equivocada premissa de que, se não necessita de internação, o procedimento pode ser considerado dispensável (VECINA NETO; MALIK, 2007, p.834).

Zem-Mascarenhas e Barros (2009) acreditam que a assistência domiciliar consiste em promover a atenção à saúde de usuários que apresentam incapacidades, doenças crônicas, dependentes de assistência em seu domicílio, oferecendo condições para tratamento efetivo. Cunha e Morais (2007) acentuam que na assistência domiciliar pode-se e deve-se oferecer apoio à família para proporcionar ao usuário conforto psicológico, ocasionando o estreitamento das relações afetivas e a vinculação mais estreita entre profissionais de saúde, familiares e usuário.

Nos últimos anos, no Brasil, a AD constitui-se em uma das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2010). A AD é regulamentada no país pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS, e define no inciso I AD como:

Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

O conceito de AD apresentado na portaria possui elementos importantes: a) modalidade de atenção substitutiva ou complementar; b) ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde; c) continuidade do cuidado; e d) integração às RAS.



Silva *et al.* (2010) enfatizam que duas questões em relação à AD devem ser analisadas: a diminuição dos custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar e a reordenação tecnoassistencial com valorização da rede substitutiva de cuidados dos usuários e as necessidades de suas famílias. Por outro lado, a AD não se pode apresentar avessa à possibilidade de redução de custos, e sim como dispositivo de utilização dos recursos, “[...] pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade do usuário ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção” (BRASIL, 2012a, p.11).

Brito *et al.*(2013) argumentam:

A atenção domiciliar consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da rede de atenção à saúde, pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades. De acordo com a atual política de saúde brasileira, a atenção domiciliar integra ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, objetivando a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação, quando necessário (BRITO *et al.*, 2013, p. 604).

Entretanto, a desospitalização exige uma articulação entre o hospital, a RAS, os profissionais de saúde, os usuários e seus familiares, para garantir a continuidade e integralidade do cuidado no domicílio com segurança, responsabilidades compartilhadas e qualidade.

### **3.2 Continuidade do cuidado**

Neste estudo, a continuidade do cuidado será abordada como uma categoria. Freitas (2013) ressalta que o termo continuidade do cuidado está relacionado mundialmente à Atenção Primária à Saúde (APS). Starfield (2002) preconiza que geralmente, na APS, a continuidade refere-se à assistência ao usuário pela equipe da atenção à saúde entre consultas subsequentes. Para a autora, existem outros mecanismos para alcançar a continuidade do cuidado, por meio de canais de comunicação entre os profissionais de saúde para subsidiar decisões em relação ao cuidado dos usuários. Estes são favorecidos para que não ocorram rupturas no cuidado oferecido pelos profissionais de saúde quando

se potencializa a continuidade do cuidado na construção de uma ligação entre as RAS e o usuário em seu próprio domicílio (BRASIL, 2012a).

Haggerty *et al.* (2003) destacam que a continuidade do cuidado é a consequência de uma coordenação efetiva resultante dos mecanismos organizacionais e sistêmicos entre usuários e profissionais da saúde. Souza *et al.* (2012) demonstram em estudo que a continuidade do cuidado é uma relação entre o cuidado oferecido ao longo do tempo, de acordo com as necessidades terapêuticas do usuário.

Estudo realizado por Cunha e Giovanella (2011) consistiu em revisão conceitual sobre a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, bem como a identificação de suas dimensões, de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo. Starfield (2002) sublinha que a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção em saúde e seu uso ao longo do tempo. Os resultados do estudo de Cunha e Giovanella (2011) revelaram que alguns autores apresentaram interpretações semelhantes para a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, identificando diferenças apenas nas dimensões identificadas, utilizando como referência conceitual Starfield (CABANA; JEE, 2004; GIL; MAINOUS, 1998; MAESENEER *et al.*, 2003; MAINOUS *et al.*, 2001).

Starfield (2002) apresenta as características de continuidade do cuidado como:

Consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção (STARFIELD, 2002, p.60).

Haggerty *et al.* (2003) relatam que a continuidade do cuidado é alcançada pelo encontro de elementos no cuidar em episódios, intervenções por diferentes profissionais de saúde ou mudanças no processo de doença, bem como pelo apoio a aspectos que perduram intrinsecamente ao longo do tempo. E para os profissionais de saúde, a experiência de continuidade refere-se à relação entre a percepção, o conhecimento e a informação suficiente sobre o usuário para melhor

aplicar sua competência profissional e a confiança de que sua assistência será reconhecida por outros profissionais de saúde. Starfield (2002) reporta que a continuidade do cuidado pode desencadear uma sucessão de eventos em um único serviço ou entre múltiplos serviços de saúde. É importante ressaltar que a continuidade do cuidado apresenta-se de diversas formas: no domicílio, no hospital e na atenção básica.

A continuidade se traduz na forma como o indivíduo sente a integração dos serviços e a coordenação do cuidado. Assim, para os pacientes e seus familiares, a experiência da continuidade é a percepção de que os profissionais sabem o que aconteceu anteriormente, que diferentes profissionais têm um consenso em relação ao plano de cuidados, e que os profissionais os conhecem (FREITAS, 2013, p.33).

Pesquisas nacionais discutiram a continuidade do cuidado em diferentes cenários, evidenciando a importância da temática com foco no usuário (AQUINO *et al.*, 2012; BRAGA; SENA, 2012; BRITO *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015; PORTAL; MAGALHÃES, 2008; MARTINS *et al.*, 2015; SILVA; RAMOS, 2011; SOUZA *et al.*, 2012; TRINDADE *et al.*, 2015).

Aquino *et al.* (2012), em pesquisa que avaliou a qualidade da atenção às mulheres admitidas por aborto em hospitais do SUS em Salvador, Recife e São Luís, tendo como referência as normas do Ministério da Saúde e o grau de satisfação das usuárias, utilizaram o conceito de continuidade do cuidado relacionando-o ao princípio de integralidade da atenção, definida na Lei nº. 8.080/90. O estudo comprova que, para se ter a continuidade do cuidado após o aborto, é necessário incluir como critérios: orientações sobre cuidados após a alta, agendamento de consulta de revisão, acesso a informações e insumos para o adequado planejamento reprodutivo.

Objetivando descrever como a atividade de passagem de plantão é realizada em algumas unidades de um hospital universitário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e o conhecimento dos enfermeiros em relação às diversas maneiras de sistematizá-la, Portal e Magalhães (2008) afirmam que a passagem de plantão é um recurso estratégico para a organização do cuidado de enfermagem. Isso porque a eficiência na troca de informações atualizadas entre os turnos de trabalho propicia a continuidade da assistência e o alcance de resultados efetivos para a resolução de problemas relacionados aos usuários.

Braga e Sena (2012) identificaram as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de unidades de terapia intensiva neonatal e apuraram que a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, é fundamental para a qualidade de vida da criança prematura e sua família. Entretanto, efetivar essa assistência exige suporte da RAS e apoio social.

Em estudo que teve como objetivo analisar a AD como dispositivo para o fortalecimento da integralidade do cuidado no contexto da RAS, Brito *et al.* (2013) afirmam que a continuidade do cuidado está relacionada a um problema de saúde específico e à sucessão de eventos com vistas a resolvê-lo. Observaram que o Programa de Internação Domiciliar (PID) de BH tem caráter de resolver e continuar no domicílio o cuidado iniciado na unidade de atendimento imediato e no hospital.

Silva e Ramos (2011), com o intuito de conhecer a atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar de crianças na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica, na perspectiva da integralidade do cuidado, evidenciaram que os profissionais de saúde necessitam ter envolvimento na alta das crianças. A finalidade disso é promover a continuidade da assistência do hospital no domicílio com os valores de integralidade e comprometimento com a qualidade do cuidado. O estudo demonstrou ainda as dificuldades que o enfermeiro na atenção básica enfrenta após a alta hospitalar para dar continuidade ao cuidado à criança. Os enfermeiros da pesquisa identificaram como dificuldade não conseguir viabilizar visitas domiciliares e/ou identificar as crianças imediatamente após a alta hospitalar.

A importância da continuidade do cuidado para portadores de transtornos mentais graves e persistentes é enfatizada por Souza *et al.* (2012). A continuidade do cuidado é importante para todos os usuários do sistema de saúde, mas torna-se imprescindível quando ofertada aos usuários que utilizam diferentes serviços ao longo da vida. Haggerty *et al.* (2003) indicam que uma característica única em saúde mental é o contato das relações ao longo do tempo, em que as equipes de saúde acompanham o usuário, estabelecendo vínculo e facilitando o acesso necessário aos serviços.

Pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2015) procurou avaliar a integralidade no cuidado de mulheres atendidas pelo programa de controle do

câncer de colo uterino em uma UBS localizada em um município da região Sul do Brasil. Carvalho *et al.* (2015) utilizaram a abordagem qualitativa em sua avaliação, que consistiu no monitoramento sistemático das mulheres atendidas pelo serviço de saúde. Os resultados mostraram que o acesso ao exame citopatológico não garantiu a continuidade do cuidado para as mulheres. Os obstáculos quanto à realização da continuidade do cuidado refere-se à falta de acolhimento e vínculo com os profissionais do serviço e à dificuldade de acesso ao tratamento.

Martins *et al.* (2015) analisaram a atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de usuários na clínica cirúrgica em um hospital universitário no município de João Pessoa, Paraíba-PB. Realizaram estudo descritivo com abordagem qualitativa de 26 usuários na clínica cirúrgica. Apurou-se que a interação profissional com os usuários e familiares ocorreu em algumas situações. As orientações fornecidas aos usuários e familiares foram apenas de cuidados básicos. O estudo também identificou que o enfermeiro não inclui o familiar durante a assistência do usuário, dificultando a integralidade e continuidade do cuidado no domicílio.

Para conhecer a visão dos enfermeiros atuantes em um hospital geral da fronteira oeste do Rio Grande do Sul sobre o processo de enfermagem na sua prática assistencial hospitalar, Trindade *et al.* (2015) realizaram estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os resultados realçaram que os enfermeiros reconhecem que o processo de enfermagem é um instrumento norteador para sua prática e contribui para a autonomia do profissional, para a integralidade e a continuidade do cuidado.

Haggerty *et al.* (2003) propõem três dimensões relacionadas à continuidade: informacional, gerencial e relacional. Continuidade informacional é o componente que permite a junção de informação entre diferentes profissionais para a condução do cuidado. Para Brito *et al.* (2013), a continuidade informacional é um mecanismo de gestão e está relacionada ao acesso à informação sobre a assistência prévia, sendo entendida como uma conexão entre dois profissionais e entre um evento acontecido com dois indivíduos. Cunha e Giovanella (2011) conceituam a continuidade informacional relacionando-a a qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde. Para as autoras, na

APS os registros em saúde devem contemplar não só aspectos clínicos, mas também características sociodemográficas, valores e situação familiar do usuário.

Segundo Haggerty *et al.* (2003), a continuidade gerencial significa uma abordagem consistente e coerente para a gestão de uma condição de saúde que responda às necessidades em constante mudança de um usuário. Essa continuidade é relevante para o cuidado de usuários com acometimento clínico complexo ou crônico que necessitam do envolvimento de vários profissionais de saúde para produção do cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Haggerty *et al.* (2003) enfatizam que, quando o cuidado é a longo prazo, a consistência e a flexibilidade são fundamentais para a continuidade gerencial. Os autores ressaltam que a continuidade gerencial é importante quando os serviços são prestados de forma complementar e de maneira oportuna. Freitas (2013) refere que protocolos de cuidado facilitam a continuidade gerencial, promovem o senso de previsibilidade e o cuidado no futuro de forma segura para os usuários e para o trabalho dos profissionais.

Haggerty *et al.* (2003) acrescentam que a continuidade relacional é mais valorizada na APS e na saúde mental. Essa continuidade oferece uma ligação para o cuidado futuro. Cunha e Giovanella (2011) interligam a continuidade relacional a uma associação terapêutica entre o usuário e um ou mais profissionais ao longo do tempo, que oferece a garantia do cuidado futuro. “A continuidade relacional estabelece relacionamentos contínuos com vários prestadores de cuidados, tais como serviços de internação e atendimento domiciliar de enfermagem, um consistente núcleo de pessoal aos pacientes e uma sensação de previsibilidade e coerência” (HAGGERTY *et al.*, 2003, p.1220). Essas dimensões são importantes na atuação dos profissionais de saúde frente à assistência aos usuários.

Na AD a continuidade do cuidado é um importante elemento que contribui para a integralidade da atenção em saúde (BRASIL, 2012a). As discussões em relação à continuidade do cuidado na AD pelos profissionais de saúde são importantes para potencializar o cuidado no domicílio. Cunha e Giovanella (2011) relacionam a continuidade do cuidado a resultados positivos na assistência, como diminuição da taxa de internações e mais satisfação do usuário. Todos esses fatores contribuem para mais satisfação do usuário e sua família.

Zem-Mascarenhas e Barros (2009) reforçam que a continuidade do tratamento no domicílio permite resgatar a rotina diária do usuário e familiares. Para os autores, é possível melhorar as condições de saúde, reduzir o estresse e preservar a rotina diária do usuário. Rodrigues *et al.* (2013) comprovam que, no regresso ao domicílio, o processo de assistência difere do hospital; é necessária a continuidade do cuidado. Souza *et al.* (2012) demonstram que pesquisas relacionam a boa continuidade do cuidado à melhor qualidade de vida, ao melhor funcionamento social, à reduzida gravidade de sintomas e à grande satisfação do usuário com o serviço. Pode-se inferir, nesses estudos apresentados, que a continuidade do cuidado pode reduzir a hospitalização e reinternação, o que diminui os custos no setor saúde. Reforça-se, dessa forma, que a continuidade é fator determinante para a qualidade do cuidado e que eleva a qualidade de vida da população.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde, do usuário e sua família.

### **4.2 Objetivos específicos**

- a) Relatar o processo de desospitalização existente no hospital do ponto de vista dos diretores, dos profissionais de saúde, do usuário e sua família.
- b) Descrever como a família é preparada para o processo de desospitalização.
- c) Identificar como o hospital se relaciona com a rede de atenção à saúde para garantir a desospitalização.



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Revisão sistemática

Para viabilizar a construção teórico-metodológica deste estudo, foi realizada revisão sistemática da produção científica, utilizando como descritores: desinstitucionalização e continuidade da assistência ao paciente, no período de 2004 a 2014.

