

## O processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário

The process of dehospitalization from the perspective of patients with long-term chronic diseases admitted to a university hospital

El proceso de deshospitización desde la perspectiva de los pacientes con enfermedades crónicas de larga duración ingresados en un hospital universitario

Recebido: 28/05/2021 | Revisado: 01/06/2021 | Aceito: 09/06/2021 | Publicado: 23/06/2021

**Francisca Thamires Lima de Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6798-0643>

Instituto Maranhense do Rim, Brasil

E-mail: [assts.tham@gmail.com](mailto:assts.tham@gmail.com)

**Kezia Cristina Batista dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6290-2796>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: [kezia\\_cristinabs@hotmail.com](mailto:kezia_cristinabs@hotmail.com)

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada na Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto de um Hospital Universitário do nordeste brasileiro, no período de agosto a setembro de 2017. **Resultados:** Da análise dos dados emergiram três categorias: aspectos socioeconômicos e clínicos que interferem no processo de desospitalização dos pacientes crônicos; dificuldades enfrentadas durante o processo de desospitalização de pacientes crônicos em condições de alta e; propostas para efetivação da desospitalização. **Conclusão:** Como estratégias de enfrentamento para as dificuldades encontradas deve-se (re)conhecer o usuário, cuidador e família, identificar dificuldades e buscar meios para superá-las de forma eficaz e criativa. Para que isso ocorra, é indispensável o apoio e articulação dos demais serviços da rede de atenção à saúde para a garantia do acompanhamento adequado deste usuário/família e continuidade do cuidado seguro.

**Palavras-chave:** Tempo de internação; Assistência de longa duração; Doença crônica.

### Abstract

**Objective:** To describe the dehospitalization process from the perspective of patients with long-term chronic diseases admitted to a university hospital. **Methodology:** This is a qualitative research carried out in the Adult Clinical Care Unit of a University Hospital in northeastern Brazil, from August to September 2017. **Results:** From the data analysis three categories emerged: socioeconomic and clinical aspects that interfere in the process of de-hospitalization of chronic patients; difficulties faced during the process of de-hospitalization of chronic patients in discharge conditions and; proposals for carrying out dehospitalization. **Conclusion:** As coping strategies for the difficulties encountered, one should (re)know the user, caregiver and family, identify difficulties and seek ways to overcome them effectively and creatively. For this to occur, the support and articulation of other services in the health care network is essential to guarantee the proper monitoring of this user/family and continuity of safe care.

**Keywords:** Length of stay; Long-term care; Chronic disease.

### Resumen

**Objetivo:** Describir el proceso de deshospitización desde la perspectiva de pacientes con enfermedades crónicas de larga duración ingresados en un hospital universitario. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa realizada en la Unidad de Atención Clínica de Adultos de un Hospital Universitario en el noreste de Brasil, de agosto a septiembre de 2017. **Resultados:** Del análisis de datos surgieron tres categorías: aspectos socioeconómicos y clínicos que interfieren en el proceso de -hospitalización de pacientes crónicos; dificultades enfrentadas durante el proceso de deshospitización de pacientes crónicos en condiciones de alta y; propuestas para la realización de la deshospitización. **Conclusión:** Como estrategias de afrontamiento de las dificultades encontradas, se debe (re) conocer al usuario, cuidador y familia, identificar las dificultades y buscar formas de superarlas de manera efectiva y creativa. Para que esto ocurra, el apoyo y articulación de otros servicios en la red asistencial es fundamental para garantizar el adecuado seguimiento de este usuario / familia y la continuidad de la atención segura.

**Palabras clave:** Tiempo de internación; Cuidados a largo plazo; Enfermedad crónica.

## 1. Introdução

A longa permanência de pacientes em hospitais é evidenciada quando o paciente ultrapassa os trinta dias de internação. Trata-se de um problema que vem atingindo a maioria das unidades hospitalares no Brasil, da rede pública e privada, implicando na permanência prolongada de pacientes em leitos hospitalares de internação geral em nível terciário, gerando atritos internos e externos, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e elevados custos hospitalares (Associação Nacional de Hospitais Privados, 2015; Pazin-Filho *et al.*, 2015).