Para o desenvolvimento das etapas da revisão sistemática, como estratégias de busca elaboraram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão dos artigos a serem buscados e posteriormente aplicou-se o teste de relevância.

Os critérios de inclusão foram: artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e os descritores pacientes domiciliares, serviços de assistência domiciliar, serviços hospitalares de assistência domiciliar, tratamento domiciliar e atenção domiciliar, constituindo o conjunto de pesquisa com a intercessão dos descritores desinstitucionalização e continuidade da assistência ao paciente, publicados entre 2004 e 2014. Os critérios de exclusão foram: artigos que, apesar de fazerem referência ao objeto da pesquisa, estivessem relacionados à atenção psiquiátrica, à saúde mental ou outros temas não relacionados aos objetivos da pesquisa e os não disponíveis na íntegra para a leitura.

Os bancos de dados definidos para a busca foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *Public Medline* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS). Na primeira etapa, identificaram-se 568 artigos, os quais tiveram seus títulos e resumos analisados, sendo aplicado o primeiro teste de relevância, por meio dos quais 506 foram rejeitados e 62 aceitos, preliminarmente. Os 62 artigos foram lidos na íntegra e foi aplicado o segundo teste de relevância, resultando 45 artigos. Após análise criteriosa, foram aceitos em definitivo 32 artigos, aplicando-se o terceiro teste de relevância.

Em novembro de 2015 foi necessário atualizar a estratégia de busca para auxiliar na análise dos dados do estudo. Foi realizada revisão sistemática da

produção científica, utilizando como descritores: desinstitucionalização e a palavra-chave desospitalização, no período de 2014 a 2015.

Para o desenvolvimento das etapas da revisão sistemática, como estratégias de busca elaboraram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão dos artigos a serem pesquisados e posteriormente aplicou-se o teste de relevância. Critérios de inclusão: artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, o descritor desinstitucionalização e a palavra-chave desospitalização publicados entre 2014 e 2015. Critério de exclusão: artigos que, apesar de fazerem referência ao objeto da pesquisa, estivessem relacionados à atenção psiquiátrica, à saúde mental ou outros temas não relacionados aos objetivos da pesquisa e os não disponíveis na íntegra para a leitura.

Os bancos de dados definidos para a busca foram: MEDLINE via PubMed, LILACS, BDEF, IBICS. Na primeira etapa, identificaram-se 89 artigos, os quais tiveram seus títulos e resumos analisados, sendo aplicado o primeiro teste de relevância, por meio dos quais 69 foram rejeitados e 20 aceitos, preliminarmente. Os 20 artigos foram lidos na íntegra e foi aplicado o segundo teste de relevância, resultando 15 artigos. Após análise criteriosa, foram aceitos em definitivo nove artigos, aplicando-se o terceiro teste de relevância.

O resultado da revisão sistemática foram 41 artigos aceitos em definitivo que, após a leitura na íntegra, foram utilizados para fundamentar e amparar a análise dos dados do estudo.

## **5.2 Caracterização do estudo**

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. O estudo permitiu conhecer os mecanismos de desospitalização em um hospital público geral de médio porte em BH na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos usuários em processo de desospitalização acompanhados por seus familiares.

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, seguindo os pressupostos de Triviños (1994) para a pesquisa descritiva. Gil (2010) contribuiu na formulação

dessa opção metodológica ao afirmar que as pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de determinada população em um contexto social. Optou-se ainda pela metodologia qualitativa, pela possibilidade de uma aproximação com o objeto de estudo, considerando sua subjetividade, sua complexidade e seu dinamismo, como indicado por Minayo (2010).

O método dialético foi adotado por revelar as contradições existentes na realidade específica do processo de desospitalização no hospital cenário, onde profissionais de saúde, usuários e famílias coexistem em determinado tempo e espaço, adotando as orientações de Minayo (2010). A autora ressalta, ainda, que o método dialético permite visualizar o objeto, considerando sua especificidade, suas contradições, suas determinações históricas e as relações institucionais e organizativas. Contribuindo para essa opção metodológica, Medeiros (2013) destaca que o método dialético busca compreender os fenômenos por meio das contradições que emergem na realidade estudada.

### **5.3 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado no hospital público de ensino de médio porte em BH, MG. A escolha do cenário foi intencional porque o mesmo é campo de prática da Escola de Enfermagem da UFMG e também é cenário do projeto de pesquisa intitulado “Atenção Domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no estado de Minas Gerais” (SENA; SILVA, 2013) ao qual este estudo está vinculado.

O hospital cenário do estudo é responsável pela assistência aos usuários de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica, não traumatológica e maternidade de uma população de cerca de 1,1 milhão de habitantes no eixo norte da região metropolitana de BH. Essa região engloba os municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa (HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES - HRTN, 2014). O setor de realização da pesquisa foi a clínica médica que é instalada nos andares: 6º “A”, 6º “B”, 5º “A” e 5º “B”, com total de 96 leitos para a internação. Esse setor recebe usuários provenientes da

clínica cirúrgica, neurológica, centro de tratamento intensivo e pronto-socorro do hospital cenário do estudo (HRTN, 2014).

#### **5.4 Participantes do estudo**

Os participantes deste estudo foram: dois diretores, 10 enfermeiros, dois assistentes sociais, oito médicos, dois coordenadores da linha de cuidado vinculados à assistência na clínica médica no hospital cenário. Também foram participantes deste estudo 15 acompanhantes/familiares de usuários em processo de desospitalização. Os usuários em processo de desospitalização foram excluídos do estudo porque estavam com estado do juízo crítico alterado e/ou as condições no momento da entrevista não ofereciam privacidade para o diálogo.

Os diretores foram entrevistados para verificar a política e as estratégias que o hospital utiliza para a desospitalização e como é a relação deste com a RAS. Os enfermeiros, os assistentes sociais e os médicos são responsáveis pelo processo de desospitalização e foram entrevistados para identificar como se aplicam os mecanismos de desospitalização existentes no hospital.

Os critérios de inclusão para os enfermeiros, os assistentes sociais e os médicos no estudo foram: atuarem há mais de um ano na instituição, atuarem diretamente no processo de produção do cuidado na clínica médica. Os critérios de exclusão foram: licença médica, férias e a recusa em participar da pesquisa. Os demais profissionais de saúde que atuam no hospital cenário não foram incluídos na pesquisa porque não ofereciam assistência diretamente aos usuários que participaram do estudo.

Os acompanhantes/familiares dos usuários em processo de desospitalização foram entrevistados para identificar os atravessamentos e potencialidades no processo de desospitalização. Os critérios de inclusão dos familiares/acompanhantes no estudo foram que os mesmos 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 SAD em BH, residir em BH e análise do senso diário do setor para verificar quais usuários poderiam ser incluídos no estudo.

O tempo de coleta de dados no hospital foi de três meses no período de abril a junho de 2015, com permanência no hospital de segunda a sexta, seis horas diárias em horários diversos, com o total de seis horas, 10 minutos e 22 segundos de entrevista.

### **5.5 Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, a entrevista e o diário de campo. A entrevista individual teve por objetivo a interação entre o entrevistador e o entrevistado, buscando compreender as perspectivas e as experiências do entrevistado para obtenção de informações inerentes ao processo, como orientado por Marconi e Lakatos (2011). A entrevista foi realizada pelo pesquisador 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 (APÊNDICES A, B, C). As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador no hospital cenário do estudo em local que permitisse a privacidade dos participantes.

O diário de campo foi utilizado para que o pesquisador registrasse dia por dia suas observações durante o trabalho de campo. Minayo (2010, p. 295) orienta que “[...] devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos”. Os registros no diário de campo foram realizados logo após as entrevistas.

### **5.6 Vivência em campo**

No mês de março de 2015 iniciou-se a inserção no trabalho em campo. O contato inicial no hospital cenário foi realizado por meio do coordenador de

enfermagem da clínica médica para autorização da realização do estudo no setor. Foram realizados o contato e o envio do projeto via *e-mail* aos diretores e ao coordenador médico da clínica médica para autorização da realização da pesquisa após a aprovação do comitê de ética do hospital cenário e do comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram realizadas duas entrevistas-piloto com uma enfermeira e com uma médica para averiguação da realidade e verificação da necessidade de adequações no instrumento de coleta de dados. Após as entrevistas-piloto não foi detectada a necessidade de alterações no roteiro semiestruturado. O coordenador médico da linha de cuidado após a análise do projeto comunicou aos médicos da sua equipe e solicitou apoio aos colegas para os trabalhos da pesquisa.

O contato com os profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e o coordenador de enfermagem da linha de cuidado após a inserção no campo foi pessoal. Nesse contato inicial, foram apresentados os objetivos da pesquisa, realizado o convite para participação na pesquisa e o agendamento da entrevista. Posteriormente, o contato se deu por meio de *e-mails* e mensagens de celular para confirmar a entrevista no dia anterior ao seu agendamento.

No dia agendado para as entrevistas individuais, os profissionais foram informados novamente sobre os objetivos do estudo, sua participação e o compromisso de sigilo e anonimato, com garantia do uso das informações apenas para fins científicos. Após leitura e assinatura em duas vias no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais, foi realizada a entrevista, que foi audiogravada. As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram média de duração de cinco a 26 minutos, com o total de duas horas, 46 minutos e 53 segundos. As entrevistas foram realizadas no hospital de segunda a sexta em horários diversos, atendendo às necessidades dos participantes, nos meses de abril e maio de 2015. Dois profissionais de saúde recusaram-se a participar da pesquisa e não apresentaram justificativa.

Assim como se procedeu em relação a uma enfermeira e uma médica, também foram realizadas duas entrevistas-piloto com acompanhantes dos usuários em processo de desospitalização para averiguação da realidade e verificar a necessidade de adequações do instrumento de coleta de dados. Após as entrevistas piloto dos acompanhantes foi necessário realizar alterações no roteiro semiestruturado.

O contato com os acompanhantes dos usuários em processo de desospitalização foi após a análise do senso diário do setor para verificar quais usuários poderiam ser incluídos no estudo. Após a análise do senso foi realizado contato pessoal com os acompanhantes. Nesse contato inicial foram apresentados os objetivos da pesquisa e feito o convite para participação.

Após o aceite do acompanhante em participar da pesquisa, os mesmos foram convidados a dirigirem-se a uma sala que permitia a privacidade e iniciou-se a entrevista. Antes de iniciar as entrevistas, os acompanhantes foram informados, novamente, sobre os objetivos do estudo, sua participação e do compromisso de sigilo e anonimato do pesquisador, com garantia do uso das informações apenas para fins científicos. Após a leitura e assinatura em duas vias no TCLE pelos acompanhantes, foi realizada a entrevista, que foi audiogravada. As entrevistas com os acompanhantes tiveram, em média, duração de três a 13 minutos, com o total de uma hora, 48 minutos e 50 segundos. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta em horários diversos atendendo às necessidades dos participantes no mês de junho de 2015. Nenhum acompanhante convidado se recusou a participar da pesquisa.

## **5.7 Análise dos dados**

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática na perspectiva proposta por Bardin (2008). O uso dessa estratégia possibilitou, por meio da utilização de um conjunto de técnicas sistêmicas e objetivas, a análise da comunicação dos participantes visando obter a descrição do conteúdo das entrevistas.

As entrevistas permitiram revelar os conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens relativas ao processo de desospitalização no hospital cenário do estudo, seguindo os pressupostos de Bardin (2008). Assim, a análise de conteúdo permitiu as inferências sobre dados do processo de desospitalização, utilizando os conteúdos das entrevistas e dos registros do diário de campo.

A análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas, que consistiram em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A

inferência e a interpretação seguiram as orientações de Bardin (2008). Foi realizada a transcrição integral da gravação dos participantes da pesquisa com o auxílio do *software* de transcrição de mídia digital InqScribe®. Após a transcrição integral foram excluídos os vícios de linguagem e realizada a codificação dos nomes dos participantes da pesquisa, bem como a retirada dos nomes das pessoas citadas nas entrevistas, de forma a evitar a identificação. Nessa fase, foram realizadas três leituras flutuantes de cada entrevista, que tiveram como objetivo conhecer o material coletado, sem deixar invadir por impressões.

Para a codificação, os nomes dos profissionais de saúde foram substituídos por nome de cores: branco, vermelho, azul e lilás, seguida da identificação numérica referente à ordem em que foram realizadas as entrevistas. Para os acompanhantes dos usuários em processo de desospitalização, a codificação foi substituída por nomes de flores.

Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material da análise de conteúdo temática, “[...] que consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto”, segundo a orientação de Minayo (2010, p. 317). Fez-se uma leitura aprofundada do material e foram realizados os procedimentos de classificação e agregação das unidades de registro. Bardin (2008, p. 99) orienta que “o tema, enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas”.

A definição das unidades de registro foi realizada por recortes nos enunciados das entrevistas por recorrência e relevância. Para que os recortes fossem posteriormente identificados no texto, à medida que foram retirados receberam um código composto da codificação dos participantes e do número referente à ordem em que apareceram na entrevista. Posteriormente, os recortes foram classificados de acordo com sua unidade de sentido e agrupados, o que permitiu emergir as categorias empíricas.

Posteriormente, os recortes foram reagrupados, formando os núcleos temáticos comuns, que foram constituídos por agrupamento e semelhança de sentido dos enunciados.

Com o agrupamento emergiram as categorias empíricas. Após a definição das categorias empíricas, os recortes foram reorganizados dentro de cada



categoria, permitindo que emergissem as subcategorias empíricas apresentadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 - Categorias e subcategorias empíricas, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2016.

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Subcategorias empíricas</b>
- Desospitalização: perspectiva da instituição	- Construção da política institucional de desospitalização - Preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar - Critérios para a desospitalização - Dificuldades para desospitalizar - Hospital e a rede de atenção à saúde
- Orientação para a família no processo de desospitalização	
- Organização da família do usuário desospitalizado	- Dificuldades da família para assumir o cuidado no domicílio - Adaptações no domicílio - O cuidado no domicílio - Família e a rede de atenção a saúde

Fonte: elaboração própria do autor, 2016.

## 5.8 Resultados

Os resultados obtidos a partir da interpretação e das inferências constituíram-se na terceira etapa da análise de conteúdo temática, que teve como característica propor interpretações e inferências, relacionando-as ao quadro teórico de pesquisa, e abrir outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2010).

## 5.9 Aspectos éticos

Todas as etapas deste projeto foram realizadas em concordância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Em relação aos aspectos éticos, o projeto, primeiramente, foi submetido ao departamento de enfermagem materno-infantil e saúde pública da UFMG; em seguida, ao comitê

de ética em pesquisa da UFMG como adendo do projeto de pesquisa intitulado “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS” (SENA; SILVA, 2013), CAAE: 07698212.7.0000.5149, número do parecer: 938.240 (ANEXO A); por último, ao comitê de ética em pesquisa do hospital cenário do estudo (ANEXO B). Para os profissionais de saúde, diretores e familiares, foram aplicados roteiros diferentes, seguindo os objetivos do estudo (APÊNDICES A, B, C). A coleta de dados foi precedida de discussão com os participantes sobre os objetivos e finalidades e esclarecimentos da pesquisa, enfatizando a voluntariedade em sua inserção na pesquisa. Com isso, eram oferecidos o direito de manifestar livremente o interesse em participar ou não, a ausência de ônus para a sua participação, a garantia de que não haveria algum comprometimento na assistência terapêutica ao usuário e a assinatura em duas vias nos TCLEs. Foram disponibilizados diferentes TCLEs para os profissionais de saúde, os usuários e seus familiares, seguindo os objetivos do estudo (APÊNDICES D, E, F). Foram garantidos, também, o sigilo das informações e o anonimato.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 Análise das categorias**

A partir da análise dos dados das entrevistas, foram construídas três categorias: a) desospitalização: perspectiva da instituição; b) orientação para a família no processo de desospitalização; c) organização da família do usuário em desospitalização. Na primeira categoria emergiram cinco subcategorias (construção da política institucional de desospitalização; preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar; critérios para a desospitalização; dificuldades para desospitalizar; hospital e a rede de atenção à saúde), que serão analisadas separadamente. A segunda categoria será analisada separadamente e não apresenta subcategoria. Da terceira categoria emergiram quatro subcategorias (dificuldades da família para assumir o cuidado no domicílio; adaptações no domicílio; cuidado no domicílio; família e a rede de atenção à saúde), que serão analisadas separadamente.

#### **6.1.1 Desospitalização: perspectiva da instituição**

A categoria desospitalização: perspectiva da instituição emergiu da análise dos dados das entrevistas, permitindo captar as características do processo de desospitalização no hospital cenário do estudo. O processo de desospitalização envolve a gestão da instituição, os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a RAS. O processo de desospitalização revela-se complexo e dependente de relações entre os profissionais e a família e estes e a RAS.

A partir dos discursos dos diretores e profissionais de saúde da instituição foi possível verificar a iniciativa para a implantação da política institucional de desospitalização do hospital cenário do estudo. Com base na análise dos dados identificou-se de que forma os profissionais se organizam para viabilizar a desospitalização dos usuários, quais os critérios que utilizam para a desospitalização e as dificuldades do hospital em realizá-la. A análise dos dados

das entrevistas emergiu em cinco subcategorias: construção da política institucional de desospitalização; preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar; critérios para a desospitalização; dificuldades para desospitalizar; hospital e a rede de atenção à saúde.

#### 6.1.1.1 Construção da política institucional de desospitalização

Essa subcategoria revelou-se a partir dos relatos dos diretores do hospital cenário do estudo e dos coordenadores da clínica médica, informando como a instituição se organiza para o processo de desospitalização dos usuários.

Então, assim, eu estou ciente que existe uma, várias iniciativas que eu acho que no limite constituem uma política vamos dizer assim. Fazem parte de uma política, eu preciso me inteirar um pouquinho melhor de como que elas estão. Como que estão os processos, mas é fato que existe sim uma política (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 3).

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 envolve também essa responsabilidade das transferências do cuidado para outro nível de atenção na rede (LILÁS 1).

A análise dos dados permitiu reconhecer que existem várias iniciativas de desospitalização no hospital que propõem a construção de uma política institucional. As iniciativas de desospitalização buscam proporcionar a alta com mais segurança para os profissionais, usuários e seus familiares. As entrevistas revelaram que existem fragilidades no processo de desospitalização na instituição que envolvem questões de implementação, sistematização e reorganização dos processos internos. As principais fragilidades detectadas revelam a importância da preparação do usuário para a alta, orientações para a família, capacitações

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

Outro aspecto relevante citado pelos entrevistados refere-se à responsabilidade na transferência do usuário para o cuidado na RAS e no domicílio. O processo de desospitalização acarreta a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na desospitalização para propiciar condições para a continuidade e a integralidade do cuidado fora do hospital.

A análise dos dados disponibilizou, ainda, que os gestores buscam alternativas para viabilizar a desospitalização dos usuários como estratégia para diminuir o tempo de internação, revelando que os mesmos sabem quais são os parceiros que eles possuem para viabilizar a desospitalização. Os gestores afirmam que necessitam aprimorar a sistematização do processo de desospitalização no sentido de terem instrumentos mais eficazes para auxiliar os profissionais no processo de alta.

O estudo de Fontoura e Arend (2015) foi uma revisão da literatura e entrevistas com gestores hospitalares para compreender a realidade institucional dos hospitais filantrópicos e comunitários, como essas organizações interagem com a sua região, seus desafios e seus ativos relacionais, especialmente os integrantes do Sindicato dos Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP). Os resultados do estudo revelaram que, isoladamente, as organizações apresentam fragilizadas para cumprir com sua missão e pouca força que precisariam ser compartilhadas para superar suas maiores adversidades (FONTOURA; AREND, 2015).

Os hospitais como instituições de prestação de serviços tanto público e privado buscam alternativas para oferecer serviços de qualidade e redução de custos. Fontoura e Arend (2015) destacam que uma das alternativas atualmente utilizadas pelos hospitais é a desospitalização como estratégia, porque favorece a redução da permanência hospitalar por meio do emprego de novos procedimentos em nível ambulatorial. A redução da permanência hospitalar, além de reduzir o custo financeiro das instituições, reduz as infecções hospitalares e aumenta a rotatividade dos leitos. Desta forma, hospitais buscam alternativas para viabilizar a desospitalização, aperfeiçoar a continuidade e a integralidade do cuidado no domicílio.

### 6.1.1.2 Preparação para a desospitalização pela equipe multidisciplinar

Essa subcategoria foi apreendida a partir dos discursos dos profissionais de saúde a respeito da forma como a equipe multidisciplinar se organiza para a desospitalização dos usuários. Os profissionais de saúde vinculados ao cuidado na clínica médica do hospital realizam uma reunião semanal, às terças-feiras, para discutir casos, avaliar pendências para os usuários a serem desospitalizados, como exames, e alinhar os pontos que podem facilitar o processo.

Sim, nós temos uma reunião semanal, onde estão presentes o corpo clínico, o coordenador da clínica, coordenação de enfermagem, a assistente social, a fonoaudióloga, a fisioterapeuta, onde nós discutimos os casos. As dificuldades e o que pode ser feito para conseguir dar alta precoce para esse paciente (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).

(+) 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 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. O médico responsável pela internação do usuário apresenta o caso para os demais profissionais de saúde para situá-lo sobre as condições do mesmo na data da reunião. Após apresentação do caso, cada profissional de saúde apresenta a avaliação segundo suas responsabilidades frente ao cuidado do usuário. Revela-se que, mesmo com as reuniões semanais, as definições sobre a dinâmica do processo de desospitalização ainda estão diretamente centradas nas deliberações dos médicos. Pode-se inferir que os profissionais participam ativamente do cuidado no hospital, mas a definição pela desospitalização ainda está vinculada ao médico.

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).

Os dados das entrevistas revelaram que existem reuniões semanais no hospital cenário para discussão da situação clínica do usuário.

É (+) existem reuniões todas as terças-feiras uma vez por semana e isso é discutido todos os pacientes da ala junto com os médicos horizontais, a coordenação de enfermagem, o enfermeiro assistencial e outros demais como assistente social, nutricionista, fonoaudiólogos, justamente para tentar é (+) focar o bem-estar desse paciente como também é (+) a gente vê o processo de alta que é nosso foco (AZUL 1).

A discussão não é técnica, é desrespeito ao situar o caso naquele momento. O paciente internou por isso, ele tem essas condições clínicas e sociofamiliares. O plano terapêutico é esse e está certo. E isso fica aberto para os demais profissionais que estão acompanhando o caso. Para trazerem questionamentos que eles acham que sejam pertinentes para o andamento do caso. Então é uma discussão que a gente faz o exercício de situar o caso. Nós estamos nesse momento de internação e faz uma projeção do que vem a seguir para as pessoas se prepararem mesmo com um pouco de antecipação. E para esse processo de completar o tratamento hospitalar e a seguir programar a alta (AMARELO 5).

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 4).

A reunião é importante para o compartilhamento entre os profissionais de saúde do plano terapêutico do usuário, para oferecer condutas para o cuidado durante a hospitalização e planejar o processo de desospitalização.

Vasconcelos *et al.* (2015) discorrem sobre os impactos da desospitalização no usuário e na sociedade. O estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis sobre o processo da desospitalização para o cuidado domiciliar e avaliar o impacto clínico e econômico dos pacientes tratados com linezolida. Os autores atribuem como benefícios da desospitalização: a diminuição do risco de

contrair infecções; a diminuição da taxa de morbidade e mortalidade por episódio de infecção; o aumento da resposta terapêutica; o curto tempo de internação; o aumento da qualidade de vida; mais conforto para o paciente e sua família; o cuidado mais humanizado; a diminuição do risco de propagação da infecção na comunidade; e a diminuição do risco de reinternação com infecção, que foram os principais impactos apresentados no estudo (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

A partir dos discursos dos profissionais verifica-se que o planejamento da desospitalização tem início na admissão do usuário.

É bom, existe a corrida de leitos da unidade de AVC [acidente vascular cerebral] na qual todo mundo participa, nem sempre todos em todas as reuniões. Mas a gente tem uma proximidade como na unidade de AVC a equipe de fisioterapia é da unidade, não é a mesma que faz o serviço no hospital todo. A equipe de fonoaudiologia é só da unidade e então tudo é muito acessível, então a gente discute à beira do leito ou na própria sala de prescrição. Mas existe essa troca de informação o tempo inteiro. Nem sempre formalmente em uma reunião, mas existe essa interação, sempre. Por proximidade mesmo, acessibilidade (VERMELHO 4).

Bom, na unidade de AVC, o que acontece, a gente trabalha com uma equipe multiprofissional. Então, nosso objetivo é começar programar alta do paciente desde a admissão. Quando ele chega aqui pra gente na unidade de AVC ou mesmo no pronto-socorro, ele já vai ser abordado pela assistente social para ver essas questões sociais. Então ela aborda a questão familiar, se a família é presente, se não é, a questão domiciliar. Quem vai cuidar daquele paciente, quando ele for para casa. Se o domicílio é adequado, se não é. E aí junto a gente começa programar esse processo de desospitalização. Se a gente vê que às vezes a família não vai ter condição de cuidar. Se é um paciente que está indo para uma região vai ser pouco assistida pelo PSF [Programa Saúde da Família], pelo PAD. Então a gente vê outras opções de alta para esse paciente (AZUL 1).

Às vezes a gente tem que envolver a assistente social quando o problema é um problema social, envolver nutricionista quando o problema do paciente vai em uso de sonda. Essa reunião é entre todos os médicos da ala, é vem a supervisora de enfermagem da ala, o supervisor de enfermagem que é o nosso coordenador. E sempre que possível a equipe multidisciplinar também e a assistente social (VERMELHO 2).

Apreende-se, na análise dos dados, que existe discussão entre os profissionais de saúde, acerca da preocupação com a desospitalização, que deve ser conduzida desde o momento da admissão. As discussões são realizadas às vezes informalmente no setor para propiciar a interação dos profissionais, o que demonstra a preocupação e a proximidade dos profissionais diante do processo de desospitalização.



O estudo descritivo de Souza *et al.* (2014) teve como objetivo analisar o perfil dos usuários e do cuidador familiar durante a hospitalização dos usuários dependentes, como também identificar o nível de conhecimento do cuidador e suas necessidades acerca dos cuidados a serem prestados ao familiar dependente e em uso de dispositivos de assistência no domicílio. Souza *et al.* (2014) utilizaram a abordagem quantitativa em um hospital de grande porte em BH. Os resultados evidenciaram que em algumas oportunidades a atuação dos profissionais de saúde na desospitalização ocorre simultaneamente à alta hospitalar, sendo que a orientação do usuário deve ser planejada pela equipe de saúde desde a sua admissão, para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída do hospital para a família, cuidadores e a RAS (SOUZA *et al.*, 2014).

As entrevistas com os profissionais permitiram evidenciar que a assistente social desempenha importante papel no processo de desospitalização. A assistente social faz abordagem social dos familiares e a articulação entre os profissionais e destes com a RAS. Silva e Rodrigues (2015) tiveram como objetivo refletir sobre a relação do serviço social com o cuidado em saúde, tendo como pressuposto a atuação do profissional e como este se vincula aos eixos teórico-práticos da política de saúde do SUS. O estudo resultou de um trabalho de conclusão do curso de doutorado, tendo como título “Produção do cuidado em saúde e o Serviço Social”. Os achados contribuem para a discussão sobre o papel da assistente social, quando cita que esta profissional nos últimos anos está inserida nas equipes multiprofissionais no campo da saúde cujo objetivo prioritário de seu trabalho consiste em produzir o cuidado nas instituições e no domicílio (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Após as reuniões semanais para discussão dos casos, os profissionais do hospital cenário desta investigação conversam com os familiares para verificar quais são as condições dos mesmos para assumir o cuidado no domicílio. Os profissionais de saúde orientam quais são as responsabilidades dos familiares e as necessidades dos usuários.

Primeiro é apresentado o caso clínico mesmo do paciente de uma forma bem científica mesmo, o caso clínico dele. Depois a condição do paciente, as propostas para ele, as propostas tanto intervenção de cada área daqui do hospital, tanto as propostas para casa. Aí começa entrar o contexto familiar, onde mora, como seria o suporte dele na rede quando ele tivesse alta. O que ele ia conseguir, os encaminhamentos, e aí uma previsão para todo mundo se programar nessa alta (AZUL 1).

A gente discute primeiro com a equipe com os outros profissionais como que vai ser, quando vai ser. E após esta discussão com a equipe a gente conversa com os familiares. A gente tenta passar para o familiar a responsabilidade, as suas responsabilidades. E os seus cuidados com os pacientes após a alta hospitalar (BRANCO 2).