Entre os fatores que vêm contribuindo com o crescimento desta tendência, cita-se, o período de transição epidemiológica com profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, além da recusa de desospitalização por parte das famílias (Szwarcwald *et al.*, 2014; Associação Nacional de Hospitais Privados, 2015).

Destaca-se que tal mudança na estrutura etária populacional é um fenômeno decorrente principalmente da redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida da população, enquanto que a transição epidemiológica é caracterizada pela diminuição da incidência das doenças infecto-parasitárias, e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas (Piuvezam *et al.*, 2015).

Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A doença crônica pode ser considerada como um estado de saúde alterado que não pode ser curado com uma simples intervenção cirúrgica ou com um tratamento médico de curta duração; ela se desenvolve lentamente, é prolongada, permanente e deixa os portadores dependentes de tratamento (Szwarcwald *et al.*, 2014).

As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (Santos, Novaes & Iglesias, 2017).

Nesse contexto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possuíam pelo menos uma DCNT, sendo que, 34,4 milhões são mulheres (44,5%) e 23 milhões são homens (33,4%) (Brasil, 2017).

Reitera-se que as doenças crônicas constituem um sério problema de saúde pública correspondendo a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda podendo gerar graves consequências ao paciente devido ao impacto psicológico, social e econômico ocasionadas por tais enfermidades; assim como para os serviços de saúde, pela ocupação de leitos, internações prolongadas e aumento dos gastos públicos. Assim, vários estudos têm sido realizados para tentar elucidar os possíveis problemas decorrente das internações prolongadas e da recusa por alta pelo usuário ou por seus familiares (Pazin-Filho *et al.*, 2015; Piuvezam *et al.*, 2015; Brasil, 2011).

Diante do exposto, é notório que nas últimas décadas, a população brasileira vem apresentando um aumento da prevalência de DCNT e um acelerado envelhecimento populacional. Conseqüentemente, a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, sobrecarregam os hospitais e geram problemas de ordem social e financeira aos pacientes e as instituições de saúde de alta complexidade. Assim, objetivou-se com este estudo descrever o processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal com abordagem qualitativa realizada na Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) Unidade Presidente Dutra

(UPD), no período de agosto a setembro de 2017.

Esta pesquisa qualitativa possibilitou compreender, por meio dos discursos, o processo de desospitalização de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados no hospital. A pesquisa qualitativa é um caminho para se alcançar um conhecimento através das informações de pessoas que vivem a experiência estudada, portanto, não podem ser controladas ou generalizadas (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A instituição escolhida é um hospital público de ensino, de perfil terciário, referência estadual para procedimentos de alta complexidade integrado à rede do SUS. A UPD oferece serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, Alta Complexidade em Atenção em Cardiologia, Traumatologia-ortopedia, Obesidade, Transplantes, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva (TRS) e outros.

A Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto do HU-UFMA é composta por duas alas de internação denominadas Setor Masculino e Setor Feminino localizadas no 2º andar do referido hospital que comportam pacientes clínicos de várias especialidades médicas, a saber, gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia, nefrologia, cardiologia, reumatologia, neurologia, dentre outras. Juntas, as unidades de internação supracitadas, contam com um total de 77 leitos de internação.

Participaram do estudo 18 pacientes crônicos de longa permanência e 10 cuidadores (acompanhante/familiar) internados na Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto do referido hospital, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com doenças crônicas, internados há 30 dias ou mais, idade igual ou superior a 18 anos e com indicação de alta hospitalar por avaliação clínica. Acrescenta-se que os familiares e/ou acompanhantes (cuidador principal) foram incluídos no estudo, por entender que a experiência por eles vivenciada poderia contribuir para a compreensão do processo de desospitalização e o contexto no qual estão inseridos. Foram excluídos os pacientes com incapacidade de compreensão e comunicação verbal efetiva.

Ressalta-se que o número de sujeitos não foi estipulado, mas determinado no transcorrer das entrevistas, ou seja, a partir do momento em que os discursos começaram a se repetir, resultando em saturação dos dados. Define-se saturação dos dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (Rhiry-Cherques, 2009).