Bom, durante toda a internação o paciente recebe tratamentos clínicos, cirúrgicos que seja, afim de reabilitar do ponto de vista intra-hospitalar. Cumprida esta etapa uma vez que consideramos que o paciente está em condições de manter em domicílio o mesmo tratamento que é possível fazer dentro do hospital. Nós encadeamos um processo em comum acordo com a fisioterapia, com a nutrição, com a assistente social e com a fonoaudióloga para que possamos propiciar o mesmo tratamento que ela estava recebendo no hospital, no domicílio (VERMELHO 1)

A partir dos discursos dos profissionais desta pesquisa verifica-se que os usuários podem ser desospitalizados quando eles têm condições de manter no domicílio a continuidade e integralidade do cuidado que é oferecido no hospital. Os dados revelam que a grande dificuldade é a organização familiar e quem será responsável pelos cuidados no domicílio.

No diário de campo está registrado:

Entre os profissionais existe uma grande preocupação com a continuidade do cuidado no domicílio após a desospitalização. O médico após a entrevista disse, quando percebe que o familiar ainda não tem condições de cuidar, ele retarda um pouco a alta. Ele disse que solicita para a equipe a realização de capacitações e sensibiliza os familiares sobre a importância do cuidado no domicílio (Nota de campo, p. 9, 26/05/15).

Os profissionais mencionaram que os usuários e familiares recebem orientações quanto aos procedimentos que o usuário está recebendo no hospital para que ele possa ser conduzido para o domicílio quando estiver em situações clínicas estáveis. As orientações são importantes para que os familiares possam oferecer a continuidade e integralidade do cuidado no domicílio.

O estudo de Evangelista *et al.* (2015) teve por objetivo definir a essencialidade de dados relativos à desospitalização que subsidiassem a elaboração de um *software* com base na percepção de possíveis usuários que, no

ano de 2013, faziam parte da gestão e funcionamento dos núcleos regionais de AD do Distrito Federal. O estudo foi do tipo exploratório-descritivo e ressaltou que a desospitalização para a assistência domiciliar possibilita a continuidade do cuidado para os usuários. E contribui para a sistematização do cuidado quando apresenta 42 dados considerados essenciais que podem fornecer informações suficientes e necessárias para elaborar um *software* cuja finalidade é identificar o potencial para a desospitalização (EVANGELISTA *et al.*, 2015). Os hospitais buscam instrumentos para viabilizar a desospitalização dos usuários. Por outro lado, têm a preocupação de oferecer aos familiares orientações para garantir a continuidade e integralidade do cuidado no domicílio. As orientações para os familiares no hospital constituem uma estratégia que o hospital utiliza para ensinar aos usuários o cuidado que será realizado no domicílio.

#### 6.1.1.3 Critérios para a desospitalização

Essa subcategoria emergiu dos discursos dos profissionais de saúde a respeito da forma como a equipe multidisciplinar utiliza os critérios de desospitalização do hospital para a alta dos usuários. A participante Amarelo 2 mencionou que muitas vezes não existem critérios explícitos para a desospitalização e que devem ser analisados caso a caso.

Critérios, a gente sempre trabalha com critérios. Mas muitas vezes não são critérios explícitos, está certo. E às vezes a gente tem isso inculido 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).

Todo paciente que tem condição clínica de alta hospitalar a condição clínica do ponto de vista da multidisciplinaridade. Esse paciente recebe a alta (AMARELO 2).

Os profissionais descreveram que existem critérios explícitos como realizar um programa mínimo de reabilitação motora na instituição para a desospitalização do usuário. Os profissionais de saúde vinculados ao cuidado na clínica médica opinaram que utilizam o critério clínico para a desospitalização dos usuários para o domicílio. A análise dos dados revela que para usuários na linha de cuidados ortopédicos é preciso cumprir o mínimo de critério de reabilitação motora na instituição para a desospitalização. Essa conduta é importante para oferecer segurança aos usuários e seus familiares. Verifica-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.

O estudo de Thieme *et al.* (2014) teve como finalidade documentar a experiência de elaboração e implantação de protocolo referente à linha de cuidado para idosos hospitalizados devido a complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com necessidade de terapia nutricional (TN) e organizar as atividades preconizadas nesse protocolo de acordo com o planejamento da alta responsável e estruturação da linha de cuidado. Os critérios definiram idosos com limitação funcional e/ou com doença crônica degenerativa; idoso em terapia nutricional e/ou com estado nutricional comprometido; idoso em sofrimento psíquico e/ou que demandasse atendimento psicoterápico; idoso com comprometimento no desempenho nas atividades de vida diária e necessidade de cuidador. Os achados de Thieme *et al.* (2014) corroboram a análise dos dados no planejamento da alta responsável, favorecendo a continuidade do cuidado no domicílio.

As análises dos dados das entrevistas revelaram que o critério clínico e as condições dos familiares são relevantes no processo de desospitalização. Segundo esses critérios os profissionais de saúde orientam os familiares a como dar continuidade ao cuidado no domicílio.

Tem (+) é 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 dar alta para ele do que ficar com ele no hospital, correndo o risco de adquirir um quadro infeccioso que até piore. 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).

Sim, primeiro que a gente analisa a questão da estabilidade desse paciente. A gente não pode pensar em desospitalização de forma irresponsável. É uma questão assim, se o paciente, se o médico acha que o paciente está clinicamente estável e que tem condições de sair de alta. Então a gente começa a partir daí envolver a família. Então a gente começa envolver a família e juntamente com o serviço social que eu acho que é primordial nessa questão. Por que para um paciente receber alta a gente tem que preparar a família, preparar o paciente, a casa dele está preparada para estar recebendo (AZUL 2).

Mas pelo que eu sei, existe primeiro uma classificação. Os doentes são avaliados de acordo com o nível de dependência, com as questões familiares. Com a necessidade de conciliação dos medicamentos que era o termo que eu queria. Falei compatibilização, mas conciliação. A polifarmácia, o número de drogas, a obtenção desses medicamentos. E no momento da alta é feita todas essas avaliações que tem participação de vários profissionais. Essa avaliação ela não é feita só. O critério não é unicamente o critério médico. É então o paciente permanece ou é encaminhado ao domicílio ou é ou é encaminhado ao PAD do Sistema Único de Saúde (LILÁS 2).

A análise dos dados revelou que uma importante condição no processo de desospitalização é a questão social da família, a existência do cuidador e principalmente as condições financeiras. Quando a família não possui condições de assumir o cuidado, a alta é adiada. A dificuldade financeira da família para a desospitalização pode se relacionar com o fato que os familiares trabalham o dia inteiro e terão mais gastos para assumir o usuário no domicílio. E alguns familiares ficam confusos e não sabem como proceder com os usuários após a alta hospitalar.

Souza *et al.* (2014) intentaram analisar o perfil dos usuários e do cuidador familiar durante a hospitalização de usuários dependentes. Demonstraram que quando os familiares foram abordados sobre questões relacionadas às condições de obtenção de materiais de cuidado para os usuários, 31 (62%) entrevistados responderam que tinham condições e 19 (38%) afirmaram, prontamente, que não, devido ao alto custo do tratamento, finanças reduzidas e falta de engajamento e de participação nos programas de atenção à saúde da família.

Os profissionais entrevistados relataram que o primeiro critério para a desospitalização é a melhora clínica e a preparação dos familiares para assumirem o cuidado no domicílio.

O primeiro critério é melhora clínica, uma melhora clínica (+) uma capacidade social também é muitas vezes o paciente não tem esse suporte social. Isso é uma coisa que é importante e muitas vezes deixa a desejar nessa população que a gente atende e isso muitas vezes prejudica a alta, algumas vezes a alta é adiada por uma questão social. É adiada e atrasada mesmo é às vezes social, às vezes familiar mesmo. A família com insuficiência familiar (+) é uma questão constante aqui no hospital. Então nem sempre só a melhora clínica é o ponto que a gente consegue pra desospitalização não (VERMELHO 3).

Bem, o processo de desospitalização é de acordo com o quadro clínico do paciente à medida que ele vai melhorando que tem condições clínicas, a gente estabelece que ele tem condições de ir para casa ou não. Tem questões sociais envolvidas, tem muitos pacientes que depende de cuidados fora, tem muitos pacientes crônicos, depende de cada paciente. Isso é meio individualizado a conduta também (VERMELHO 1).

Primeiro, às vezes a família trabalha, ganha pouco aí ela vai precisar de ter mais gasto, por mais que ela tenha às vezes essa assistência da atenção domiciliar. Tem outras questões, às vezes precisa de uma pessoa pra ficar por conta desse doente. Aí é essas são as questões que às vezes eu acho que são as mais complicadas da gente trabalhar, de como a família vai se organizar pra poder receber, isso é um trabalho que a gente tenha organizar já desde o início quando a gente já percebe alguma fragilidade (BRANCO 4).

Quanto à questão social, verifica-se que o fato de não ter um familiar responsável, com um cuidador principal definido é um limitante para a desospitalização, mesmo que o usuário esteja clinicamente estável. Os profissionais de saúde não conseguem realizar a desospitalização. O processo de desospitalização é individualizado para cada usuário e a conduta dos profissionais também é diferente, delimitando o plano terapêutico do usuário para o domicílio. Abstraiu-se que a questão social em algumas situações é mais importante que o estado clínico do usuário. Em vários casos os familiares afirmaram que não têm condições de assumir o cuidado e os profissionais têm dificuldades em organizar a desospitalização.

A partir das entrevistas com os profissionais, verificou-se que outro critério utilizado para a desospitalização é o usuário dependente de algum dispositivo de marcha, por exemplo, ou de cuidados, principalmente de enfermagem e para a continuidade do cuidado e assistência pelo PAD. Os profissionais mencionaram

os usuários traqueostomizados, em uso de sonda nasoentérica e com úlceras de decúbito, que são muito frequentes.

É, existem os critérios, a gente usa critérios, geralmente paciente traqueostomizado, paciente com uso de sonda, paciente com escara, úlcera de decúbito que vai necessitar cuidado mais intensivo da parte da enfermagem que a família sozinha não vai conseguir fazer esse cuidado geralmente são esses pacientes (VERMELHO 6).

Pro PAD, a maior parte dos pacientes do paliativo tem indicação. Eu posso te falar assim, são 90%, que a maioria são pacientes acamados, traqueostomizados, é (+) pacientes com comorbidades já crônica, que é preferível eles irem para casa e ficar em casa e às vezes ter uma morte mais digna com mais conforto em casa (AZUL 6).

É um paciente com lesão grande, um paciente, por exemplo, nossos pacientes com suporte não invasivo, a não ser que seja um paciente não invasivo. Mais que seja um paciente, por exemplo, às vezes você manda um paciente que é suporte não invasivo porque ele tem um câncer já em estado terminal. Mais é um paciente que vai para casa sem sonda, é um paciente que vai para casa deambulando, digamos assim. Você não vai mandar ele pro PAD, agora se for um paciente que demandar sonda nasoentérica, que demandar com é que fala que for debilitado, com uma restrição no leito. Que tiver lesões aí a gente encaminha pro PAD (AZUL 2).

Os usuários que necessitam de auxílio na ingestão hídrica e/ou de cuidados intensivos da enfermagem são potenciais para a desospitalização e encaminhados para a AD, segundo os dados desta pesquisa. Os usuários que necessitam de cuidados no domicílio e de auxílio pelo PAD são elegíveis para a desospitalização. Na pesquisa de Souza *et al.* (2014) os resultados revelam que existe a necessidade, principalmente, de os enfermeiros adotarem a preparação da alta hospitalar para o ambiente familiar como um campo de ação para promover intervenções que visem ao melhor desenvolvimento das relações e das parcerias para esse cuidado.

#### 6.1.1.4 Dificuldades para desospitalizar

Essa subcategoria foi revelada a partir dos discursos dos profissionais de saúde sobre a dificuldade para desospitalizar os usuários no hospital cenário do estudo. Os profissionais de saúde relataram que uma dificuldade frequente no hospital é a falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização

entre os médicos e destes com os demais profissionais. Foram aludidas, ainda, as dificuldades quanto às condições das famílias para assumir 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 7).

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

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 seis meses, oito meses por falta é de capacidade familiar (LILÁS 4).

Apurou-se que a principal dificuldade para a desospitalização é a questão social das famílias. 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. Lago *et al.* (2015) realizaram estudo que teve como objetivo identificar o preparo físico e psicológico e a percepção da sobrecarga de cuidadores de usuários vinculados a um programa público de AD. O estudo de abordagem qualitativa, observacional e transversal com cuidadores de usuários internados no domicílio revelou que a função do cuidador é desgastante, física e psicologicamente, e 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. O estudo contribui com a análise desta pesquisa quando afirma que cuidar de um usuário com doença avançada, no domicílio, é considerado uma carga pesada e pode causar ônus importante ao cuidador e também aos demais da família (LAGO *et al.* 2015).

Os profissionais de saúde Amarelo 2 e Amarelo 3 declararam que a organização mais intensiva em relação à alta tradicionalmente é quando ela está próxima.



A outra observação que eu faço é que tradicionalmente a gente tem o hábito de pensar na alta quando a alta está próxima. Isso traz algumas dificuldades para o processo de desospitalização para as orientações que precisam ser feitas. E para arranjos com a rede que precisam ser realizados (AMARELO 2).

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 3).

Os dados das entrevistas permitem identificar uma dificuldade para as famílias e consequentes fragilidades para a continuidade do cuidado para a RAS quando a organização para a alta está próxima da desospitalização. A mobilização para o dia da alta mostra a dificuldade na obtenção de recursos financeiros pelos familiares para oferecer ao usuário o cuidado no domicílio. Há necessidade de adequação na estrutura do domicílio e a definição de qual será o familiar responsável pelo cuidado.

#### 6.1.1.5 Hospital e rede de atenção à saúde

A subcategoria hospital e a rede de atenção à saúde revelou-se a partir das falas dos respondentes sobre como eles se relacionam com os profissionais da RAS para a desospitalização dos usuários. A partir dos discursos dos profissionais de saúde da instituição foi possível verificar quais são os mecanismos que o hospital cenário utiliza para encaminhar os usuários desospitalizados para a RAS e para o domicílio. Os profissionais de saúde relataram que a assistente social faz o contato com o PAD ou a unidade de referência próxima do domicílio do usuário vinculada ao SUS.

A assistente social entra em contato com o PAD, um dia antes. O PAD marca de imediato uma visita para esse paciente para acolhê-lo em casa o quanto antes (VERMELHO 2).

A gente faz aquele relatório e entra em contato com o serviço social e geralmente a gente pede para o serviço social entrar em contato com a unidade básica que vai receber o paciente para já passar o caso que eles estejam cientes desse paciente (VERMELHO 2).

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).

A análise dos dados permitiu reconhecer que a assistente social é uma profissional importante no processo de desospitalização. Ela faz o contato com o PAD no dia anterior à programação da alta. A assistente social disse que os profissionais do PAD agendam uma visita domiciliar para acolher o usuário o mais rápido possível no domicílio. Thieme *et al.* (2014, p. 274) defendem que “a alta hospitalar responsável baseia-se na transferência do cuidado, sendo realizada por meio de orientação ao idoso e seu familiar/cuidador quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado”. A desospitalização oferece segurança aos profissionais, usuários e ao familiar fundamentada na transferência de cuidado responsável para a integralidade e continuidade do cuidado no domicílio.

Os médicos participantes do estudo fazem um relatório e encaminham ao serviço social responsável pelo contato com a unidade que irá receber o usuário. Em sua maioria os médicos não fazem contato com os profissionais que irão oferecer a continuidade do cuidado aos usuários no domicílio. Essa conduta pode prejudicar a assistência dos usuários, uma vez que as informações quanto ao plano terapêutico podem ser incompletas.

No diário de campo está registrado:

A assistente social relatou após o término da entrevista que fica insegura ao repassar as informações para os profissionais do PAD. Porque ela não tem o conhecimento técnico de feridas e medicamentos, por exemplo, que os usuários estão em uso (Nota de campo, p. 7, 14/04/15).

Os médicos participantes do estudo asseguraram que têm boa relação com os profissionais do PAD e que em algumas situações é realizado o contato direto com o médico da equipe que vai acompanhar o usuário.

Nós temos uma boa relação. Em algumas situações, o médico faz contato com a equipe que vai acompanhar. Mas na maioria das vezes quem faz esse contato é a assistente social. Então eu faço um relatório completo das condições clínicas do paciente, dos dispositivos que ele está usando. O motivo pelo qual ele precisa ser acompanhado pelo PAD (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 desrespeita 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 7).

Pela análise dos dados, o contato entre os médicos do hospital cenário do estudo e do PAD é realizado via encaminhamento do relatório. Não existe discussão de condutas entre os profissionais do hospital cenário do estudo e do PAD, visando à continuidade do cuidado. A participante Vermelho 2 ressalta que o contato com os profissionais do PAD é indireto, intermediado pelo serviço social do hospital cenário do estudo.

Para Thieme *et al.* (2014), a equipe multiprofissional do hospital é responsável por realizar o contato com a equipe da UBS de referência e agendar a visita domiciliar. Essa conduta favorece o vínculo entre os profissionais do hospital, profissionais da UBS, usuários e seus familiares. Os autores acrescentam que os profissionais do PAD não mantêm contato com os profissionais do hospital.

Os profissionais relataram que não existe procura de informações sobre o usuário a ser desospitalizado por parte dos profissionais do PAD.

Não, eles não procuram, isso é uma coisa que eu pelo menos eu tenho muita vontade de saber o que acontece. Porque muitas vezes eu vejo que a gente dá alta para um paciente e passa mais ou menos 15 dias, 1 mês esse paciente volta. E a gente fica sem saber o que aconteceu. E muitas vezes eu sei, falas dos próprios acompanhantes, falam, por exemplo, mas o PAD não fazia o curativo todo dia. Não acompanhava todo dia a lesão e como o paciente foi embora com uma lesão que tava "boa" e um mês volta com uma lesão pior ainda ou que abriu mais lesões. Então eu não posso falar que eles fazem um mau serviço, não posso julgar porque não vejo. Mas eu tenho vontade de saber como isso é acompanhado (AZUL 7).

Pois é, geralmente é feito contato antes da assistente social e vai ver se a área que esse paciente mora, a área que esse paciente vai ser assistido. Se ele vai ter essa assistência de maneira adequada. Então muitas vezes o paciente vai com a lesão para casa e a família não vai ter condição para assumir. Às vezes é uma lesão mais extensa que vem acamado previamente. Ele vai precisar de acompanhamento pelo PAD, então ela faz o contato, passa o caso do paciente e no momento da alta o médico faz todo o encaminhamento também. Esse paciente é encaminhado, só que tem meio que uma quebra assim depois da alta desse paciente que muitas vezes a gente não tem retorno (AZUL 3).

Mas assim contato mesmo a gente não tem. A gente recebe aquele relatório, a gente faz um relatório e esse contato direto com o PAD com o hospital. Com o PAD é através da assistente social. Em alguns casos, tiveram dois casos que eu entrei em contato com o médico que ia receber para passar uma particularidade de um paciente. Mas normalmente isso não acontece não mais existe se tiver a necessidade a gente tem essa interação (VERMELHO 5).

A participante Azul 3 relata que após a alta não tem retorno do PAD. A falta de contato do PAD causa desconforto para os profissionais do hospital cenário do estudo, principalmente por causa dos curativos que, segundo os usuários que retornam para a internação, não são realizados todos os dias. Identificou-se que a relação entre o hospital cenário do estudo e o PAD é frágil. O contato entre os profissionais do hospital e do PAD poderia ser frequente para aperfeiçoar o cuidado e principalmente a continuidade e integralidade do cuidado aos usuários.

Bom, os enfermeiros da clínica médica a gente não tem o contato mesmo com o PAD, quem tem mais o contato é o serviço social daqui da clínica médica. Principalmente as inúmeras funções que a gente acaba fazendo, por exemplo, a gente não consegue parar para passar um caso de um paciente que está saindo de alta. Eu acho que isso deveria acontecer principalmente com a maioria dos pacientes que são idosos, pacientes que são acamados. Pacientes que têm lesão, porque geralmente o serviço social que passa como esse paciente está. Inclusive a assistente social várias vezes chega perto de mim para saber de lesão de paciente para passar para a enfermeira do PAD. Sendo que isso deveria, eu acho, ser passado entre enfermeiro e enfermeiro, só que a gente não consegue fazer isso pela nossa rotina. Eu, por exemplo, não consigo parar minha assistência, parar o que estou fazendo na ala para tentar falar, por exemplo, no PAD, para conversar com esse médico que tá lá para passar esse caso (AZUL 5).

A participante Azul 5 menciona que não consegue interromper a rotina para tentar falar com os profissionais do PAD. O contato é via papel, o médico preenche uma ficha com as necessidades do paciente, que é repassada ao PAD. Os resultados do estudo de Souza *et al.* (2014, p. 171) indicam “a necessidade dos enfermeiros adotarem a preparação da alta hospitalar para o ambiente familiar, como um campo de ação para promover intervenções que visem o melhor desenvolvimento das relações e das parcerias para este cuidado”. Essa postura ativa dos enfermeiros poderá favorecer a criação de vínculos entre os usuários e seus familiares, ocasionando uma assistência qualificada.

### **6.1.2 Orientação para família no processo de desospitalização**

A categoria orientação da família no processo de desospitalização emergiu da análise dos dados nas entrevistas, o que permitiu captar as características em relação às orientações que os familiares recebem no hospital cenário do estudo pelos profissionais de saúde no processo de desospitalização.

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).

Em relação aos pacientes, você tem que ver as comorbidades de alguns pacientes, eles, os pacientes crônicos, pacientes portadores que vão receber alta com sonda nasoentérica, com traqueostomia, eu começo essa desospitalização geralmente umas duas semanas antes. Primeiro, comunicando os familiares, depois orientando esses familiares, eles vão receber orientações do serviço da nutrição em relação ao manejo da dieta pela sonda e também os cuidados com a traqueostomia e também quando têm curativos, mesmo sabendo do posto de saúde ele pode visitar esse paciente para os cuidados (VERMELHO 1).

Os familiares recebem orientações no hospital para oferecer cuidado aos usuários no domicílio após a desospitalização. As orientações referem-se 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 em orientar os familiares no hospital antes da desospitalização para oferecer aos mesmos segurança no cuidado no domicílio. Os profissionais relataram que o usuário não pode receber alta sem os familiares estarem aptos a oferecer o cuidado integral e de qualidade no domicílio. Essa conduta implica a atuação de todos os profissionais que estão oferecendo assistência ao usuário e o contato com a família.

O estudo de Oliveira *et al.* (2015) a respeito das definições e implicações da atenção domiciliar em artigos científicos consistiu em uma pesquisa bibliográfica, de revisão narrativa. A busca do referencial teórico para o estudo foi realizada na base de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* em dezembro de 2012. Oliveira *et al.* (2015) mencionam a importância do treinamento prévio no hospital dos cuidadores domiciliares para que possam conferir cuidado adequado ao usuário em casa.

Os profissionais informaram que desde o início da internação é fundamental a orientação à família quanto às responsabilidades com os usuários no domicílio.

Então a gente já vai sensibilizando a família já desde o início para ela já ir pensando, olha quando esse paciente receber alta como é que vai ser? Tem alguém que vai poder te ajudar? Tem alguém que vai te auxiliar nesses cuidados? E a gente pode ver se consegue alguém que te auxilie, que tem esse tempo pra dividir com você (BRANCO 5).

O preparo da família é desde o início da internação. Então nós estamos ainda até tentando reformular esse contato do serviço social e da família. É com a ideia que a família participe todo o tratamento intra-hospitalar. Para quando esse paciente receber a alta, ela ter condições inclusive do próprio cuidado em casa (AMARELO 4).

Planejar a alta, isso. E aí como é que feito, geralmente eu coloco os pacientes, os familiares, se o paciente tem familiar, já coloco esse familiar para poder ir interagindo com o cuidado do paciente. Auxiliar numa troca de fralda ele não vai fazer, ele vai ver ou ele vai segurar esse paciente (AZUL 1).

Segundo o entrevistado Branco 5, os profissionais estimulam a participação da família durante o cuidado no período de internação. Percebe-se que os profissionais estão preocupados com a organização da família e com a identificação de quais familiares poderão assumir o cuidado no domicílio. Souza *et al.* (2014) contribuem ao asseverar que “para tornar possível a continuidade do cuidado prestado pelo cuidador familiar no domicílio, deve-se iniciar, ainda durante a hospitalização, um processo de orientações básicas para a saúde, sintomas e complicações (SOUZA *et al.*, 2014, p.165)”.

No diário de campo está registrado:

A enfermeira disse que se, por exemplo, o usuário é acamado e possui uma ferida sacral. Ela convida o familiar a observar como a enfermagem realiza o banho e os curativos. A enfermeira disse que os familiares no início ficam receosos ao observar. Mas depois de um tempo, eles ajudam muito na assistência (Nota de campo, p. 9, 10/06/15).

Captou-se que os profissionais orientam os familiares sobre o suporte que a RAS poderá oferecer após a desospitalização.

A gente conversa com a família, a gente procura como disse anteriormente, a gente procura passar para a família com o paciente. A gente procura informar para a família. Ah, o suporte que a rede pode oferecer após a alta hospitalar. Tenta dar todas as orientações possíveis para que a família se sinta confortável para receber o paciente em domicílio (BRANCO 3).

Então tem a orientação, a nutrição trabalha com a orientação da sonda nasointestinal dos pacientes em todas as alas. Foi feito um trabalho algum tempo de uma dieta enteral. Artesanal, baixo custo então essa orientação é feita ao familiar como é preparar essa dieta em casa, onde ele vai comprar num valor acessível. É deixa ver que mais, a gente tenta envolver também os cuidados com o paciente, a gente libera acompanhante, pede a presença dele sempre que possível, sabe também que muitas famílias, todo mundo trabalha. Não tem condição, mas assim nos cuidados do paciente, mudança de decúbito no posicionamento na forma de oferecer a dieta no treino com a terapia ocupacional para que ele se sinta seguro para cuidar desse paciente em casa (AZUL 3).

Verifica-se que um dos objetivos das orientações é transmitir segurança para a família receber o usuário no domicílio. Os profissionais orientam sobre qual assistência a RAS poderá oferecer. Pelos dados das entrevistas, inferiu-se que os profissionais também estão preocupados com a nutrição e o cuidado do usuário no domicílio. Foi realizada orientação aos familiares para a confecção de uma

dieta artesanal de baixo custo para os usuários. Essa interação entre profissionais e familiares é importante para oferecer segurança a todos que estão envolvidos no cuidado ao usuário.

Oliveira *et al.* (2015) ressaltam que os familiares se sentem frustrados quando o usuário é desospitalizado antes da ausência de todos os sintomas, uma vez que relacionam a alta hospitalar à cura, revelando que não aceitam sair do hospital quando os usuários são incapazes de cuidar de si mesmos.

No diário de campo está registrado o que a assistente social disse após a entrevista:

Infelizmente alguns familiares não querem receber o usuário. Ela fica pensando que não querem a melhora do familiar. E quando recebe alta, discutem com a assistente social e falam que o familiar ainda não está curado. Ela explica que a continuidade do cuidado será em casa. Muitos não aceitam, dizem que não consegue cuidar. Os familiares apresentam várias justificativas para não retornar com o usuário para casa (Nota de campo, p. 9, 10/06/15).

Em algumas situações os usuários estão estáveis clinicamente para a desospitalização, mas a família ainda não está organizada para recebê-lo no domicílio.

Muitas vezes o que acontece, esse paciente do ponto de clínico e neurológico estável está apto para ir embora. Mas ele está com uma lesão super extensa e a família não vai ter condição de assumir a lesão por enquanto, entendeu? Então assim a gente segura a alta dele mais um pouco, treina a família, melhora um pouco mais a (+) o aspecto da lesão para mandar esse paciente embora de uma maneira mais tranquila (AZUL 2).

Nós chamamos, conversamos com quem fica mais aqui ou o responsável, porque nem sempre eles ficam aqui. Isso é outra dificuldade que eu não citei antes. Que às vezes o paciente fica aqui não tem apoio familiar que não tem um responsável. Essas reuniões também servem para isso. A gente tenta colocar a família à parte a gente comunica à assistente social da ausência de familiares (VERMELHO 5).

Os profissionais depuseram nas entrevistas, que diante dessa situação, orientam as famílias no hospital e aguardam um tempo para a alta. E que, em alguns casos, o usuário não tem apoio familiar, sendo o mais destacado a não disponibilidade de um responsável para receber as orientações dos profissionais do hospital. Essa situação oferece grandes dificuldades no processo de desospitalização do usuário. O hospital faz o adiamento da alta para oferecer



segurança aos familiares ao assumir o cuidado que, por sua vez, gera ônus financeiro para o hospital. As dificuldades estruturais para os cuidados domiciliares extrapolam o ambiente da casa e incluem o transporte disponível, o qual determina as condições de acesso e acessibilidade para a RAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A partir da análise dos dados foi possível reconhecer que os profissionais de saúde do hospital cenário deste estudo destacam a importância da enfermagem nas orientações para os familiares em processo de desospitalização.