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, por meio de entrevista individual e diário de campo. As entrevistas foram realizadas no turno vespertino, duas vezes na semana, e por levantamento de dados clínicos em prontuário. A coleta foi dividida em duas etapas: 1- identificação dos participantes do estudo a partir da lista de pacientes internados fornecida pelo setor de tecnologia e informática, coleta de dados em prontuário e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; 2-visita beira leito para entrevista com paciente e/ou acompanhante. O diário de campo foi utilizado para o registro das observações do dia-a-dia do observador durante o trabalho de campo com o registro de impressões pessoais, conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, dentre outros aspectos.

A coleta de dados em prontuário foi realizada mediante o preenchimento de formulário estruturado referente às variáveis socioeconômicas e clínicas dos pacientes com a finalidade de confirmação do diagnóstico da patologia crônica, idade e tempo de internação. Após seleção do paciente, foi realizada a entrevista com roteiro semiestruturado, composta por perguntas abertas e fechadas audiogravadas, aplicada a todos os participantes individualmente permitindo a identificação, por meio das narrativas do entrevistado, das interpretações que representaram o processo de desospitalização e a expectativa do cuidado no domicílio. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Aos pacientes a entrevista foi realizada à beira do leito nas enfermarias; e aos acompanhantes em uma sala reservada.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática na perspectiva proposta por Bardin. A análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas, que consistiram em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2008). As análises operacionalizadas seguiram os seguintes passos: leitura fluente e aprofundada dos dados coletados; grifo dos relatos significativos, semelhantes e diferentes; recortes de fragmentos grifados; busca de categorias a partir do objetivo do estudo; organização da lista de falas que possuem maior poder de síntese e abrangência, bem como informações dentre os conteúdos das entrevistas exemplificando as categorias emergentes. Para análise dos dados quantitativos utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (versão 20.0). Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados na planilha do programa Microsoft Excel 2013 com dupla digitação. Logo após, foram exportados e analisados usando recursos da estatística descritiva. Na análise univariada, foram calculadas média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequências relativa e absoluta para as variáveis categóricas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP/HUUFMA) de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a observância aos princípios éticos que envolvem pesquisas com seres humanos e aprovada mediante o Parecer Consubstanciado nº 2.075.735.

### 3. Resultados e Discussão

#### Aspectos socioeconômicos e clínicos que interferem no processo de desospitalização dos pacientes crônicos

Dos 18 pacientes com diagnóstico de doença crônica internados de longa permanência, 15 eram do sexo masculino (83,3%), com idade entre 32 e 70 anos, 8 possuíam ensino fundamental incompleto (44,4%), 14 com renda familiar < 1 salário mínimo (77,8%), com tempo médio de internação de 257,22 dias e 9 diagnosticados com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico (50,0%).

Em relação ao sexo dos usuários, o predomínio de homens pode ser justificado pelo fato destes não procurarem atendimento nos serviços de saúde de forma espontânea e mais frequente como as mulheres, o que acaba dificultando o diagnóstico da doença crônica no estágio inicial demandando maior tempo de internação para tratamento da doença.

Dito isto, percebe-se que os homens demonstram maior resistência para procurar os serviços de saúde. Um dos fatores identificados no presente estudo diz respeito à função de provedor da família e ao trabalho. Os trabalhadores adiam a procura por serviços de saúde, se ausentam de consultas ambulatoriais, exames e procedimentos prescritos após a desospitalização e retornam à unidade de saúde apenas em situações graves cujas quais não podem suportar.

*“[...] fui internado [...] tenho quatro filhos e uma esposa e não posso parar de trabalhar por qualquer coisa. Não posso ficar aqui por muito tempo, ao sair não vou voltar, minha família depende de mim, se eu não trabalhar vou ser demitido, meu patrão não aceita atestado, não tenho carteira de trabalho assinada, não sou aposentado e tá tudo caro” (G.S.L., 50 anos).*

Estudo sobre a desigualdade de gênero na mortalidade por doenças crônicas no Brasil demonstrou que, nas últimas duas décadas (1991-2010), ela foi consideravelmente maior no sexo masculino e que a manutenção dessa tendência, aliada ao maior risco de morte por causas externas, contribuirá para o aumento progressivo da mortalidade prematura entre os homens. Em geral, os homens apresentam maior morbimortalidade em todas as faixas etárias e menor esperança de vida (Yoshida & Andrade, 2016).