A gente tenta auxiliar se tem alguma dúvida, se está precisando de alguma orientação. Se já conseguiu, geralmente os enfermeiros durante o dia já agilizam todo esse parâmetro. E a gente vê também a questão, solicitando a cópia de exames para eles. Verifica se tem o encaminhamento do PAD. Se eles já são todos orientados aos cuidados do paciente (AZUL 1).

Preparação da família a gente conduz assim é com informações mesmo da equipe médica, quando é um paciente que vai precisar de cuidados do PAD, pela enfermagem com escaras com cuidados com curativo locais, a equipe da enfermagem participa também ativamente (VERMELHO 5).

Esses familiares são orientados sim pela equipe de enfermagem. Mas como eu disse é uma equipe especial. Isso não está presente em muitos setores do hospital. Então eu não posso dizer que acontece na linha de cuidado que eu estou inserido se replica no hospital inteiro (AMARELO 6).

Constatou-se a preocupação da equipe de enfermagem com identificação dos familiares da necessidade do cuidado proposto ao usuário. A equipe de enfermagem tem implicação importante no processo de desospitalização: orientando os profissionais quanto ao cuidado no domicílio, preparando documentos, verificando a realização dos curativos e outras pendências. Souza *et al.* (2014, p. 165) evidenciam “a importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos membros familiares e cuidadores, na tentativa de promover o cuidado como uma atividade mais leve, de forma a melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos”.

A orientação no hospital para os familiares antes da desospitalização dos usuários é importante para oferecer segurança, integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio. A interação entre profissionais e familiares durante a internação dos usuários é primordial para favorecer o cuidado no domicílio. Os treinamentos sobre diversos procedimentos no hospital proporcionam autonomia

aos familiares. A preocupação dos profissionais de saúde em eleger um cuidador principal antes da desospitalização ainda provoca muita apreensão entre os familiares. Alguns familiares nunca cuidaram de nenhum familiar e de repente o usuário se encontra em situação clínica desfavorável para o autocuidado, ocasionando preocupação e insegurança para os familiares.

### **6.1.3 Organização da família do usuário em desospitalização**

A categoria organização da família do usuário em desospitalização emergiu da análise dos dados das entrevistas, que permitiu captar as características de como os familiares se organizam para o cuidado no domicílio do usuário desospitalizado.

A partir dos discursos dos profissionais do hospital cenário do estudo foi possível verificar quais são as dificuldades que as famílias apresentam para assumir o cuidado no domicílio. Os familiares realizam adaptações físicas no domicílio para facilitar o conforto do usuário.

A análise dos dados das entrevistas emergiu em quatro subcategorias: dificuldades da família em assumir o cuidado no domicílio, adaptações no domicílio, o cuidado no domicílio, família e a rede de atenção à saúde.

#### **6.1.3.1 Dificuldades da família para assumir o cuidado no domicílio**

Essa subcategoria revelou-se a partir do relato dos acompanhantes e dos profissionais de saúde da clínica médica do hospital cenário do estudo sobre quais as dificuldades da família para assumir o cuidado do usuário no domicílio.

Alguns familiares têm uma certa dificuldade até mesmo de aceitação. Quando o paciente tem algum procedimento cirúrgico que recebeu, por exemplo, uma bolsa de colostomia, a família não está preparada (AZUL 3).

Em relação à desospitalização, pois é às vezes o familiar quando o paciente, por exemplo, vai de fralda, paciente tem uma lesão, paciente traqueostomizado, está com sonda nasoentérica, os familiares não gostam, não querem levar para casa. E quando o paciente é dependente, mesmo que ele não tenha todos esses dispositivos, os familiares, as pessoas parecem que não querem se comprometer, porque querendo ou não a partir do momento que você vai dar alta para uma pessoa dependente, ele vai precisar de alguém que responda por ele (AZUL 3).

Todas, porque ela é debilitada, ela não tem possibilidade de fazer nada depende da gente pra tudo (JASMIM 1).

Existe dificuldade de aceitação da família, principalmente de usuário dependente, debilitado, em uso de sonda nasoentérica, fralda, com traqueostomia e que realizou procedimento cirúrgico. Detectou-se dificuldade de aceitação porque a família não está preparada para assumir o cuidado no domicílio. Um exemplo citado é o uso de algum dispositivo de alimentação. Segundo o entrevistado Azul 3, a família tem dificuldade em aceitação porque o usuário necessitará de um responsável para oferecer assistência no domicílio.

O estudo de Nishimoto e Duarte (2014) de abordagem qualitativa com 12 crianças que apresentavam condição crônica em saúde teve como objetivo analisar a organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. Os autores descrevem que as mães têm insegurança e medo em assumir o cuidado no domicílio, apesar da vivência e do aprendizado propiciado ainda no ambiente hospitalar (NISHIMOTO; DUARTE, 2014).

Os profissionais de saúde comentaram que alguns familiares são ausentes e não querem receber os usuários no domicílio.

Olha, não vejo assim dificuldade, às vezes por fatores familiares mesmo. Às vezes a família não é presente, não sabe do caso. Ou às vezes mesmo sabe do caso e não interage mesmo com o paciente com os profissionais. Eu vejo dificuldade nessa parte aí (AZUL 3).

Não, porque eu tenho duas filhas, mais uma não mora aqui. Ela mora na roça. E a outra sai de manhã e volta à noite. Então eu não tenho ninguém para poder me ajudar (ROSA 2).

Por exemplo, se é um problema com relação à família, com o recebimento do paciente. Aí o serviço social junto com o familiar vai conversar para ver o que pode ser feito com o apoio a família. Para que esse paciente possa ser recebido em caso de alta. Aí eles detectam onde está o problema o que eles podem fazer para contribuir para que esse paciente, às vezes não vai para casa de determinado parente. Mas tem outro parente que pode receber, entendeu? Aí vai esse papel do serviço social (AZUL 1).

Há familiares que conhecem a situação clínica do usuário, mas não interagem com a equipe. Pode-se inferir que esses familiares não querem assumir a responsabilidade dos usuários no domicílio. Verifica-se que as profissionais do serviço social conversam com os familiares para oferecer apoio quando existe dificuldade em receber o usuário no domicílio. A assistente social sensibiliza os familiares quanto às responsabilidades que eles terão no domicílio frente à rotina dos usuários.

Constatou-se que os familiares têm dificuldades financeiras para assumir o cuidado, não têm estrutura adequada para receber o usuário no domicílio, não têm apoio dos demais familiares para ajudar no cuidado nem tempo para dedicar-se ao usuário.

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).

Ah sei lá, acho que não tem o conceito de mãe que eu tenho, não sei, não sei explicar cabeça deles. Tipo assim, a minha irmã, a mais velha que está com meu pai em casa. Eu até dou um descontinho para ela. Ela tem duas filhas pequenas e tem que dar conta do meu pai acamado em casa. Agora os outros dois, eles tipo assim, liguei para eles e perguntei tem como ficar final de semana para ir em casa, tomar um banho, trocar de roupa e descansar. Porque eu fico aqui de segunda a sexta. Dia e noite sem ir embora. Aí ele falou comigo vou trabalhar, então beleza. Não vou ficar discutindo. Liguei pro outro, você pode ficar aqui domingo só durante o dia? Aí eu não posso, eu tenho igreja, beleza brigado, ou seja, os dias que eles não vêm. Eu acabo ficando (LÍRIO 5).

Assim a dificuldade eu digo assim, que a gente não tem o tempo todo disponível para ficar com ela. E ela assim é uma pessoa pesada, fora disso eu acho que é tranquilo (JASMIM 5).

Quando a família não tem condição financeira e não possui estrutura física no domicílio para assumir o cuidado, cria-se uma situação que pode ocasionar conflitos familiares e sobrecarga de responsabilidades. No diário de campo está registrado:

Ele não sabia o que fazer para cuidar da mãe. O familiar relatou que a mãe está com feridas pelo corpo e permanece o dia inteiro na cadeira de rodas ou na cama. Ele disse que não tem ninguém para ajudar e precisa trabalhar. Emocionado disse que não sabe o que vai fazer quando a mãe estiver de alta (Nota de campo, p. 10, 17/06/15).

Os dados mostram, também, a sobrecarga em um familiar enquanto os outros familiares não dividem as responsabilidades do cuidado. Para minimizar a insegurança em assumir o cuidado, os profissionais oferecem orientação no hospital cenário do estudo.

E a família às vezes encontra uma resistência, mais eu acho que o treinamento até serve para aumentar essa questão da segurança dele de manejar o paciente que precisa de um cuidado maior (VERMELHO 8).

Nós como não temos experiência essa parte a intenção agora é contratar alguém que possa cuidar dele em casa lá (CAMÉLIA 1).

Talvez se for necessário talvez fazer uma junta, mesmo financeira, pedir os irmãos para pagar um profissional (CEREJEIRA 4).

De acordo com os profissionais, mesmo com a resistência em assumir o cuidado, a capacitação aos usuários e familiares é oferecida no hospital, buscando aumentar a segurança dos familiares para o cuidado no domicílio. Os dados das entrevistas com os profissionais estabelecem que os familiares não têm experiência no cuidado, entretanto, alguns familiares pretendem contratar um profissional de saúde para auxiliá-los em casa. O estudo de Souza *et al.* (2014) referencia que é importante a capacitação dos cuidadores no hospital sobre os cuidados que serão realizados no domicílio.

#### 6.1.3.2 Adaptações no domicílio

Essa subcategoria emergiu a partir do relato dos familiares sobre quais as adaptações no domicílio que serão necessárias para acolher o usuário.

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).

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 5).

Os familiares expuseram que seria necessário adaptar o banheiro para entrar com cadeira de rodas e colocar barras de ferro nas paredes. A análise dos dados revela que os familiares pretendem realizar reformas no domicílio e que farão mudanças nos quartos para receber seu familiar após a desospitalização. Essas adaptações no domicílio podem onerar gastos financeiros para 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).

Para Nishimoto e Duarte (2014), as alterações no cotidiano das crianças egressas de unidades de terapia neonatal são “[...] o abandono do emprego, 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” (NISHIMOTO; DUARTE, 2014, p. 325).

### 6.1.3.3 O cuidado no domicílio

Os familiares manifestaram-se sobre de que forma é realizado o cuidado no domicílio.

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 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 familiares observaram que têm ajuda de vizinhos para cuidar dos usuários no domicílio. Contam também com a ajuda dos filhos do usuário para cuidar no domicílio. As dificuldades também emergiram na análise dos dados, como: os familiares moram longe e não podem oferecer o cuidado requerido. Eles fazem uma escala para cuidar dos usuários, compartilhando as atividades.

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 2).

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 1),

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 1).

Apreende-se que alguns dos filhos ajudam na realização de curativos. Em determinadas situações os filhos serão os responsáveis para o cuidado no domicílio. Os familiares vão se organizar por meio de escala e existem usuários que mantêm o autocuidado no domicílio.

Os resultados do estudo de Lago *et al.* (2015) mostram que “exercer a função de cuidador principal de familiar próximo internado no domicílio é tarefa árdua e desgastante, podendo interferir de forma importante na qualidade de vida da família” (LAGO *et al.* p.324). 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 realçara disputa do plano terapêutico que é construído entre as equipes de profissionais de saúde, o usuário e os familiares (CARVALHO, 2009).

O cuidado no domicílio pode mudar muito a rotina dos familiares, principalmente para os usuários dependentes. Em algumas situações, é necessário o familiar solicitar demissão do emprego formal para cuidar do usuário em tempo integral no domicílio. O cuidado no domicílio torna-se desgastante e árduo para os familiares que não possuem apoio de parentes próximos. Nessas situações contam com o apoio de vizinhos e pessoas mais próximas que estão dispostas a colaborar no cuidado.

#### 6.1.3.4 Família e a rede de atenção à saúde

A subcategoria família e a rede de atenção à saúde surgiu do relato dos familiares dos usuários em processo de desospitalização do hospital cenário do estudo e como eles se relacionam com os profissionais da RAS.

O participante Íris 3 nunca precisou da assistência da unidade básica de saúde, mas agora, devido às circunstâncias, vai solicitar o auxílio dos profissionais de saúde para o cuidado no domicílio.

Olha lá a minha equipe se o paciente, por exemplo, igual ele não puder ir até o posto a gente pede que o médico vai (GIRASSOL 2).

Isso, eu nunca, a gente nunca precisou mais 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 5).

Percebe-se que os familiares reconhecem a importância da assistência da UBS. A participante Girassol 2 informou que se o usuário não puder ir à UBS, ela solicita a visita do médico em casa.

No diário de campo está consignado o que o familiar disse após a entrevista:

Nós solicitamos a visita do médico. Mas às vezes demora e não tem jeito. Não temos dinheiro para pagar uma consulta particular. O familiar disse que se o médico demora ou não comparece no domicílio pede aos vizinhos o carro para levar o usuário na unidade de saúde (Nota de campo, p. 10, 28/05/15).

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 (TULIPA3).

Com certeza, eu acho que toda ajuda, todo tipo de tratamento pro meu pai agora é bem-vindo. Até mesmo pelo encaminhamento foram que foi feito para o Júlia[hospital]. Isso tudo é será usado e será muito bem-vindo no caso do meu pai (PALMA3).



Ué, já ajudava o posto, único que eu posso contar é o posto de saúde (JASMIM4).

A participante Tulipa 3 conta que o seu familiar fazia tratamento na unidade e que ainda não recebeu a visita do médico. A participante Palma 3 refere que toda ajuda nesse momento é bem-vinda, inclusive o acompanhamento em outra unidade hospitalar. Os familiares têm segurança no cuidado quando possuem uma unidade de saúde de referência. O estudo de Thieme *et al.* (2014, p. 274) contribui na discussão, “o cuidado continuado deve ser realizado em todos os pontos de atenção, por meio da referência e contrarreferência, sendo a visita domiciliar um dos instrumentos”. Para que o cuidado seja efetivo, a RAS precisa ter articulação entre o hospital de referência e as UBS. Essa articulação possibilita a integralidade e continuidade do cuidado para o usuário.

## 7 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 que indica que para melhor aceitação da família na desospitalização é necessário estabelecer mecanismos de articulação e apoio entre o hospital, a RAS e os familiares tem sido insuficiente para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio. Esse pressuposto identifica a necessidade de criar estratégias mais eficazes para oferecer ao familiar segurança ao assumir o cuidado do usuário no domicílio.

Os entrevistados permitiram confirmar que as estratégias que o hospital utiliza para a desospitalização buscam proporcionar uma alta com mais segurança para os profissionais, para os usuários e seus familiares. Por outro lado, a análise dos dados revelou que existem fragilidades no processo de desospitalização na instituição, que envolvem questões de implementação, sistematização e reorganização dos processos internos.

Os profissionais realizam reuniões semanais para discussão de casos e avaliação de pendências para os usuários a serem desospitalizados. As reuniões são importantes para o compartilhamento entre os profissionais do plano terapêutico do usuário a fim de oferecer condutas para o cuidado durante a hospitalização e planejar o processo de desospitalização.

O hospital utiliza como critério para a desospitalização a condição clínica do usuário, a definição de um cuidador principal e a situação social do familiar para assumir o cuidado no domicílio. O processo de desospitalização é individualizado para cada usuário e a conduta dos profissionais também é diferente, delimitando o plano terapêutico individual do usuário para o domicílio.

Em relação ao contato com a RAS, somente a assistente social do hospital é responsável por comunicar com os profissionais do PAD ou a unidade de referência próxima do domicílio do usuário vinculada ao SUS. O contato é realizado com o PAD no dia anterior à programação da alta e, segundo a participante, os profissionais do PAD agendam uma visita domiciliar para acolher o usuário o mais rápido possível no domicílio.

Os familiares recebem orientações e treinamentos no hospital para oferecer cuidado aos usuários no domicílio após a desospitalização. Constatou-se que um dos objetivos das orientações é transmitir segurança para a família para receber o usuário no domicílio. A interação entre profissionais e familiares durante a internação dos usuários é primordial para favorecer a continuidade do cuidado no domicílio.

No entanto, a partir dos discursos dos familiares, foi possível apreender que estes têm dificuldades principalmente financeiras para assumir o cuidado do usuário no domicílio, enfatizando que não têm estrutura adequada para receber o usuário. Outro aspecto levantado é a falta de apoio dos demais familiares para ajudar no cuidado e a falta de tempo para dedicar-se ao usuário. Para diminuir essas dificuldades, de modo geral, os familiares têm ajuda de vizinhos para o cuidado do usuário no domicílio. De modo geral, os acompanhantes/familiares relataram que nunca precisaram da assistência dos profissionais da UBS ou do PAD, mas diante da necessidade de apoio para o cuidado no domicílio, vão solicitar o auxílio destes. Eles aduzem que pretendem realizar reformas no domicílio e que farão mudanças nos quartos e banheiros para receber seu familiar após a desospitalização.

A partir dos resultados deste estudo, 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 potências e desafios.

Constata-se a inexpressiva produção de conhecimento a respeito da desospitalização associado ao tema AD, entretanto, concluiu-se que o processo de desospitalização é importante e proporciona a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos para oferecer a RAS; e no domicílio, condições para a continuidade e a integralidade do cuidado fora do hospital.

Admite-se a limitação deste estudo, sendo importante a realização de outras investigações para explorar a desospitalização relacionada à AD, considerando a importância da integralidade, continuidade do cuidado e fortalecendo profissionais, usuários e familiares para a assistência no domicílio.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

ALENCAR, V.A. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS**. 2013. 125 f., Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALMEIDA, M.M. *et al.* A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73 -80, 2010.

AMARAL, N.N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde: sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

AMARANTE, P.D.C. New subjects; new rights: the debate about the psychiatric in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul./Sep. 1995.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, L.O.M. **SUS - passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2007.

AQUINO, E.M.L. *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1765-1776, 2012.

AZEVEDO, M.C.C.V. *et al.* As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência da desospitalização da assistência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.271-76, abr./jun. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed., revista e atualizada. Lisboa: 70, 2008.

BENJAMIM, A.E. An historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**, New York, v.71, n.1, p. 129-166, 1993.

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.61-70, jan./mar.2013.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.115-121, jan./fev. 2004.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.6, p.975-980, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>> Acesso em: 21 de novembro de 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)> Acesso em: 21 de novembro de 2014.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 145-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago., seção 1, p. 91, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 44, 28 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 137, 17 jul. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção domiciliar do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 116, 19 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 30, 28 mai. 2013c.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M.A.P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.147-156, jan./mar. 2012.

BRITO, M.J.M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.603-610, 2013.

CABANA, M.D.; JEE, S.H. Does continuity of care improve patient outcomes? **Journal of Family Practice**, v. 53, n.12, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

CARVALHO, B.G. *et al.* Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, jul./set. 2015.

CARVALHO, L.C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, A.A.; TREVISAN, E.E. Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 606-614, out./dez. 2012.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, Supl.1, p.1029-1042, 2011.

CUNHA, M.A.O.; MORAIS, H.M.M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p.1651-1660, 2007.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

EVANGELISTA, M.S. *et al.* Definição de dados essenciais para software que sinalizará condições de desospitalização para a internação no domicílio. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 3, jul.-set., 2015.

FONTOURA, V.T.; AREND, S.C. Redes organizacionais como alternativa para gestão hospitalar: o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP). **Revista do Desenvolvimento Regional –Faccat**, Taquara/RS, v. 12, n. 1, jan./jun. 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCO, R.F., CORNELIS, J.S. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.

FREITAS, L.F.C. **Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma unidade de atendimento imediato**. 2013. 140 f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed., São Paulo: Atlas,2010.

GILL, J.M.; MAINOUS, A.G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Archive Family Medicine**, v.7, n.4, p.352-357, 1998.Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

GIOVANELLA, I. *et al.* (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, M.S.; EDLER, F.C. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009.

GONZÁLEZ RAMALHO, V.J.; MARTÍNEZ, B.V.; GARCÍA, V.R. Hospitalización a domicilio. **Medicine Clinical**, Barcelona, v.118, n.17, p. 659-664, 2002.

HAGGERTY, J.L. *et al.* Continuityofcare: a multidisciplinary review. **BMJ, British Medical Journal**, Calgary, v.327, p.1219-1221, 2003.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.297-305, 2009.



HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Apresenta produtos e serviços pela Instituição.** Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/>>. Acesso em: 26 maio de 2014.

LAGO, D.M.S.K. *et al.* Sobrecarga física e psicológica dos cuidadores de pacientes internados em domicílio. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, v. 9(supl. 1), p. 319-26, jan., 2015.

LIMA, M.T.; NOGUEIRA, F.M.D. O modelo brasileiro de assistência a pessoa com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n.1, p.128-38, 2013.

MACHADO. R. *et al.* **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal,1978.

MACHADO, V. *et al.* Recusa à desospitalização psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1472-1479, set./out., 2005.

MACIEL, S.C. **Exclusão/inclusão social do doente mental/louco:** Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica. 2007. 301 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MACIEL, S.C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012.

MAESENEER, J.M. *et al.* Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? The **Annals of Family Medicine**, v.1, n.3, p.144-148, 2003. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/1/3/144.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

MAINOUS, A.G. *et al.* Continuity of care and trust in one's physician: evidence from Primary Care in the United States and United Kingdom. **Family Medicine**, v.33, n.1, p. 22-27, 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, M.E. **Metodologia científica.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, K.P. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (on-line)**, v. 7, n. 1, p. 1756-1764, jan.-mar. 2015.

MEDEIROS, J.B. **Redação científica:** a prática de fichamentos, resumos, resenhas. 11.ed., São Paulo: Atlas, 2013.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

NISHIMOTO, C.L.J.; DUARTE, E.D. A organização familiar para o cuidado à criança em condição, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 318-27, abr-jun, 2014.

OLIVEIRA, S.G. *et al.* Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enfermería Global**, n. 39, p. 375-389, jul. 2015.

PORTAL, K.M.; MAGALHÃES, A.M.M. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.246-253, 2008.

RAMALHO, V.J.G.; TAMAYO, M.I.P. Historia de la hospitalización a domicilio. *In*: GLEZ, M.D.D (coord.). **Hospitalización a domicilio**. Espanha: Hoechst Marion Roussel, p. 13-22, 1998.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-42, 2005. Suplemento 1.

RICARTE, A.L. Internação domiciliar: prevista na lei n 10.424/02 e o dever constitucional do Estado em cumpri-la. **Revista de Administração Pública e Política**, v. 89, p. 31-32, 2005.

RODRIGUES, R.A.P. *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, (Spec) [09telas]. jan-fev. 2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281425764027.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed., São Paulo: TeCorá, 2001.

SENA, R.R. *et al.* O cuidado no domicílio: um desafio em construção. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 4, n. 2, p. 58-62, jul./dez. 1999.

SENA, R.R.; SILVA, K.L. **Projeto de pesquisa atenção domiciliar em saúde**: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no estado de Minas Gerais. Projeto de pesquisa vinculado ao CNPq e à FAPEMIG. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

SERAFIM, A.P.; RIBEIRO, R.A.B. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 22, n. 2, p.163 -168, 2011.

SILVA, A.M.M.F.; RODRIGUES, M.L. Serviço social e o cuidado em saúde. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v.14, n.1(19), p. 39-56, jan./jun. 2015.

SILVA, K.L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública**,v. 44, n.1, p.166-76, 2010.

SILVA, K.L. *et al.* Internação hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 391-397, 2005.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.309-315, jun. 2011.

SOUZA, F.M.*et al.* Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição ("*Critical Time Intervention*") para o contexto brasileiro em centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.427-435, 2012.

SOUZA, I.C.P. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, v. 1, p. 164-172, jan.-fev.,2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

THIEME, R.D. *et al.* Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra**, v. 9(Supl.1), p. 269-286, 2014.

TRINDADE, L.R. *et al.* Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 267-277, abr/Jun,2015.

TRIVINÓS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas; 1994.

VASCONCELOS, J.F. *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **Jornal Brasileiro Economia & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 110-115, 2015.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.825-839, 2007.

VIDAL, C.E.L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E.D. Reforma psiquiátrica e serviços terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 70-79, 2008.

VILELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A Enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, nov./dez. 2004.

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C.T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n.1, p.45-54, 2009. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm)>. Acesso em: 10 de set. 2014.

## APÊNDICES E ANEXOS

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para o diretor geral e o diretor assistencial

#### Dados da Entrevista:

Entrevista número: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário de término: \_\_\_\_\_

#### Identificação dos entrevistados:

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Identificação do entrevistado: \_\_\_\_\_

#### Identificação profissional dos entrevistados:

Categoria profissional: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Instituição que se graduou: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no HRTN: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Possui alguma especialização: \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Trabalha em outros serviços de saúde? \_\_\_\_\_ Público ou privado? \_\_\_\_\_

#### Questões

1. Existe uma política implantada no hospital para a desospitalização dos usuários?
2. Descreva o processo de desospitalização dos usuários da clínica médica no hospital.
3. Quais os critérios de elegibilidade dos usuários que o hospital utiliza para a desospitalização?
4. Como é a relação do hospital com a rede de atenção à saúde para otimizar a desospitalização?

**APÊNDICE B** - Roteiro de entrevista para o médico, o enfermeiro e o assistente social

**Dados da Entrevista:**

Entrevista número: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário de término: \_\_\_\_\_

**Identificação dos entrevistados:**

Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Identificação do entrevistado: \_\_\_\_\_

**Identificação profissional dos entrevistados:**

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Instituição que se graduou: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no HRTN: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Possui alguma especialização: \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Trabalha em outros serviços de saúde? \_\_\_\_\_ Público ou privado? \_\_\_\_\_

1. Descreva o processo de desospitalização dos usuários da clínica médica no hospital.
2. Quais mecanismos você utiliza para a elegibilidade do usuário para a desospitalização?
3. Como é a relação do hospital com a rede de atenção à saúde para otimizar a desospitalização?
4. Quais estratégias você utiliza para sensibilizar a família em responsabilizar-se pelo cuidado no domicílio?

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para o familiar****Dados da Entrevista:**

Entrevista número: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário de término: \_\_\_\_\_

**Identificação dos entrevistados:**

Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Identificação do entrevistado: \_\_\_\_\_

Parente de: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cuidador principal? \_\_\_\_\_

**Identificação:**

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Dados da internação:** Pronto-socorro n° de dias: Internação n° de dias: Semi-intensiva n° de dias: UTI n° de dias:

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

**Questões**

1. Qual preparação que você recebeu para a saída do seu familiar do hospital?
2. Quais adaptações e/ou modificações você realizará no domicílio para receber o seu familiar?
3. Como a família se organiza no cuidado em casa?
4. Quais serviços de saúde você utiliza para assistir o seu familiar em casa?

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional)****TÍTULO DA PESQUISA: Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS**

Subprojeto: A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar

**Prezado(a) Sr.(a)**

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é estudar os serviços de atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais, mapeando os serviços existentes e identificando suas características. É objetivo também do estudo identificar a demanda por atenção domiciliar, bem como as práticas de gestão e de cuidado que acontecem nesses serviços.

A pesquisa é coordenada pelas Professoras Doutoras Roseni Rosângela de Sena e Kênia Lara Silva e a coleta de dados será desenvolvida em quatro fases, com o levantamento de dados sobre os serviços de atenção domiciliar existentes no estado de Minas Gerais; levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos; identificação e análise das características dos serviços existentes no estado de Minas Gerais e realização de entrevistas com os profissionais e usuários dos serviços de atenção domiciliar.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, por ser um profissional atuante no HRTN. Nesta etapa estamos convidando todos os profissionais (diretor geral, diretor assistencial, enfermeiros, médicos, assistentes sociais) que atuam diretamente no processo de produção do cuidado na clínica médica no HRTN para responder a uma entrevista com questões sobre a quais atividades desenvolvem no processo de desospitalização no hospital

Para isso, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será audiogravada, para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões.



- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder à entrevista. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da entrevista.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo total em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Kênia Lara Silva e Roseni Sena, que podem ser encontradas na Escola de Enfermagem da UFMG, no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, CEP - 30130-100. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. *E-mail:* coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa referem-se à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

**Kênia Lara Silva**  
**Pesquisadora Responsável**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador \_\_\_\_\_, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome/ assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuário)****TÍTULO DA PESQUISA: Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS**

Subprojeto: A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar

**Prezado(a) Sr.(a)**

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é estudar os serviços da atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais, mapeando os serviços existentes e identificando suas características. É objetivo também do estudo identificar a demanda por atenção domiciliar, bem como as práticas de gestão e de cuidado que acontecem nesses serviços.