Quanto à idade, percebeu-se que a doença crônica tem acometido majoritariamente os usuários com média de idade de 50,83 (DP±9,84) anos e a percentagem de idosos se demonstrou baixa (16,7%). Ao se considerar que embora existissem idosos

com mais de trinta dias de internação, não se evidenciou nenhum em processo de desospitalização.

Embora a população idosa tenha grande impacto no uso dos serviços de saúde apresentando elevadas taxas de internação, as doenças crônicas não transmissíveis acometem todas as faixas etárias, ocasionando a ocupação de leitos em longa permanência e gerando gastos aos cofres públicos. Os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2010 com internações hospitalares por doença crônica corresponderam ao equivalente a 2,4 bilhões de reais (68% do total de gastos) e 1,2 bilhões (32%) referentes ao tratamento ambulatorial (Soto *et al.*, 2015).

Além disso, a Permanência Hospitalar Prolongada incrementa os custos e reduz a oportunidade de outros pacientes de receberem atenção hospitalar, uma vez que os recursos disponíveis para esse nível de atenção são limitados (Datusus, 2017).

Em relação à escolaridade, identificou-se que as pessoas com baixo grau de instrução e com nível fundamental incompleto apresentaram maior predominância das doenças crônicas. Deve-se ressaltar ainda que, quanto menor a escolaridade do usuário, mais baixo seu poder aquisitivo e conseqüentemente menor seu acesso a bens e serviços.

Os pacientes com baixo grau de escolaridade relataram se submeter a trabalhos temporários e precários, com renda equivalente a aproximadamente meio salário mínimo. Sabe-se que a baixa escolaridade dificulta o acesso aos serviços de saúde, a compreensão das orientações médicas e, conseqüentemente interferem no controle adequado da doença crônica, como pode ser evidenciado no relato abaixo:

*“Eu tava tomando os remédios que o médico passou, a mulher da farmácia me ensinou quando comprei, mais o médico disse que eu tava tomando errado, eu inverti os horários e as doses, tomava mais do remédio que não era pra consumir e por isso voltei a ser internada, agora não sei quando vou sair” (J.G.N; 61 anos).*

É importante ressaltar que, muitos pacientes vivem sozinhos e não conseguem se deslocar e ter acesso aos serviços públicos por não conhecerem seus direitos. Os idosos que participaram da pesquisa em sua maioria não possuíam a carteira de passagem que garante o direito à isenção de pagamento na taxa nos transportes intermunicipais e locais, estes deixam de se deslocar de seu município de origem e dar continuidade ao tratamento via ambulatorial; eles também desconhecem a existência da Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado que disponibiliza medicamentos gratuitos após realização de um cadastro e o Programa municipal que cobre parte dos custos com o Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Desse modo, é relevante destacar que, no Brasil, a desigualdade na distribuição de renda, o baixo grau de escolaridade, as condições de habitação e um ambiente de vida precário causam impactos negativos sobre a qualidade de vida e a saúde dos sujeitos (Buss, 2000).

Verificou-se, também, que a maioria dos pacientes é de classe média baixa e possuem renda per capita <1 salário mínimo, geralmente decorrente do trabalho na lavoura, no campo, na agricultura familiar, da aposentadoria e do Programa Bolsa Família (PBF); os demais obtêm sua renda através do trabalho doméstico ou na área de segurança. Ressalta-se ainda, que tais pacientes geralmente não têm condições de arcar com as despesas referentes ao tratamento e demandam mais atenção da equipe de saúde, assim como de seus cuidadores. Portanto, a situação socioeconômica é fator determinante durante o tratamento das enfermidades e conseqüentemente pode interferir na desospitalização.

Os pacientes crônicos geralmente possuem muitas restrições entre elas podemos citar, alimentares, uso constante de medicamentos especiais e em alguns casos necessitam de um quarto adaptado com cama hospitalar, ar condicionado, cadeira de banho, cadeira de rodas, fraudas geriátricas, bolsa de colostomia, dentre outros. Sabe-se que tais materiais encarecem os cuidados e famílias de baixa renda, como é o caso dos pacientes do presente estudo, que em sua maioria, não conseguem arcar com essas despesas.

A família é orientada pela equipe de saúde a buscar recursos por meio dos programas sociais do governo estadual ou

municipal. Isso retarda a alta, pois sabe-se que para acessá-los é necessária a realização de um cadastro de solicitação do benefício e aguardar na fila de espera com tempo de espera de até um ano. Para não comprometer ainda mais a saúde do paciente a equipe tenta mediar e agilizar essas situações para que a desospitalização ocorra o mais rápido possível, tendo em vista que cada dia a mais na instituição pode expor o paciente a infecções hospitalares e complicações em seu quadro clínico.

Pode-se observar que as enfermidades crônicas mais frequentes entre os usuários entrevistados, destacaram-se: doença renal crônica (DRC), doença autoimune, insuficiência cardíaca crônica, sequela de acidente vascular encefálico (AVE) pós cirurgia cardíaca, hidrocefalia, cirrose hepática, câncer e esclerose lateral amiotrófica.

Além do diagnóstico da doença crônicas e suas implicações na vida do paciente, outros aspectos podem estar relacionados a permanência hospitalar prolongada, tais como: dificuldades socioeconômicas de familiares ou do próprio paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou mesmo escassa. Muitas vezes esta condição está associada à incompreensão do processo de corresponsabilidade na assistência, que pode até justificar a falta de estrutura e que leva a uma permanência hospitalar prolongada, desnecessária e com riscos (Hospital Israelita Albert Einstein, 2016).

### **Dificuldades enfrentadas durante o processo de desospitalização de pacientes crônicos de longa permanência em condições de alta**

Um grande obstáculo para a efetivação do processo de desospitalização é a ausência e/ou dificuldade de acesso às políticas públicas eficazes, por este motivo vários usuários com condições clínicas favoráveis para continuar o tratamento em domicílio permanecem na instituição por dependerem de algum tipo de tecnologia, como observado no relato de um dos entrevistados:

*“Estou internada já faz 90 dias, eu poderia estar em casa, mas estou aguardando uma vaga para realizar hemodiálise na fila de espera. Eu tenho que ficar internada por que faço três vezes por semana, se não fosse isso já teria ido para casa. Eu moro em São Luís e não teria problema para comparecer no dia, mais fico nessa dependência aguardando ansiosa, porque sei que pra eu entrar, alguém tem que morrer” (A.L.S, 45 anos)*

Sabemos que a cronicidade, por representar a impossibilidade de cura, requer cuidados e providências que assegurem ao usuário viabilidade à desospitalização. Dito isto, possibilitar a saída de um usuário do ambiente hospitalar para dar seguimento ao tratamento de forma segura e contínua em outro ambiente é um desafio que vem sendo enfrentado pelo SUS, principalmente por haver uma transição no nível de cuidado.

O Ministério da Saúde (MS) ao perceber a importância do processo de desospitalização implantou em 2013 o Serviço de Atenção Domiciliar-Programa Melhor em Casa, que tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar; a redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, a ampliação da autonomia dos usuários; a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e como critério de implantação, o MS estabeleceu que o programa só poderá ser implantado em municípios que tenham população igual ou superior a vinte mil habitantes (Brasil, 2011).

Entretanto, embora o programa tenha alcançado um número significativo de usuários e uma redução nos gastos com internação, esse número ainda é elevado, pois há muitos usuários, ainda que em condições clínicas, sem assistência, estrutura familiar e socioeconômica favorável para a inclusão no serviço.

Entende-se que o processo de desospitalização dos usuários que podem ser tratados em casa não é compreendido como “alta precoce”; trata-se do fornecimento de todo o suporte para que o tratamento tenha continuidade em casa por meio da

assistência domiciliar a pacientes com estrutura social e familiar (Lyrio, 2016).

De acordo com Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 a Atenção Domiciliar (AD) se constitui uma modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados que “visa proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar” (Brasil, 2016, p.33)

Nesse sentido o serviço de AD caracteriza-se, entre outras coisas, pela presença de equipe multiprofissional que assiste o usuário em suas múltiplas necessidades e busca compreender e atender o usuário em sua totalidade. Deste modo, como demonstrado por Silva *et al.*, (2017) o trabalho multiprofissional está pautado “na articulação e diálogo de diferentes áreas do conhecimento para que se chegue a um objetivo comum: ofertar saúde de qualidade, de modo efetivo, com resolutividade e garantia de direitos aos cidadãos, conforme preconiza a própria legislação brasileira” (Silva, Souza & Lima, 2017, p.597)

Destarte, outro obstáculo para a efetivação do processo de desospitalização identificado no presente estudo é a dificuldade na relação com a rede de referência e contrarreferência. Muitas vezes não são apontadas soluções ou alternativas para resolução dos problemas apresentados pelos usuários na rede, fato que ocorre principalmente quando este é procedente do interior do Estado do Maranhão com indicação clínica de alta.

Nesses casos, encaminha-se um relatório sobre o estado de saúde do usuário à secretaria municipal de saúde, onde consta os cuidados necessários a serem mantidos, seguido de uma solicitação ao órgão para prosseguir acompanhando o usuário que necessita ser contrarreferenciado. Tal solicitação na maioria dos casos não é atendida, mesmo tendo o órgão competente, conhecimento através dos relatórios médicos que o usuário necessita de atendimentos de média complexidade. O município se abstém, não deixando ao usuário outra alternativa, a não ser recorrer à judicialização.

A judicialização da saúde impacta negativamente na desospitalização, uma vez que o processo é prolongado até a sentença judicial ser definida, gerando um sentimento de frustração, conforme ressalta um familiar/acompanhante do usuário.

*“Eu sou de outro município e quero muito levar meu irmão para casa, já comprei tudo, cama, cadeira, forrei o quarto por que ele não pode pegar poeira, mas meu município não se dispõe a ajudar, coloquei na justiça e até hoje não tive resposta” (Acompanhante, R.J.T., 42 anos).*

Nesta perspectiva, é importante destacar que os municípios ainda não dispõem do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o que implica negativamente na desospitalização dos usuários que residem nessas áreas e necessitam de tais serviços. O município de São Luís dispõe dos SAD, mas somente para os usuários que residem na capital.

Na referida unidade há usuários reinternados que vinham sendo acompanhados pelo Programa Melhor em Casa e que se negam a receber a alta, por receio de voltarem a receber o atendimento. Nestes casos, a família se sente insegura devido à insatisfação com o acompanhamento recebido da equipe do Programa, como referido por um acompanhante:

*“Quando a alta da minha irmã tava chegando, veio uma equipe visitar ela aqui no hospital, a mesma equipe foi lá em casa ver as condições do quarto que ela ia ficar e pediram para eu adaptar, em seguida eu fiz um empréstimo de dez mil reais, comprei cadeira de rodas, cadeira de banho, uma cama hospitalar, ar condicionado. Eu preparei tudo para levar minha irmã para casa, fiquei muito feliz quando ela teve alta. No começo a equipe do programa ia toda semana lá em casa, mas quando eu mais precisei eles não foram, agora querem dar alta pra ser como era antes, mas eu não aceito, não confio, não me sinto segura e não vou aceitar” (Acompanhante, R.S.S, 48 anos)*

É importante destacar que a família que se faz presente durante o tratamento pode ser colaborativa ou não, o que pode gerar implicações durante o planejamento da alta. Nesses casos a família geralmente tem um cuidado excessivo com o usuário e um certo medo de sair da instituição de saúde e retornar ao lar. Por outro lado, existem usuários sem nenhum tipo de referência familiar, o que implica na permanência deste na unidade de saúde.

No que tange ao cuidado do paciente crônico pela família durante a desospitalização, foi possível identificar que dentre os principais obstáculos a serem enfrentados pode-se relacionar o medo, angústia e insegurança, além das dificuldades financeiras ocasionadas pela improdutividade do doente crônico. Destaque-se ainda o desgaste físico dos cuidadores, que demonstram cansaço frente à obrigação do cuidado diário e ausência de outros cuidadores com quem possa revezar.

### **Estratégias utilizadas para a efetivação da desospitalização**

Na condução da desospitalização, o retorno do usuário e cuidador/família para o ambiente domiciliar deve se dar da forma segura possível. Para que isso ocorra é papel da instituição hospitalar aproximar o usuário aos outros serviços da rede de atenção à saúde (RAS). Cabe a equipe de saúde identificar durante as visitas de rotina os fatores socioeconômicos e familiares que possam interferir de alguma forma na alta e em seguida buscar estratégias para solucionar tais problemas (Silva, Sena & Castro, 2017). Dentre as estratégias identificadas no presente estudo destaca-se: encaminhamento às políticas públicas e o contato com a rede intersetorial até o esgotamento de todas alternativas possíveis visando a garantia de uma alta e acompanhamento seguros.

Nessa perspectiva, é importante que a equipe de saúde elabore estratégias para solucionar possíveis problemas e/ou resistências relacionadas à alta levantadas pelo usuário/familiar, orientando-os e fornecendo-lhes soluções viáveis às demandas, buscando sanar medos e angústias, que dificultam o processo de alta domiciliar.

*“Eu tenho medo de ir pra casa e acontecer alguma coisa comigo. E se eu passar mal? Não terei a quem recorrer. Eu tomo muitos remédios, minha saúde é fraca. [...] Aqui, tem a equipe de enfermeiros e médicos o tempo todo e não vou ter isso em casa. Deveriam dar mais apoio.” (M. L. S, 45 anos).*

É importante ressaltar que os profissionais de saúde devem estar atentos aos aspectos subjetivos do paciente, promovendo a criação de vínculo terapêutico e escuta qualificada, mantendo um canal eficiente de troca de informações com os demais membros da equipe, no intuito de resolver o problema levantado pelo usuário.

Neste sentido, tem-se como um dos objetivos principais da equipe multidisciplinar frente ao processo de desospitalização a promoção a autonomia e empoderamento do paciente e familiares/cuidadores, subsidiando-os a perceber este processo como algo positivo, visando garantir uma transição efetiva proporcionando bem-estar e conforto ao paciente e família. É dever da equipe interdisciplinar preparar o paciente e família para alta hospitalar segura e desospitalização eficaz.

Além disso, destaca-se que a equipe tem papel importante no apoio psicológico do cuidador/família, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida destes, uma vez que, a função de cuidador é desgastante, física, psicologicamente e pode causar ônus ao mesmo e também aos demais membros da família (Lago *et al.*, 2015). Em muitas situações, a desospitalização é impedida ou postergada pela inexistência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado no domicílio (Silva, Sena & Castro, 2017). Assim, ações devem ser realizadas pela equipe de saúde, a fim de, minimizar a sobrecarga do cuidador capacitando também os familiares próximos ao paciente, ensinando e adaptando o cuidado ao ambiente domiciliar de acordo com a realidade econômica e social vivenciada pela família.

Diante do exposto, as estratégias de trabalho dos profissionais de saúde devem ser pautadas na execução da prática profissional interdisciplinar que visem à melhoria da qualidade da assistência e continuidade dos cuidados aos usuários e cuidador/família, de forma que venham atender às necessidades biopsicossociais dos mesmos com enfoque em ações educativas (treinamentos/capacitações) que garantam a segurança no cuidado no domicílio em parceria com os demais serviços da RAS.

#### 4. Conclusão

O processo de desospitalização mostrou-se complexo e dependente de relações entre a gestão da instituição, os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a RAS. Sabe-se que a doença crônica não tem cura e é crescente o número de pessoas acometidas por tais enfermidades no Brasil, assim como o número de usuários hospitalizados com indicações clínicas favoráveis à alta e que permanecem internados, diante disso é preciso refletir sobre como proceder durante a desospitalização e promover uma alta segura.

Constatou-se que durante o processo de desospitalização na instituição, a família deve ser valorizada e receber atenção e apoio por parte da equipe interdisciplinar. Esta é a peça central durante a elaboração do plano terapêutico do paciente crônico e principalmente durante a programação e efetivação da alta.

Os fatores que contribuíram para as internações prolongadas e que implicaram no processo de desospitalização dos pacientes crônicos de longa permanência identificados no presente estudo foram: sexo masculino; situação socioeconômica desfavorável de pacientes e familiares que os impossibilitavam de arcar com as despesas referentes a medicação e equipamentos especiais aos quais o tratamento contínuo requeria; o baixo grau de escolaridade do usuário e cuidador que dificulta a compreensão da doença comprometendo o cuidado em domicílio podendo resultar no seu retorno à instituição de saúde; ser procedente de outro município, pois estes não dispõem do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e geralmente não aceitam a contrarreferência; ausência de suporte social em meio local e desconhecimento e/ou dificuldade de acesso às políticas públicas.

Como estratégias de enfrentamento para essas barreiras a equipe deve (re)conhecer o usuário, cuidadores e família, identificar suas principais dificuldades e buscar meios para superá-las de forma rápida, eficaz e criativa. Para que isso ocorra, é indispensável o apoio e articulação dos mais diversos serviços da rede de atenção à saúde para a garantia do encaminhamento adequado deste usuário/família e continuidade do cuidado seguro.

#### Referências

- Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHP) (2015). *Os desafios na gestão de leitos de longa permanência*. ANHP.
- Bardin, L. (2008) *Análise de conteúdo*. (4a ed.), Edições 70.
- Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (2017) *Epidemiológicas e Morbidade*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011) *Manual instrutivo do Melhor em Casa*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017) Portal Brasil. *Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros tem doença crônica*. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34861-%2057-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016) *Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas* [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Distrito Federal.
- Buss, P. M. (2000) *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciênc. Saúde coletiva*. 5(1):163-177.
- Hospital Israelita Albert Einstein. (2016) *Manual de boas práticas para pacientes com risco para longa permanência hospitalar*.
- Lago, D. M. S. K., Guilherm, D., Sousa, J. A., Silva, K. G. N., & Vieira, T. S. (2015) Sobrecarga física e psicológica dos cuidadores de pacientes internados em domicílio. *Rev Enferm UFPE on line*. 9(1):319-26.

- Lyrio, C. F. (2016) *Gerenciamento para o processo de desospitalização*. Encontro Nacional Unimed de Recursos e Serviços Próprios.
- Pazin-Filho, A., Almeida, E., Cirilo, L. P., Lourençato, F. M., Baptista, L. M., Pintyá, J. P., et al. (2015) Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Rev. Saúde Pública*, 49:83.
- Piueзам, G., Freitas, M. R., Costa, J. V., Freitas, P. A., Cardoso, P. M. O., Medeiros, A. C. M., et al. (2015) Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. *Cad. Saúde Colet.* 23(1):63-68.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004) *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5a ed.), Artmed.
- Rhiry-Cherques, R. H. (2009) *Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento*. *Af-Rev PMKT.* 4(8):20-7.
- Santos, M. L., Novaes, C. D. O., & Iglesias, A. C. (2017) Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de avaliação pré-anestésica de um hospital universitário. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 67(5):457-467.
- Silva, D. L., Souza, J. L. B., & Lima, I. S. (2017) Desospitalização – Esse é o Caminho? Pesquisa Realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho. *Rev Cient Multi Núcleo do Conhecimento.* 4(1):474-500.
- Silva, K. L., Sena, R. R., & Castro, W. S. (2017) Desospitalização em um hospital geral em Minas Gerais: desafios e perspectivas. *Rev. Gaúcha Enferm.* 38(4):e67762.
- Soto, P. H. T., Raitz, G. M., Bolsoni, L. L., Costa, C. K. F., Yamaguchi, M. U., & Massuda, E. M. (2015) Morbidity and hospitalization costs of chronic diseases for the Unified National Health System. *Rev Rene.* 16(4):567-575.
- Szwarcwald, C. L., Malta, D. C., Pereira, C. A., Vieira M. L. F. P., Conde, W. L., Souza Júnior, P. R. B., et al. (2014) Pesquisa nacional de saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet.*, 19(2):333-342.
- Yoshida, V. C., & Andrade, M. G. (2016) O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface (Botucatu).* 20(58):597-610.