A pesquisa é coordenada pelas Professoras Doutoras Roseni Rosângela de Sena e Kênia Lara Silva e a coleta de dados será desenvolvida em quatro fases, com o levantamento de dados sobre os serviços de atenção domiciliar existentes no estado de Minas Gerais; levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos; identificação e análise das características dos serviços existentes no estado de Minas Gerais e realização de entrevistas com os profissionais e usuários dos serviços de atenção domiciliar.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, por ser uma pessoa que está internada no HRTN. Nesta etapa estamos convidando algumas pessoas, maiores de 18 anos, que se encontram internadas, para responder a um questionário sobre questões sobre sua condição de saúde que o permita classificar como um potencial usuário de um serviço de atenção domiciliar.

Para isso, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- O questionário será aplicado aqui no hospital e tem duração de aproximadamente 50 minutos.

- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder às questões. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador imediatamente, para a suspensão da coleta.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Kênia Lara Silva e Roseni Sena, que podem ser encontradas na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. *E-mail:* coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa referem-se à possibilidade da produção do conhecimento sobre a atenção domiciliar.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

**Kênia Lara Silva**  
**Pesquisadora Responsável**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador \_\_\_\_\_, sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome/ assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (família)****TÍTULO DA PESQUISA: Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS**

Subprojeto: A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar

**Prezado(a) Sr.(a),**

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é estudar os serviços de atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais, mapeando os serviços existentes e identificando suas características. É objetivo também do estudo identificar a demanda por atenção domiciliar, bem como as práticas de gestão e de cuidado que acontecem nesses serviços.

A pesquisa é coordenada pelas Professoras Doutoras Roseni Rosângela de Sena e Kênia Lara Silva e a coleta de dados será desenvolvida em quatro fases com o levantamento de dados sobre os serviços de atenção domiciliar existentes no estado de Minas Gerais; levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos; identificação e análise das características dos serviços existentes no estado de Minas Gerais e realização de entrevistas com os profissionais e usuários dos serviços de atenção domiciliar.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa, por ser familiar da pessoa que está internada no HRTN. Nesta etapa estamos convidando pessoas, maiores de 18 anos, familiares/acompanhantes de usuários que se encontram internadas. Será aplicado um questionário sobre questões sobre a condição de saúde do seu familiar que o permita classificar como um potencial usuário de um serviço de atenção domiciliar.

Para isso, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- O questionário será aplicado aqui no hospital e tem duração de aproximadamente 50 minutos.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder às questões. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador imediatamente, para a suspensão da coleta.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Kênia Lara Silva e Roseni Sena, que podem ser encontradas na Escola de Enfermagem da UFMG, no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. *E-mail:* coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa referem-se à possibilidade da produção do conhecimento sobre a atenção domiciliar.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

**Kênia Lara Silva**  
**Pesquisadora Responsável**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador \_\_\_\_\_, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome/ assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: EFEITOS E MOVIMENTOS NA OFERTA E DEMANDA NO SUS

**Pesquisador:** Kênia Lara Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 07698212.7.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 938.240

**Data da Relatoria:** 15/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa é parte do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quanti-qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. A opção por este referencial revela uma crença no processo de movimento que existe permanentemente na sociedade, bem como na construção histórica e na capacidade de transformação e superação das contradições através da práxis. Compreende-se, assim, que as atividades do homem, frente à realidade e a si próprio, determinam suas ações como indivíduo e são frutos de um conflito de princípios, convicções e conceitos nos quais se baseiam as visões de mundo que resultam em ações conscientes, capazes de transformar a realidade social e permitem que o homem se transforme. O objeto do estudo não é único, sendo construído a partir de múltiplos olhares, interpretações e reinterpretações. A dinamicidade da realidade e sua complexidade não permitem explicações únicas e só permitem que os achados sejam apresentados na sua transitoriedade. O percurso metodológico do estudo deverá ser organizado em 4 fases: - Fase 1: Exploratória: consiste em dois momentos. No Momento 1, será realizado o levantamento de dados sobre os serviços de atenção domiciliar

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 938.240

existentes no Estado de Minas Gerais por meio da investigação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contato com informantes-chaves da gestão estadual e do Ministério da Saúde e contatos com os gestores dos municípios com critérios para implantação das equipes de atenção domiciliar (municípios com mais de 100.000 habitantes ou municípios com mais de 40.000 habitantes em regiões metropolitanas). Ainda nesta fase, no Momento 2, proceder-se -à ao levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos localizados nos municípios que afirmarem a existência dos serviços de AD implantados. Para tanto, será criado um modelo de análise de demandas a partir de certas condições de elegibilidade para serviços de atenção domiciliar a saber: condições crônico-degenerativas, sequelas de AVC, cuidados paliativos, transtornos mentais e demandas de reabilitação. Os dados para esta fase serão obtidos das estatísticas hospitalares e de análise de prontuários procurando-se identificar número e perfil dos pacientes internados nos grupos elegíveis para a AD; tempo de permanência, condições de alta, local de residência e grau de dependência de cuidados; Fase 2: Trabalho de campo: consiste na identificação e análise das características organizacionais e logísticas dos serviços existentes no Estado de Minas Gerais. Para tanto, será aplicado um roteiro estruturado ao gestor municipal e/ou coordenador da atenção domiciliar nos municípios para o levantamento das informações sobre vinculação institucional e na rede dos serviços de atenção domiciliar; número, composição e perfil de equipes habilitadas; modalidade de atenção prestada; perfil dos usuários atendidos; protocolos utilizados pelo serviço; fluxos de encaminhamentos e relação com os outros serviços da rede.- Fase 3: Análise em profundidade: consiste na realização de entrevistas com os profissionais e usuários da atenção do procurando-se analisar os arranjos de gestão e de cuidado operantes e cotejando a oferta com as demandas e necessidades de saúde. Para esta fase serão selecionados serviços em diferentes regiões do Estado com características diversificadas. A análise das necessidades de saúde será realizada a partir de instrumentos existentes e validados para tal função.

**Critério de Inclusão:** Serão incluídos no estudo municípios com população acima de 100.000 habitantes e/ou acima de 40.000 habitantes situados na Região Metropolitana e que tenha implantado ou expandido os serviços de atenção domiciliar a partir de 2011 com a indução da Política Nacional de Atenção domiciliar. Em pesquisa realizada no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 13 municípios na RMBH que atendem ao critério de população acima de 40.000 habitantes, a saber: Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 938.240

Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Já para os municípios mineiros não pertencentes à RMBH o critério de inclusão é a população acima de 100.000 habitantes segundo estimativa o IBGE. Estes contabilizam 21 municípios para a amostra, a saber: Araguari, Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Juiz de Fora, Montes Claros, Muriaé, Passos, Patos de Minas, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Varginha. Será realizado contato telefônico com as secretarias de saúde dos municípios que atendem aos critérios para investigar a existência de serviços de atenção domiciliar na rede pública de saúde, implantados ou expandidos a partir de 2011.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: analisar serviços de atenção domiciliar em saúde em Minas Gerais.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Mapear os serviços de atenção domiciliar, públicos e filantrópicos, criados ou ampliados após o ano de 2011;
- Identificar a demanda por atenção domiciliar a partir de hospitais públicos nos municípios que apresentem serviços de atenção domiciliar criados ou ampliados após o ano de 2011;
- Identificar e analisar as características dos serviços existentes (número de equipes; modalidades de atenção domiciliar, público-alvo, capacidade de atendimento; articulação em rede, etc);
- Analisar os arranjos de gestão e de cuidado operantes em serviços selecionados.

Objetivo Secundário:

Analisar as relações de poder estabelecidas entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Reconhece-se a possibilidade da ocorrência dos eventuais riscos de constrangimentos gerados na execução do trabalho de campo. Para minimizá-los faz-se necessária a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos para criar um "ambiente" favorável à realização do estudo e assim reduzir as possibilidades de constrangimento. A realização do estudo prevê a observância sistemática dos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Desta forma, todos os procedimentos para a coleta dos dados neste estudo não serão invasivos sob o aspecto físico e se fará respeitando a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, cuidará para que o anonimato, a confidencialidade, a redução de quaisquer desconfortos ou riscos com a realização da pesquisa sejam premissas do estudo. Para a aplicação dos questionários e realização das entrevistas será assegurado o cumprimento das exigências da Resolução 466/12, no que se refere ao Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos serão informados sobre objetivos e finalidades do

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 938.240

estudo e será solicitada autorização para uso do gravador das entrevistas. Se houver o consentimento, as conversas serão áudio-gravadas.

Benefícios: Não haverá compensação financeira para os participantes e pesquisadores. Assim, os benefícios da pesquisa refere-se à possibilidade de avançar na produção do conhecimento sobre o tema, a partir dos resultados do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não é possível definir a priori quantos e quais os serviços/municípios comporão o cenário do estudo uma vez que essa informação é resultado da fase 1 do estudo que consiste no mapeamento dos serviços implantados ou expandidos a partir da Política Nacional de atenção domiciliar. Assim, não integram os documentos de submissão a carta de autorização dos cenários. Serão incluídos no estudo sujeitos com idade acima de 18 anos. O projeto possui financiamento do CNPq, no valor de R\$73.000,00 e da FAPEMIG no Edital PPSUS - Programa de Pesquisa Prioritário para o SUS, no valor de R\$ 200.000,00.

Justificativa da Emenda: inclusão de participantes específicos do Hospital Risoleta Tolentino Neves para um recorte sobre os aspectos ligados à desospitalização e indicação da atenção domiciliar. Serão participantes do estudo o Diretor Geral, o Diretor Assistencial, os Enfermeiros, os Assistentes Sociais, os Médicos vinculados à assistência na clínica médica do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e os usuários em processo de desospitalização e seus familiares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes:

Folha de Rosto

Projetos Plataforma Brasil 20472\_E1.pdf, 76982.pdf, 76982.pdf

Pareceres do Relator 128846.pdf, 639782\_E1.pdf, 108004.pdf, 781782E2

TCLE

Modelo TCLE Gestor, profissional e usuário.doc

Pareceres do Colegiado 129725.pdf,639787\_E1.pdf,115899.pdf,781783E2.

Roteiros de entrevistas e coleta no prontuário.doc

Carta de apresentação da pesquisa.pdf

Declaração de Infraestrutura - Santa Casa JF (1).pdf

Parecer substanciado aprovado "ad referendum" em 17/12/14 pela Câmara do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública.

Pareceres Substanciados do CEP 129728.pdf, CEP 640948\_E1.pdf, CEP 116206.pdf

Carta de Autorização da Instituição Carta de Anuência Santa Casa assinada.docx.pdf

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 938.240

Projeto Detalhado Novo Projeto Ad Fapemig.doc

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: EFEITOS E MOVIMENTOS NA OFERTA E DEMANDA NO SUS" da Pesquisadora Profa. Dra. Profa. Kênia Lara Silva, com a inclusão de participantes específicos do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovada a emenda ao projeto conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 26 de Janeiro de 2015

---

Assinado por:  
Telma Campos Medeiros Lorentz  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO B - Parecer de Projeto de Pesquisa**

HOSPITAL  
RISOLETA TOLENTINO NEVES

**Parecer de Projeto de Pesquisa**

Belo Horizonte, 11 de Janeiro de 2015

**Processo Nº 03/2015**

**Título do Projeto: A DESOSPITALIZAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO GERAL DE MINAS GERAIS: Início da Atenção Domiciliar**

**Pesquisador:** Professora Kênia Lara Silva

**Descrição/objetivos**

Trata-se de projeto que tem por analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos profissionais de saúde, do usuário e sua família, objetivando de forma mais específica analisar o processo de desospitalização existente no hospital do ponto de vista dos diretores, profissionais de saúde, usuários e familiares e descrever como o hospital se relaciona com a Rede de Atenção à Saúde para garantir a desospitalização.

**Relevância**

O estudo tem grande relevância por tratar-se de uma investigação que avalia aspectos que podem influenciar na celeridade do processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; Minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar. Além de ampliar o número ainda insuficiente de estudos em relação ao tema desospitalização associado à temática de AD no país.



HOSPITAL  
RISOLETA TOLENTINO NEVES

### **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórica- metodológica da dialética. Pesquisa que tem por objetivo estudar as características de determinada população em um contexto social e subjetividades. Além de compreender os fenômenos através das contradições que emergem na realidade estudada. Para tanto, emprega a ferramenta de entrevista semi-estruturada gravada e diário de campo. Os dados serão analisados com uso de análise de conteúdo de Bardin.

Amostra: Serão participantes deste estudo o Diretor Geral, o Diretor Assistencial, os Enfermeiros, os Assistentes Sociais e os Médicos (atuarem há mais de um ano na instituição, atuarem diretamente no processo de produção do cuidado na clínica médica) os usuários em processo de desospitalização e seus familiares. Os critérios de inclusão dos usuários no estudo serão: Período de internação por mais de sete dias, maiores de 18 anos, quadro clínico estável, indicação para a continuidade do cuidado no SAD de BH e residir em Belo Horizonte. Os critérios de exclusão para não participação dos usuários serão: Usuários em situação aguda, residentes em outros municípios do Estado e os que se recusarem a participar da pesquisa. O tempo de coleta de dados no HRTN será de dois meses com permanência no hospital por no mínimo quatro dias por semana, 6 horas diárias, incluindo os finais de semana e feriados.

### **Equipe de pesquisadores**

Professora Kênia Lara Silva.

### **Financiamento/Custos**

Todos os gastos de pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.

### **Aspectos éticos**

Os dados do estudo serão obtidos a partir das informações levantadas em entrevista com risco de exposição e quebra de confidencialidade. Além disso, não há uma preocupação com pacientes frágeis que tenha juízo crítico alterado em função de desorganizações mentais provocadas por quadros neuropsiquiátricos ou toxiinfecciosos. O Pesquisador não considera esses riscos em suas proposições, apesar de comprometer-se com medidas adequadas com a preservação da confidencialidade



HOSPITAL  
RISOLETA TOLENTINO NEVES

dos dados coletados. Não há indicação dos modos como serão arquivadas as gravações de áudio da pesquisa.

**Parecer**

Quanto ao mérito do projeto de pesquisa, firmo parecer favorável ao desenvolvimento do trabalho no HRTN, indicando, contudo, a **observação cuidadosa do estado mental do paciente com indicação do recolhimento da autorização do responsável com uso do TCLE em caso de alteração do juízo crítico, considerando também a necessidade de enfoque da preservação de sigilo dos dados coletados para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa e dos modos de arquivamento das gravações de áudio realizadas.**



---

Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN