MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESOSPITALIZAÇÃO

reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

DESOSPITALIZAÇÃO

reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2020

2020 Ministério da Saúde.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://editora.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro
Coordenação Geral de Assistência
Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde
Rua México, 128, 9º andar, sala 903
CEP: 20031-142 – Rio de Janeiro/RJ

Coordenação:
Leonor Maria da Silva Gomes

Organização:
Patrícia da Silva Olario
Adelia Quadros Farias Gomes
Mariana de Souza Malnati
Leonor Maria da Silva Gomes
Marléa Crescêncio Chagas

Colaboração:
Alexandre Ernesto da Silva
Gabriel Alves Silva

Hospitais e Institutos Federais no Rio de Janeiro participantes do projeto:
Hospital Federal Cardoso Fontes
Hospital Federal da Lagoa
Hospital Federal de Bonsucesso
Hospital Federal de Ipanema
Hospital Federal dos Servidores do Estado
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad

Elaboração:
Adelia Quadros Farias Gomes
Adriana da Costa Coelho
Alexandre Ernesto da Silva
Aline Saraiva da Silva Correa
Almiro Domiciano da Cruz Filho
Ana Cecília Coelho Melo
Ana Paula Fernandes da Silva
Antônio da Silva Ribeiro
Areti Antoine Xirus Vilela Bastos
Aydée Valério de Souza Albino
Bianca Ribeiro Sales
Christine Pereira Gonçalves
Cinthia de Mello Vitório
Claudia Mendes de Araújo
Daniele Santos da Conceição
Elaine Cristine da Conceição Vianna
Ernani da Costa Mendes
Fabiana Andrade Pessoa
Flavia Firmino
Flavia Navi de Souza
Gabriel Alves Silva
George da Silva Divério
Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos
Ivyson Cardoso Braga
José Luiz de Carvalho
Karina Ferreira dos Santos
Katy Conceição Cataldo Muniz Domingues
Leonor Maria da Silva Gomes
Lívia Almeida de Menezes
Luciana de Almeida Marques Oliveira
Luciana Vicente da Silva
Luciano Teixeira Rocha
Maria Alice Costa e Silva
Maria Antônia de Almeida Santana
Maria Beatriz Ribeiro
Maria da Conceição Coelho de Moraes
Mariana de Souza Malnati
Mariana Setúbal Nassar de Carvalho
Marléa Crescêncio Chagas
Mary Paixão Maçanti
Mirian Grayce Motta Guimarães
Monique dos Santos Leandro
Patrícia da Silva Olario
Patrícia de Souza
Paulo Cesar Cerdeira Campos
Regina Lúcia de Jesus Esteves
Renata Brum Viana
Renata de Figueiredo de Lamare
Rogério Romão José
Sidnei Vieira Beja Junior
Vanessa Gomes da Silva
Verônica Pinheiro Simões

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: http://editora.saude.gov.br
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva e Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.
Desospitalização : reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
170 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf
ISBN 978-85-334-2883-6

1. Atenção domiciliar. 2. Planejamento da alta. 3. Cuidados de transição. 4. Administração em saúde. I. Título.

CDU 616-082.8

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0229

Título para indexação:
Dehospitalization: reflections for health care and multiprofessional practice

SUMÁRIO

MENSAGEM DA SEMS-RJ 7

PREFÁCIO 8

APRESENTAÇÃO 10

Referências 14

1 PANORAMA DA DESOSPITALIZAÇÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS E INSTITUTOS DO RIO DE JANEIRO 15

1.1 O desenvolvimento da desospitalização no estado do Rio de Janeiro: um recorte temporal e a inserção das unidades hospitalares e institutos federais do Ministério da Saúde (MS) na construção desse caminhar 15

1.2 A desospitalização nos hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro 20

1.3 Experiência e ações desenvolvidas pelas equipes de desospitalização em hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro 22

1.3.1 Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – Into 22

1.3.2 Hospital Federal Cardoso Fontes – HFCF 25

1.3.3 Hospital Federal de Ipanema – HFI 29

1.3.4 Hospital Federal de Bonsucesso – HFB 31

1.3.5 Hospital Federal dos Servidores do Estado – HFSE 33

1.3.6 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Inca 36

Referências **40**

2 DESOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXÕES PARA O CUIDADO PAUTADO NA CIDADANIA **43**

2.1 Proposições iniciais e o conceito de desospitalização 43

2.2 As doenças crônicas e os cuidados paliativos: adoção da desospitalização como estratégia na continuidade de cuidado 45

2.3 Aspectos éticos de direito ao acesso e garantia de cuidados paliativos 50

2.4 Possibilidades e limites para operacionalização da desospitalização em cuidados paliativos no Brasil 52

Referências **56**

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NORTEANDO A DESOSPITALIZAÇÃO 60

3.1 Princípios do direito à saúde 60

3.2 As doenças crônicas no contexto da saúde no Brasil e a articulação em rede como dispositivo da desospitalização 63

Referências **66**

4 A DESOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS E COMPLEXAS EM SAÚDE 69

4.1 Contextualização 69

4.2 Mas afinal de quem estamos falando? 69

4.3 Gerenciando a internação prolongada: síntese de múltiplos cuidados 72

4.3.1 A singularidade dos sujeitos expressa num plano de cuidados 74

4.4 Planejamento da Atenção Domiciliar e os desafios da articulação em redes nos territórios 76

Referências **82**

5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO: UM OLHAR PARA A INTEGRALIDADE E ATUAÇÃO PROFISSIONAL 84

5.1 As práticas de educação em saúde no processo de desospitalização e a sua evolução 84

5.2 Educação em saúde e o cuidar 87

5.3 Considerações 89

Referências **90**

6 DESOSPITALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO CUIDADO E OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE 92

6.1 Desospitalização e gestão do cuidado em saúde como ferramentas para o cuidar multiprofissional 92

6.2 Gestão do cuidado em saúde: subsídios para o processo de desospitalização 99

6.2.1 A gestão do cuidado em saúde e a espiritualidade: um olhar para o processo de desospitalização 100

Referências **104**

7 DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES 108

7.1 O processo de trabalho como base para as diretrizes da implementação do processo de desospitalização a partir das unidades hospitalares 108

7.2 Desospitalização em unidades hospitalares: ferramentas de gestão utilizadas para otimizar o planejamento para alta responsável 112

Referências **122**

8 DESOSPITALIZAÇÃO E A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL: UM OLHAR PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL 124

8.1 Considerações 124

8.2 Abordagem multidisciplinar 125

8.2.1 Enfermeiro 127

8.2.2 Fisioterapeuta 127

8.2.3 Fonoaudiólogo 128

8.2.4 Assistente social 129

8.2.5 Psicólogo 130

8.2.6 Nutricionista 132

8.2.7 Médico 133

Referências **135**

9 AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E DESOSPITALIZAÇÃO EM TEMPOS DE COVID-19 136

9.1 Acolhimento, comunicação e orientação: proposta das unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro e CT de Desospitalização para atendimento em tempos de Covid-19 138

9.2 Experiência do Hospital Federal da Lagoa no atendimento no Projeto Acolhimento Integral em Oncologia (AIO) antes e durante a pandemia da Covid-19 142

9.2.1 Impacto da pandemia de Covid-19 para o atendimento em oncologia 143

9.2.1.1 Antes da pandemia de Covid-19 143

9.2.2 Durante a pandemia de Covid-19 145

Referências **148**

10 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA DESOSPITALIZAÇÃO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS 151

10.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS 152

10.2 Processo de implantação das Práticas Complementares e Integrativas em Goiânia: uma experiência exitosa 154

10.3 Práticas Integrativas e Complementares no processo de desospitalização do Hospital Federal Cardoso Fontes – Rio de Janeiro: uma experiência inovadora 156

10.3.1 Relato de experiência das Práticas Integrativas e Complementares no Ambulatório Clínica da Dor 157

10.3.2 Relato de experiência das Práticas Integrativas e Complementares no Sades 159

10.4 Considerações finais 159

Referências **161**

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS 163

EQUIPE TÉCNICA 165

MENSAGEM DA SEMS-RJ

Saúde!

É como se fosse um brinde que desejamos externar a imensa honra e satisfação em poder contribuir com algumas palavras para esta obra, no sentido de servir como norteadora do planejamento das ações que envolvem o processo de desospitalização, alta responsável e transição do cuidado seguro para outros serviços de saúde.

De um lado, existem gestores preocupados em cuidar da saúde financeira das suas unidades hospitalares, reduzindo gastos ao otimizarem atividades rotineiras com o uso de tecnologias. De outro, pacientes clamam por serviços que acolham e valorizem o cuidado por intermédio do incremento da segurança da assistência. A desospitalização, dessa forma, parece uma boa linha de ação para alinhar tais expectativas.

Aos leitores, que possam usufruir deste conhecimento, a fim de atribuir cada vez mais valor aos tratamentos, aos cuidados especiais e à gama de procedimentos, que proporcionam melhoria da qualidade de vida e da saúde dos nossos pacientes, nossa razão de existir.

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, o estímulo e o empenho de diversas pessoas. Assim sendo, a Superintendência expressa toda a gratidão e apreço àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade e a todos, sem exceção, manifesta os sinceros agradecimentos.

Quando se reúne uma equipe competente é quase certo que seus frutos valerão a pena serem colhidos, porque ninguém é tão bom quanto todos nós juntos.

Parabéns a todos e boa leitura! Nós somos o Sistema Único de Saúde!

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – Sems-RJ

PREFÁCIO

No ano em que se comemora os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), a coletânea *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional* é a grande expressão da transição da saúde brasileira para a sua fase adulta. Ainda que tal passagem não se consolide em uma maturidade definitiva, ela denota profunda transformação em um sistema forjado em princípios de integralidade, universalidade e equidade. Fato inédito na história da saúde no Brasil que, como política pública, consolida-se em menos de um século de existência.

O termo "desospitalização" era desconhecido pela alta gestão da unidade hospitalar até surgir a necessidade de proporcionar destino digno aos usuários "moradores" no hospital e, por conseguinte, melhorar a gestão dos leitos hospitalares.

E havia razão para isso, afinal, trata-se de um conceito bastante jovem que emergiu na década de 1970, na área da saúde mental, com a discussão sobre a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização, porém, só foi se consolidar enquanto estratégia de cuidado no século 21.

Além disso, os hospitais federais viram, em 2012, muitos de seus serviços serem interrompidos. Os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) haviam sido substituídos por um novo modelo assistencial na esfera municipal, o que se revelou um enorme desafio para a garantia de continuidade do atendimento na transição do cuidado.

Nesse caminhar, o conceito tomou forma e robustez. A desospitalização passou a ser um conceito a ser dividido com os demais serviços, para a construção de uma conexão positiva e propositora de cultura a favor da saúde e da cidadania do sujeito. Deixou de ser o simples ato de transferir o cuidado do hospital para o domicílio e passou a se organizar de maneira integrada, multidisciplinar e coordenada em rede, do momento da admissão hospitalar até os cuidados de fim da vida.

Este livro foi escrito por um grupo de profissionais extremamente comprometidos, que decidiu levar a desospitalização ao seu lugar merecido dentro do Sistema Único de Saúde, iluminados pelo princípio da integralidade da atenção à saúde. Para isso, formaram a Câmara Técnica (CT) de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro, que trata desse tema fundamental para a organização da saúde brasileira, destacando a importância da articulação de redes, das práticas integrativas e de educação em saúde; apontando reflexões pertinentes à resolutiva humanizada no trato de pessoas em condição de doença crônica complexa e cuidados paliativos; a abordagem multidisciplinar e a gestão. Juntos, produziram inúmeras ações, e de um de seus desdobramentos nasce este e-book.

Nele, você, leitor, encontrará ricas experiências e a descrição das ações desenvolvidas por essas equipes de desospitalização. Vai perceber, também, que a desospitalização fundamenta-se na construção do processo de transição do cuidado de modo dialógico, humanizado, respeitando as necessidades e as escolhas possíveis do usuário e da família.

No decorrer do livro, você identificará que essa estratégia pode ser aplicada em diversas populações, como adultos com doenças crônicas não transmissíveis, crianças e adolescentes e usuários em cuidados paliativos. Por isso, suas diretrizes são pautadas no princípio da integralidade e exigem que a equipe multidisciplinar trabalhe de forma coordenada e em rede para ter resolutividade.

Diante desse cenário, pode-se afirmar que a desospitalização se insere no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolve o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente.

A desospitalização é o pilar central da revolução que ocorre no setor da saúde.

Seria impossível o surgimento deste trabalho se não houvesse profissionais de toda a linha do cuidado extremamente envolvidos e dedicados aos pacientes.

A vocês dedicamos toda a gratidão, a admiração e o respeito. É certo que juntos somos mais fortes sempre.

Que este rico material cumpra sua missão de servir como guia orientador no planejamento de ações de outras instituições de atenção à saúde no País.

Congratulações a todos e boa leitura.

O SUS SOMOS NÓS!

Hospital Federal Cardoso Fontes
Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

A proposta de publicar um e-book sobre o tema da desospitalização que possa vir a ser uma referência técnico-científica é fruto das reuniões, dos seminários e dos fóruns realizados pela Câmara Técnica (CT) de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro. A CT de Desospitalização compõe o conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais (CTA) da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Sems-RJ) e constitui-se como instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, composta por profissionais de saúde das unidades federais no Rio de Janeiro.

Esta obra tem como objetivo conceituar a desospitalização nas diversas vertentes e campos de atuação (cuidados paliativos, atenção à criança e adolescente, gestão de leito, integralidade do cuidado, educação em saúde, atenção centrada no paciente, transição do cuidado), bem como apresentar, divulgar e compartilhar ações e experiências exitosas em desospitalização desenvolvidas nos serviços de saúde anteriormente referidos.

Este trabalho, que aborda a temática da desospitalização, suas raízes, perspectivas e possibilidades de atuação, reúne conteúdos que contribuem para a melhoria das práticas assistenciais, da gestão do cuidado, que servem como guia orientador no planejamento de ações que envolvem o processo de desospitalização, alta responsável e transição do cuidado seguras em outros serviços de saúde.

Os seis hospitais federais e as seis unidades hospitalares dos institutos nacionais que compõem a estrutura do Ministério da Saúde (MS) no município do Rio de Janeiro representam condição peculiar na ordem administrativa do órgão. A atividade de gerir e dirigir hospitais é uma competência atípica do Ministério da Saúde quando se observa a repartição de competências e atribuições dos entes federativos na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990). Trata-se de uma "herança" pré-SUS, que é anterior à existência, inclusive, de um Ministério da Saúde no Brasil, e remonta aos tempos em que a capital do Brasil se situava na cidade do Rio de Janeiro.

Para fazer frente à realidade específica do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde organizou uma estrutura de gestão centralizada de suas unidades próprias. Atualmente, a gestão é exercida pelo Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, para quem foram delegadas, pela Portaria GM/MS n. 536, de 2 de julho de 2020, as seguintes atribuições:

> [...] coordenar, monitorar, avaliar e prestar apoio à gestão dos hospitais federais no Rio de Janeiro [...]
> [nos seus incisos:]
> [...] I – na integração operacional e assistencial dos serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde;
> II – na implementação das políticas e dos projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob sua responsabilidade;
> [...]
> VI – [articular e coordenar as ações de] implementação da [política de] assistência à saúde nos hospitais federais com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na região metropolitana e nos demais Municípios do Estado [do Rio de Janeiro], com vistas ao planejamento, ao fortalecimento e à qualificação das ações para a prestação dos serviços de saúde, conforme as normas do SUS [...] (BRASIL, 2020, art. 1º).

A partir da delegação dessas competências, foi estruturada, em novembro de 2016, a Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde (GQS), para atuar no campo assistencial, com o objetivo de apoiar, fomentar e fortalecer ações sistemáticas que contribuam para a implementação da Cultura da Qualidade e Segurança nos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro. Entre as atribuições da área estão a coordenação das Câmaras Técnicas Assistenciais e o apoio técnico aos profissionais das unidades, além da promoção de treinamentos, capacitação e realização de eventos técnico-científicos, visando à melhoria de processos assistenciais.

A CT de Desospitalização, assim como as demais CTA, desenvolve suas atividades por meio de metodologia participativa, promovendo a integração, o compartilhamento de melhores práticas e o aprimoramento dos profissionais das 13 unidades federais no Rio de Janeiro (Hospitais Federais do Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Ipanema, Lagoa e Servidores do Estado e nos Institutos Nacionais de Cardiologia, de Traumatologia e Ortopedia e do Câncer – unidades I, II, III, IV e Cemo). Os principais produtos do trabalho das CTA têm sido Protocolos, Regimento Interno, Notas e Pareceres Técnicos, que orientam as práticas profissionais nas áreas de atuação específicas de cada temática.

Quando se pensa em desospitalização, que conceitos e referências vêm à mente? Dar alta, retirar o paciente do hospital depois de uma internação prolongada, desocupar o leito, transferir o paciente para outro equipamento de saúde ou para que seja atendido

por outra equipe assistencial? Ou se pensa em estratégias para que se possa otimizar o tempo de permanência do paciente no hospital, ou como orientar a família e/ou cuidador que acompanhará a recuperação do paciente após a alta? Todas essas são questões presentes nas reflexões, nas discussões e nas práticas apresentadas nos capítulos deste e-book.

Mas, qual a origem do termo "desospitalização"? No Brasil, tem origem a partir da década de 1970, com o processo de reforma psiquiátrica no País, e teve como um dos seus pilares a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais para cuidados em serviços ambulatoriais, o que redundou num processo de desospitalização (AMARANTE, 1996). Paralelo ao movimento de reforma psiquiátrica, um grupo formado pelas lideranças do movimento reformista brasileiro, orientou a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levassem à segregação, ao estigma e à destituição de direitos da pessoa com transtorno mental (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A área da saúde mental contribuiu para a consolidação do termo desospitalização, ampliando a compreensão do cuidado em saúde para além do espaço hospitalar. Estudiosos acrescentam ainda 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).

Se no passado a desospitalização estava relacionada à reforma psiquiátrica, hoje está vinculada ao modelo de atenção à saúde proposto pelos princípios do SUS, entre eles o da integralidade. Azevedo *et al.* (2010) afirmam que a desospitalização é a tendência atual na saúde, pois beneficia tanto o hospital quanto os pacientes e familiares, uma vez que aumenta a oferta de leitos hospitalares para as pessoas que realmente necessitam de tratamento no hospital.

A desospitalização aplica-se a diversas modalidades de atenção dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Portaria GM/MS n. 249, de 16 de abril de 2002, prevê o desenvolvimento de programas de desospitalização de idosos e afirma que "o processo de alta [...] embora de responsabilidade do médico assistente, deverá ser definido pela equipe assistencial" (BRASIL, 2002).

Com base na referida portaria e nos demais documentos normativos publicados desde então, os serviços de saúde devem se organizar e se articular com as diversas especialidades que atuam dentro e fora do hospital, para promover o processo de alta hospitalar e a atuação em rede. Destaquem-se as seguintes portarias: a que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e define que esta deve ser estruturada na

perspectiva das RAS, "tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado" (BRASIL, 2011, art. 5º), e a que dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2013).

O respaldo legal para o "abreviamento de internações hospitalares" e o apoio à "[...] implantação do protocolo para desospitalização em todo o hospital [...]" (BRASIL, 2013, art. 4º) induziu a estruturação das equipes dos hospitais e institutos federais que cuidam do processo de desospitalização, com a finalidade de garantir a continuidade do cuidado e evitar a desassistência após a alta hospitalar.

Enfim, desospitalizar ultrapassa a concepção de uma simples alta do paciente após o período de internação. Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, os cuidados precisam ser coordenados em rede, ao longo do percurso assistencial, desde a entrada do usuário no sistema até os cuidados ao fim da vida (VERAS *et al.*, 2013). Os modelos de atenção à saúde devem se pautar em linhas de cuidado, com foco na prevenção, na promoção da saúde, nas ações de educação e na reabilitação.

Portanto, compreende-se a desospitalização como estratégia de cuidado, em que o paciente está no centro da atenção, variando apenas os níveis e o cenário da intervenção. Nesse sentido, desospitalização é o tempo todo, em todos os espaços, áreas de atuação e processos de trabalho. O conceito e a prática da desospitalização têm de estar presentes no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolvendo o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente.

Referências

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

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. 271-276, abr./jun. 2010.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011. Foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011, que foi revogada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 249, de 16 de abril de 2002**. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 536, de 2 de julho de 2020. Delega atribuições e competências, autoriza prerrogativas ao Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 126, p. 98, 3 jul. 2020.

VERAS, R. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf. Acesso em: 11 ago. 2020.

1 PANORAMA DA DESOSPITALIZAÇÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS E INSTITUTOS DO RIO DE JANEIRO

Leonor Maria da Silva Gomes
Adelia Quadros Farias Gomes
Mariana de Souza Malnati
Patrícia da Silva Olario
Marléa Crescêncio Chagas
Cláudia Mendes de Araújo

O panorama da desospitalização, no contexto das unidades hospitalares e institutos federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, emerge dos desafios da atenção hospitalar diante da necessidade de pensar e organizar uma assistência à saúde que possa contemplar, para além do cuidado durante a internação, a integralidade e o compromisso com a atenção centrada no paciente. Englobam as ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar.

O capítulo está dividido em três partes, sendo a primeira uma abordagem histórica sobre o contexto e o desenvolvimento do conceito de desospitalização e da sua prática nos hospitais e institutos do MS no Rio de Janeiro, considerando o respectivo arcabouço normativo. A segunda trata das ações induzidas pelas atividades da Câmara Técnica de Desospitalização e seus desdobramentos. Na terceira parte, são descritas as experiências de algumas das unidades, a fim de compartilhar as etapas vivenciadas no processo de consolidação da desospitalização, as estratégias para o seu desenvolvimento e os desafios.

1.1 O desenvolvimento da desospitalização no estado do Rio de Janeiro: um recorte temporal e a inserção das unidades hospitalares e institutos federais do Ministério da Saúde (MS) na construção desse caminhar

Os serviços de saúde hospitalares inseridos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) têm, entre suas premissas, buscar estratégias para a efetivação da atenção integral, de qualidade, com segurança e humanizada, bem como a efetiva articulação

dos hospitais com os demais dispositivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas à continuidade do cuidado do paciente (GOMES, 2019).

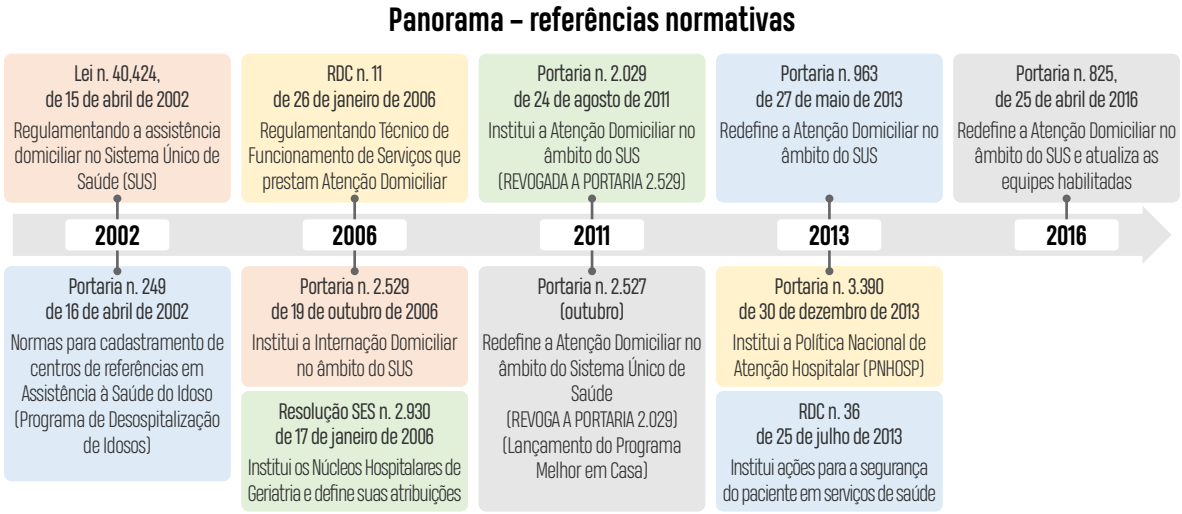
Sabe-se que os cuidados prestados nas unidades de saúde terciárias são de alta complexidade, envolvendo abordagens, intervenções e tecnologias em saúde que visam à garantia desses cuidados. Para a continuidade dos cuidados de saúde e para fazer frente à complexidade de ações gerenciais e assistenciais, é necessária a conjunção do trabalho de vários profissionais de diferentes categorias da saúde. Ou seja, o cuidado é produto da soma "[...] de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital" (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 967).

Assim, o cuidado, na sua multidimensionalidade, requer a coordenação de um conjunto de diferentes estratégias gerenciais e técnicas assistenciais, de modo que resultem em uma assistência de qualidade efetivamente centrada no paciente. Além de atender a essas premissas, a assistência deve garantir o pleno direito do paciente e sua cidadania.

O desenvolvimento do conceito de desospitalização deu-se a partir da década de 1990, no esteio da reforma sanitária e da mudança do modelo de assistência na área de saúde mental, com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2004, 2005).

As ações que permeiam a construção de estratégias conjuntas para a implementação do processo de desospitalização nas unidades hospitalares tiveram início no SUS, em 2002, com a Regulamentação da Assistência Domiciliar nesse âmbito, por meio da Lei n. 10.424, , de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002). Desde então, percebe-se um movimento contínuo ao longo dos anos que culmina em discussões e políticas que reafirmam essa prática, evidenciado na linha do tempo apresentada a seguir:

Figura 1 – Linha do Tempo de construção da desospitalização de 2002 até 2016 e suas normativas



Fonte: Elaborado pelos autores com base na construção inicial de Gomes (2019).

O conjunto normativo que ampara a Assistência Domiciliar no SUS desencadeou reflexões e repercussões acerca da relevância da desospitalização e a sua implementação, como um dispositivo capaz de demonstrar possibilidades de prestação de cuidados fora do ambiente hospitalar, com a participação ativa do paciente atendido e seus familiares, e de articulação com outros pontos das RAS.

Um exemplo dessas repercussões foi o lançamento, em 2011, do programa "Melhor em Casa", que prevê a atenção em saúde no domicílio nos diferentes níveis de complexidade, bem como a articulação em rede como reafirmação da estratégia de desospitalização (BRASIL, 2013a).

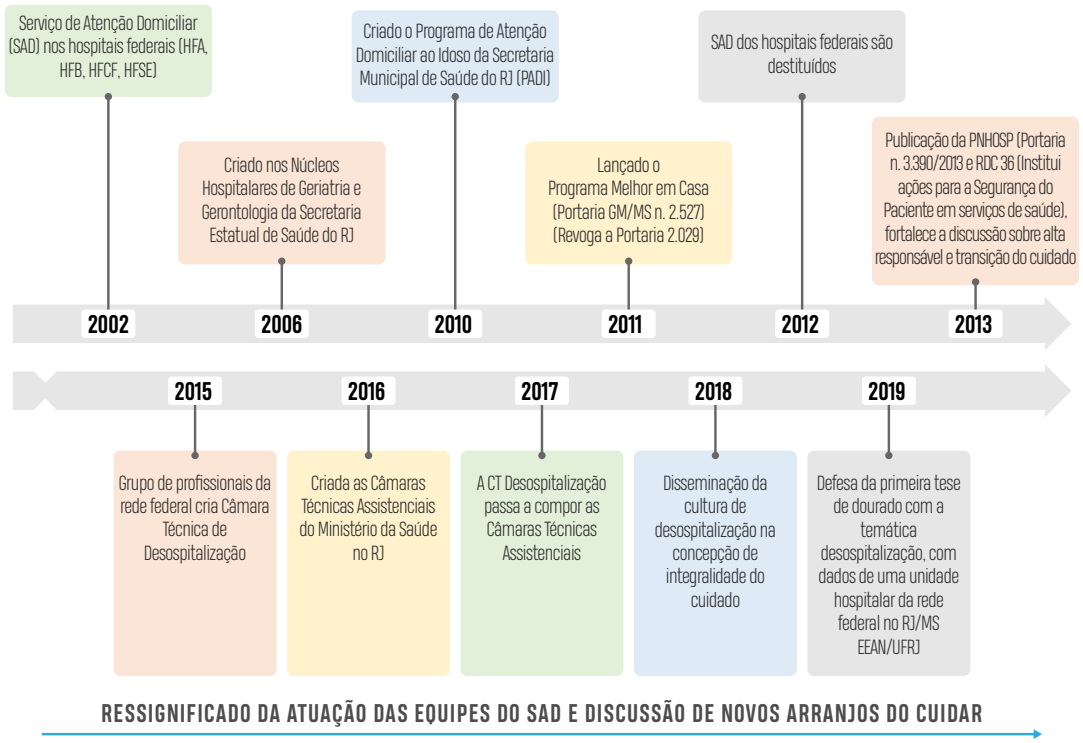
No período de 2002 a 2016, com base nas legislações apresentadas na Figura 1, observa-se a preocupação não apenas com a execução de um modelo de cuidado pautado no atendimento em domicílio, mas também na adoção de práticas que englobam diferentes instâncias, que contemplam a articulação em rede e que favoreçam a compreensão acerca da desospitalização.

A desospitalização é um processo que deve ser abordado desde o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde até a sua transição entre os diferentes pontos de atenção à saúde, devendo ser realizada de modo responsável, seguro, humanizado e com atuação multidisciplinar.

O movimento em prol da desospitalização como um dispositivo do cuidado em saúde vem ganhando espaço nos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro, com a implementação das políticas e normas apresentadas. Eles iniciaram o movimento de mudança do paradigma da assistência, em que a atenção passou a ser organizada de maneira integrada, com os cuidados coordenados em rede ao longo do percurso assistencial, desde a entrada do usuário no sistema até os cuidados de fim da vida (VERAS *et al.*, 2013). Nesse novo paradigma, então, a desospitalização passa a ser o tempo todo, em todos os espaços, áreas de atuação e processos de trabalho.

Para chegar a esse momento, o caminhar da desospitalização recebeu influência das alterações no contexto da saúde no País, das mobilizações políticas, da atualização de instrumentos normativos, além das mudanças no perfil demográfico e nosológico – envelhecimento populacional, aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que levaram à necessidade de articulação em rede e à busca pela eficiência dos serviços de saúde. As unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro também vivenciaram esse cenário. A Figura 2 descreve o movimento da desospitalização no período de 2002 a 2019 no Rio de Janeiro.

Figura 2 – O caminhar da desospitalização no Rio de Janeiro entre 2002 e 2019



Fonte: Elaborado pelos autores com base na construção inicial de Gomes (2019).

No desenvolvimento do processo de desospitalização é possível identificar a criação, em 2002, dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) nos Hospitais Federais do Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Lagoa e Servidores do Estado, da rede hospitalar federal no Rio de Janeiro. Entretanto, a execução da assistência domiciliar não era exclusiva dessas unidades, assim como 2002 não foi necessariamente o marco inicial do movimento no estado.

Cabe ressaltar que, além das unidades hospitalares federais e dos Institutos Nacionais de Cardiologia, de Traumatologia e Ortopedia e do Câncer, outras unidades, tais como o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e, ainda, outras vinculadas a diferentes instâncias federais, estaduais, municipais, de ensino e até mesmo de caráter privado, realizavam a assistência domiciliar.

Em 2011 foi lançado o Programa Melhor em Casa. Os municípios, em especial os do estado do Rio de Janeiro, promoveram a adequação ao novo modelo proposto, por meio da habilitação e condução de ação das equipes. O Programa Melhor em Casa, a criação de serviços ou outras iniciativas próprias das unidades para dar continuidade ao atendimento dos pacientes em domicílio, colaboraram para as discussões e as reflexões sobre o tema da desospitalização.

Em 2012, houve a dissolução dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) nos hospitais federais. Entretanto, com a normatização da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013b), o lançamento, em 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, tornou-se imperativa a necessidade de discutir, nas unidades de saúde, a garantia da segurança do paciente e a continuidade da assistência na transição do cuidado (BRASIL, 2013c; BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Por terem deixado de contar com os SAD na composição de seus serviços, as unidades federais apresentaram dificuldades adicionais para garantir a continuidade e a segurança na transição do cuidado, especialmente considerando a complexidade dos seus pacientes. Outro fator interveniente diz respeito à escolha do itinerário terapêutico, que gera aumento da demanda às unidades hospitalares federais em virtude da complexidade dos casos. Nesse contexto se observam: abandono do tratamento e desarticulação para continuidade na RAS, maior tempo de internação hospitalar e sobrecarga das unidades de emergência com atendimento de pacientes com DCNT em estado avançado.

Um grupo de profissionais mobilizou-se para discutir estratégias que visassem minimizar os problemas e buscassem a garantia da segurança do paciente, a alta

responsável e a transição do cuidado, proporcionando a integralidade de ações. Em 2015, o grupo organizou a Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro (CT de Desospitalização), que foi incorporada, em 2016, ao conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais do extinto Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) e atual Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (Sems-RJ).

As discussões que emergiram no âmbito da CT de Desospitalização se desdobraram na realização de seminários anuais de 2015 a 2019, geraram diversas reflexões e impulsionaram novas práticas em diferentes espaços. Outro desdobramento do trabalho da CT de Desospitalização foi a fundamentação teórica e o suporte científico da desospitalização, que culminou, em 2019, com a defesa da primeira tese de doutorado com a temática desospitalização na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), intitulada: "Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional", constituída a partir de dados de uma das unidades federais, servindo, assim, de suporte teórico para as práticas desenvolvidas neste campo de atuação e novas reflexões sobre a temática (OLARIO, 2019).

1.2 A desospitalização nos hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro

A partir da dissolução dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) nos hospitais e institutos federais, em 2012, o processo de desospitalização foi ressignificado em cada unidade, tendo sido reestruturado de acordo com suas possibilidades operacionais, seus recursos humanos e técnicos, sempre em adequação às necessidades e perfil dos pacientes, a fim de continuar a garantir a segurança do paciente e a continuidade da assistência após a alta hospitalar.

Sendo assim, as experiências das equipes têm sido bastante diversas, guardando especificidades em suas características, perfil dos profissionais que as compõem, carga horária de dedicação às atividades do setor e priorização das ações. Algumas unidades voltaram suas ações para a educação em saúde, outras passaram a enfatizar o apoio aos profissionais da assistência direta ao paciente para o processo de alta responsável, e alguns poucos ainda atuam com a atenção domiciliar.

Por exemplo, uma das unidades atua na assistência domiciliar dos pacientes em cuidados paliativos, além de realizar ações de desospitalização durante a internação, enquanto outra busca enfatizar a educação em saúde para o processo de desospitalização dos pacientes internados, mas sem ações extramuros.

Uma terceira, para evitar reinternações, criou um serviço na Unidade de Pacientes Externos e o denominou Serviço de Apoio à Desospitalização, que funcionou até 2018 como hospital-dia para suporte nas intercorrências aos pacientes após a alta: hidratação, analgesia etc.

Todas as equipes procuraram se articular com as Redes de Atenção à Saúde e assistência por meio de contatos diretos com as coordenações das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro, instituições assistenciais e por meio de interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, para conseguir pactuação da rede para garantir a continuidade do cuidado do paciente após a alta.

O desenvolvimento do processo de desospitalização nas unidades federais no Rio de Janeiro tem sido fortalecido pelo trabalho da CT de Desospitalização, criada em 2015. A proposta dessa câmara técnica é discutir estratégias, estimular a educação permanente e continuada dos profissionais a partir de encontros técnico-científicos sobre a temática da desospitalização, visando apoiar a melhoria de processos assistenciais para promoção da alta responsável, transição e continuidade do cuidado.

A CT de Desospitalização compõe o conjunto das Câmaras Técnicas Assistenciais (CTA) da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Sems-RJ), coordenadas pela Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde (GQS). As CTA são instâncias colegiadas, de natureza consultiva e deliberativa, compostas por profissionais de saúde dos hospitais e institutos federais. Têm por finalidade apoiar as unidades hospitalares e institutos federais no Rio de Janeiro na implementação de políticas, programas e diretrizes do Ministério da Saúde em relação às práticas seguras e humanizadas, para a garantia da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Entre os produtos resultantes do trabalho das CTA estão a padronização de processos de trabalho, guardando a especificidade de cada unidade, e a produção de instrumentos normativos e orientadores, tais como protocolos, notas técnicas, pareceres, algoritmos assistenciais e regimentos internos, entre outros. Além desses, as CTA são espaços para *benchmarking* e compartilhamento de experiências exitosas e promovem a interação e a integração entre profissionais das diversas áreas da assistência. Outros produtos são a realização de fóruns de discussão para a aplicação das políticas de saúde e a promoção de capacitação de profissionais com a realização de seminários, oficinas e cursos.

Em consonância com as demais CTA, desde a sua criação, a CT de Desospitalização elaborou a Nota Técnica de Dimensionamento das Equipes de Desospitalização (em

processo de aprovação); e o levantamento do perfil dos pacientes com internação prolongada pelas equipes de desospitalização das unidades realizou visita técnica a serviços das RAS e das redes assistenciais. Além disso, apoiou as unidades na constituição de Comissões e Serviços de Desospitalização, fortaleceu a cultura de desospitalização e alta responsável e realizou cinco Seminários de Desospitalização, cerca de 12 Oficinas Itinerantes sobre desospitalização e temas relacionados, diversas palestras e outras reuniões para discussão e disseminação do conceito ampliado da temática.

O propósito do trabalho da CT de Desospitalização é que a desospitalização se consolide como ferramenta e estratégia de gestão do cuidado, que fortaleça ainda mais a atuação das equipes que já desenvolvem ações, por meio da normatização de protocolos e fluxos orientadores e investimento na mudança de paradigma institucional, assim, contribuindo para que os serviços de saúde tenham efetivamente uma assistência pautada na integralidade, na longitudinalidade do cuidado e na atenção centrada no paciente.

A desospitalização é um processo. Deve ocorrer durante todo o percurso da internação. Por isso, é importante elaborar e implementar um plano de gestão. Esse plano deve contemplar os campos de atuação da desospitalização: cuidados paliativos, atenção domiciliar, educação em saúde, protagonismo do paciente, gestão de leitos e articulação com as RAS.

1.3 Experiência e ações desenvolvidas pelas equipes de desospitalização em hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro

1.3.1 Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – Into

Aydée Valério de Souza Albino
Claudia Mendes de Araújo
Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos
Luciana de Almeida Marques Oliveira
Mary Paixão Maçanti
Verônica Pinheiro Simões

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into), do Ministério da Saúde, situado no bairro de São Cristóvão, Rio de Janeiro, tem como missão promover ações de referência na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção de agravos relacionados ao aparelho locomotor e na articulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação.

É uma instituição especializada em atendimento cirúrgico de alta e média complexidades na área de ortopedia e traumatologia e não possui serviço de emergência, com 255 leitos nas unidades de internação, sendo 16 leitos de terapia intensiva para adultos, 4 de terapia intensiva pediátrica, 7 leitos de terapia semi-intensiva, 21 leitos de pós-operatório e 18 leitos de hospital-dia.

O acesso é realizado por meio de solicitação médica no Sistema Estadual de Regulação (SER) e após avaliação inicial para definir a indicação cirúrgica. No caso de cirurgias eletivas é necessário aguardar em uma fila de espera.

A trajetória da desospitalização no Into tem sua origem na atenção domiciliar (AD), pois, pelo perfil institucional, significativa que parcela dos pacientes é de idosos que necessitam de cirurgias ortopédicas e precisam dessa modalidade de assistência para dar continuidade aos cuidados imediatamente após a alta hospitalar. Além disso, a AD foi implantada no Into visando à otimização dos leitos hospitalares.

As primeiras ações da Área de Atendimento Domiciliar (Adomi) aconteceram em 2004 com os profissionais de enfermagem e fisioterapia, inicialmente, para assistência aos pacientes do Centro de Atenção Especializada (CAE) de joelho e quadril, residentes no município do Rio de Janeiro. De 2005 a 2010, o atendimento foi ampliado para pacientes em pós-operatório de outros CAE.

Em relação ao quadro de profissionais da Adomi, é composto por enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional. Sua área de abrangência ultrapassou as fronteiras do município do Rio de Janeiro e expandiu-se para pacientes que residem nos demais municípios da área metropolitana, no raio de até 60 km do Into, compreendendo municípios da Baixada Fluminense, Niterói e São Gonçalo.

Entre 2008 e 2014, observou-se o aumento do número de pacientes que residiam em territórios de confronto armado. A impossibilidade de receber visita domiciliar da equipe da Adomi levou esses pacientes a permanecerem mais tempo hospitalizados. Com a escalada da violência, que é uma situação enfrentada em especial nas áreas metropolitanas (MARSIGLIA, 2013), muitos pacientes tiveram seu acesso aos serviços de saúde limitado. O dilema da Adomi foi manter o atendimento dos pacientes que residem em áreas onde há violência urbana para garantir a continuidade da assistência, sem colocar a equipe em risco. Assim, foi necessário elaborar estratégias para garantir o acesso aos cuidados, como será abordado adiante no texto.

Em 2015, por iniciativa da equipe Adomi do Into, com apoio da direção do instituto e da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, um

grupo de profissionais, que atuavam nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ou em ações de desospitalização nas unidades federais no Rio de Janeiro, deu início a reuniões periódicas, em um espaço de troca de informações e experiências e de construção de propostas sobre o tema. Esses encontros foram a origem do que resultou na constituição da CT de Desospitalização da estrutura do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Desde então, a Adomi vem revendo o processo de desospitalização no Into. O projeto, inicialmente focado na AD, vem sendo redesenhado com o objetivo de enfrentar a limitação de acesso aos pacientes não residentes na área de cobertura ou os que têm residência em territórios que apresentem confronto armado. A Adomi, com o protagonismo de suas assistentes sociais, elaborou o novo projeto que objetiva o acompanhamento do paciente desde a admissão, durante a internação e procedimento cirúrgico, até a alta hospitalar.

Esse projeto contempla como principais ações: identificar as necessidades de saúde além do quadro ortopédico; mapear as RAS e redes de assistência dos municípios atendidos pelo Into (identificando os serviços fornecidos); verificar a situação de inserção do paciente nas redes; e, fornecer treinamento às equipes de AD das RAS para o manejo do paciente ortopédico.

A aproximação da Adomi e melhor articulação com as RAS foi uma estratégia exitosa para garantir o cuidado aos pacientes residentes em áreas de risco para confronto armado. As equipes de AD pertencentes às RAS localizadas em territórios de violência urbana têm maior conhecimento da dinâmica dos territórios e o acesso às residências nas comunidades. A percepção da Adomi é que a capacitação dessas equipes de AD das RAS possibilitou o fortalecimento do atendimento aos pacientes ortopédicos e a garantia da continuidade do cuidado.

Em resumo, tendo como referência a importância dos mecanismos de articulação e o apoio entre o hospital, as RAS, o paciente e seus familiares, o Into continua a oferecer, no processo de desospitalização, a modalidade de AD para os pacientes elegíveis, mas tem impulsionado a construção de um novo processo de trabalho, desenvolvendo outras ações para atender aos pacientes com demandas de saúde para além da reabilitação pós-operatória. Para tanto, a Adomi tem investido na capacitação da sua equipe sobre o tema da desospitalização com o objetivo de ampliar a atuação da área para outras ações, além da atenção domiciliar.

1.3.2 *Hospital Federal Cardoso Fontes – HFCF*

Monique dos Santos Leandro
Patrícia da Silva Olario

O Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) é uma das seis unidades hospitalares do Ministério da Saúde (MS) no município do Rio de Janeiro. Localizado na estrada urbana que liga a zona norte à zona oeste, presta atendimentos de média e alta complexidades a pacientes clínicos e cirúrgicos, possui serviço de emergência de porta aberta e é referência no atendimento oncológico. O HFCF é um hospital geral, de médio porte, com 139 leitos.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) foi estruturado na unidade no ano de 2006, quando o MS publicou a portaria que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006). O SAD do HFCF pautava-se no cuidado em domicílio, não havendo, naquele momento, um planejamento para alta do paciente articulada com os demais serviços hospitalares e com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A partir de 2011, a equipe do serviço passou a refletir sobre um modelo de cuidado que tivesse a desospitalização como estratégia assistencial: estabeleceu o plano de cuidado que envolvesse todo o período de internação hospitalar e o cuidado após a alta, no domicílio, com o maior envolvimento do paciente e sua família. A mudança na sistemática de trabalho foi também fruto da redefinição da Atenção Domiciliar (AD), que modificou os critérios de cadastro, de habilitação e de destinação dos recursos para os SAD (BRASIL, 2011).

No transcurso do processo de reorganização do serviço, o SAD do HFCF passou a se chamar Serviço de Atenção à Desospitalização (Sades). Todavia, dada a relevância frente às articulações internas e externas para a continuidade do cuidado, a atenção domiciliar continuou no escopo de atribuições do Sades. Suas ações tiveram foco na redução do tempo de permanência hospitalar, aumento no giro de leitos e prevenção de reinternações desnecessárias. Para tanto, foram estabelecidos novos fluxos de trabalho, pactuadas ações internas, elaborados impressos, rotinas de trabalho e procedimentos operacionais padrão (POP) a serem utilizados no serviço.

Em 2014, a equipe multiprofissional avaliou que existiam situações que comprometiam a organização de processos de trabalho, tais como: falta de clareza acerca da articulação da rede interna e externa para o fluxo de atendimento; ausência de sistematização do trabalho da equipe multiprofissional com maior foco na desospitalização;

insuficiência na conexão entre os diversos saberes dos profissionais de saúde gerando ações pouco compartilhadas; e utilização apenas de indicadores quantitativos, de produção, para avaliação do serviço.

Essa inquietação levou a coordenadora do Sades a participar de encontros com profissionais de outras unidades hospitalares federais para compartilhar suas experiências e práticas em desospitalização. Esse movimento conduziu à formação da Câmara Técnica (CT) de Desospitalização, no ano de 2015. A mesma coordenadora buscou aprofundamento teórico-conceitual, que resultou na pesquisa desenvolvida no HFCF, objeto de sua Tese de Doutorado: *Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfigurando da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional* (OLARIO, 2019).

A pesquisa possibilitou identificar o perfil de pacientes atendidos pelo Sades e estabelecer critérios de elegibilidade para acompanhamento da AD do serviço. A análise de 655 desospitalizações realizadas pela equipe no período de 2012 a 2016 demonstrou que: 91,3% dos pacientes eram oriundos de diferentes bairros do município do Rio de Janeiro; 8,7% eram moradores de outros municípios; 75,3% eram idosos com 60 anos ou mais; 61,9% tinham diagnóstico principal de câncer; e 33,8% dessas desospitalizações aconteceram com articulação em rede para continuidade de atendimentos pela atenção básica. Ainda evidenciou que 3,7% desse conjunto de pacientes precisaram de reinternação.

A partir desse estudo, foi delimitada a população a ser atendida pelo Sades: pessoas com patologias crônicas, moradoras da Área Programática 4.0 (localização geográfica do hospital). No caso dos pacientes residentes dos demais bairros do município do Rio de Janeiro e de outros municípios, a estratégia com vistas à desospitalização foi a de articular com a Rede de Atenção à Saúde, sobretudo a de Atenção Primária à Saúde (APS), e a rede assistencial dos respectivos locais.

É importante salientar que os pacientes atendidos pelo Sades têm patologias, em sua grande maioria, progressivas, degenerativas e que muitas vezes ameaçam a continuidade à vida (câncer, Alzheimer, Parkinson, HIV/aids, diabetes e hipertensão). Destaque-se os pacientes com neoplasia, que, muitas vezes, chegam à unidade em estado avançado da doença, por diversos motivos: em virtude da negação do paciente na continuidade do tratamento; pelo desconhecimento da gravidade da doença; ou por falhas e dificuldades na assistência prestada no itinerário terapêutico realizado anteriormente à chegada na unidade. Esses são pacientes que, necessariamente, precisam de acompanhamento por equipe multiprofissional e continuidade de cuidado em domicílio.

A média do período de acompanhamento dos pacientes pelo Sades é de 180 dias, e as visitas domiciliares da equipe multiprofissional acontecem com periodicidade de dez dias. Os casos de óbito ocorrem num percentual de 51,4% antes do tempo médio de dias de acompanhamento pelo Sades (OLARIO *et al.*, 2018).

Vale destacar que, no momento em que a doença do paciente hospitalizado se apresenta em estágio avançado ou evolui para circunstâncias em que o tratamento com intenção curativa não terá sucesso (90% dos casos), o Sades introduz uma abordagem de cuidados paliativos, atendendo aos pacientes e sua família desde o ambiente hospitalar, dando continuidade às ações em domicílio. Ao paciente é garantido o direito de exercer sua cidadania na elegibilidade de local de cuidado e morte.

O Quadro 1 demonstra como os pacientes são identificados como elegíveis para acompanhamento pelo Sades/HFCF ou para encaminhamento à Atenção Primária à Saúde (APS).

Quadro 1 – Critérios de elegibilidade para acompanhamento pelo Sades e encaminhamento para a Atenção Primária à Saúde

Acompanhamento em atenção domiciliar pelo Sades	**Encaminhamento para a Atenção Primária à Saúde (ESF, Melhor em Casa e outros)**
I – Pacientes residentes no município do RJ em áreas sem cobertura de ESF e impossibilitados de locomoção. II – Pacientes em cuidados paliativos proporcionais ou exclusivos com KPS inferior a 50% em atendimento com médico do HFCF. III – Pacientes com afecções crônicas degenerativas, considerando o alto grau de comprometimento causado pela doença, que demande maior complexidade de cuidados multiprofissionais; IV – Pacientes que necessitam de cuidado multiprofissionais mais frequente e uso de equipamento(s) ou procedimento(s) de maior complexidade, usualmente demandando menor intervalo intervisitas em domicílio. V – Necessidade de equipamentos e/ou dispositivos de cuidado não disponibilizados pela rede local.	I – Pacientes com menor necessidade de cuidados multiprofissionais. II – Pacientes em cuidados paliativos curativos ou proporcionais com menor necessidade de frequência de visitas e intervenções multiprofissionais. III – Área com cobertura pela ESF e equipe completa com visita domiciliar em funcionamento. IV – Pacientes fora do município do RJ. V – Pacientes com estabilidade hemodinâmica e menor quantidade de cuidados complexos com necessidade de insumos e medicamentos.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na Portaria GM/MS n. 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b).

O protocolo de desospitalização executado pelo Sades segue as seguintes etapas: 1) identificação de pacientes com critérios para acompanhamento pela equipe; 2) articulações intra-hospitalares visando ao planejamento da alta do paciente; 3) estabelecimento de vínculo com a família para estabelecer planos de cuidado após a alta; 4) identificação das RAS locais e da possibilidade de interlocução e pactuação de estratégias para a transição segura do cuidado.

Na etapa de identificação de pacientes para acompanhamento pela equipe do Sades, o atendimento é iniciado a partir de pedido de parecer dos médicos e equipes assistenciais do ambulatório, emergência ou internação, e, nesses últimos, o processo de planejamento para a alta hospitalar é discutido no *huddle*, que são reuniões multiprofissionais, de curta duração, realizadas diariamente, com membros de todos os serviços e clínicas do hospital, com o objetivo de elaborar estratégias conjuntas para definições assistenciais.

Outras formas de captar e inserir pacientes no Sades são a busca ativa e a avaliação do censo hospitalar produzido pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR). Essas estratégias facilitam a comunicação, a interação com os diversos serviços do HFCF e articulações intra-hospitalares para traçar ações facilitadoras para o processo de desospitalização.

Ressalte-se a necessidade de estabelecimento de vínculo inicial com a família, com o objetivo de estimular a participação e o protagonismo do paciente no seu cuidado. Assim, permitir discussões e decisões conjuntas sobre quem será o cuidador principal e estratégias para a continuidade da assistência no domicílio.

No momento do planejamento da alta hospitalar, tanto para acompanhamento pelo Sades quanto pelas RAS locais, é preciso considerar os seguintes aspectos: a facilidade de acesso, a situação de violência urbana, a possibilidade de utilização de equipamentos que sejam necessários para garantia de segurança para os pacientes, familiares e profissionais da equipe que estarão à frente do atendimento domiciliar, do Sades ou dos demais pontos de atenção, isto é, Estratégia de Saúde da Família, Programa de Atenção Domiciliar do Idoso, Programa Melhor em Casa ou qualquer outra que garanta a cobertura assistencial.

O serviço atualmente conta com equipe multiprofissional composta por uma assistente social, três enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, um médico, um psicólogo, três técnicos de enfermagem, um apoio administrativo e dois motoristas. O trabalho do Sades tem o apoio da direção da unidade, reconhecimento e parceria de diferentes serviços e segmentos.

A equipe tem ciência de que ações de desospitalização em serviços de saúde hospitalares previnem gastos desnecessários, diminui o tempo de internação, os riscos de infecção e exposição a eventos adversos. Por isso, investe em uma assistência centrada no paciente, na segurança do paciente e na humanização, visando à integralidade e ao respeito à singularidade da pessoa sob seus cuidados.

Em resumo, ao longo dos 13 anos de atuação no HFCF, sendo 9 como Sades, a equipe amadureceu, ampliou e consolidou seu entendimento sobre o processo de desospitalização. Organizou seus processos de trabalho, de monitoramento e de avaliação das ações, percebendo que a atuação do serviço contribuiu para a otimização de leitos hospitalares, a diminuição de reinternações desnecessárias, o aprimoramento da articulação com as famílias, as RAS e redes assistenciais e, finalmente, para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde, pacientes e famílias.

1.3.3 Hospital Federal de Ipanema – HFI

Areti Antoine Xirus Vilela Bastos
Maria Alice Costa e Silva
Maria Antônia de Almeida Santana

O Hospital Federal de Ipanema (HFI), do Ministério da Saúde, está localizado na zona sul do município do Rio de Janeiro. A unidade conta com corpo clínico especializado e qualificado para atendimento predominantemente cirúrgico eletivo, nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde no SUS. Atualmente possui 137 leitos ativos, cujo acesso se dá, majoritariamente, por meio das vagas ambulatoriais ofertadas ao Sistema Nacional de Regulação (Sisreg).

As ações de desospitalização do HFI, até 2015, eram de caráter pontual e sob demanda. A trajetória da desospitalização fortaleceu-se a partir de então, quando a unidade foi convidada a participar da CT de Desospitalização, sendo representada por profissionais do serviço social, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e enfermagem. Apoiada pelas discussões e propostas da câmara técnica, constituiu-se, em 2017, a Comissão de Desospitalização do Hospital Federal de Ipanema, por meio da Portaria HFI n. 93, composta por três assistentes sociais, quatro enfermeiros, dois médicos e um agente administrativo.

De caráter multidisciplinar, a comissão teve, como objetivos iniciais, implantar ações que previssem a elaboração de protocolos e fluxos de processos de trabalho com

os diversos atores e serviços envolvidos, além de otimizar o gerenciamento de leito, a previsão de alta hospitalar e o processo de desospitalização.

O planejamento bienal de atividades 2018-2019 incluiu: mapeamento dos nós críticos dos serviços envolvidos que interferem no processo de desospitalização; mapeamento das redes de atenção e de assistência à saúde com os dados telefônicos, de endereço e de e-mail; e, monitoramento dos pacientes com alta referenciada, em ação conjunta e contínua com o serviço social e o NIR.

A partir de 2019, as atividades desenvolvidas pela Comissão de Desospitalização passaram a ser coordenadas pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente, pois este passou a coordenar e apoiar todas as Comissões Hospitalares da unidade.

Nos três anos desde a sua criação, ganhos foram alcançados: a Comissão de Desospitalização tornou-se referência na Clínica Médica como equipe multidisciplinar que contribui, entre outras coisas, com o apoio ao processo de desospitalização, pelas parcerias externas para a garantia de direitos dos pacientes, pela articulação com as RAS para transição segura do cuidado e garantia da acessibilidade de pacientes em reabilitação física ao fornecimento de prótese e órtese e acesso do pacientes aos demais recursos necessários.

Desde o final de 2019, a Comissão de Desospitalização tem como principais ações: orientar os pacientes e familiares a respeito dos cuidados necessários após a alta hospitalar (curativos e outros cuidados de saúde específicos da condição clínica); realizar a articulação com a rede básica de saúde para garantia da continuidade do cuidado; e preparar as famílias para as adaptações necessárias para desospitalização, ações desenvolvidas pelo serviço social. O trabalho da comissão conta, ainda, com o apoio do serviço de fisioterapia nas orientações sobre exercícios respiratórios e motores e do serviço de nutrição para orientar sobre a dieta alimentar. A Comissão de Desospitalização e a Comissão de Cuidados Paliativos foram integradas, pois são os mesmos profissionais que compõem ambas as comissões.

O trabalho da Comissão de Desospitalização no HFI encontra-se em processo de desenvolvimento e consolidação das suas ações. Contudo, ainda é preciso avançar na ampliação do entendimento sobre a abrangência do processo de desospitalização, que inclui atender ao princípio da integralidade do cuidado e colocar o paciente como centro da atenção do seu cuidado. Para tanto, o desafio é conquistar o maior engajamento dos demais serviços clínicos e gerenciais do HFI para promover, por meio da alta responsável, a efetiva qualidade e segurança.

1.3.4 *Hospital Federal de Bonsucesso – HFB*

Luciano Teixeira Rocha
Mirian Grayce Motta Guimarães

Localizado no entroncamento da Avenida Brasil com a Linha Vermelha e a Linha Amarela, em meio ao cinturão das favelas da Maré, de Manguinhos e do Alemão, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) é uma unidade hospitalar do Ministério da Saúde no município do Rio de Janeiro. Inaugurado em 1948, era subordinado ao extinto Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (Iapetec), nome pelo qual ainda é conhecido por muitos.

O HFB é referência em serviços de média e alta complexidades cirúrgica, oncológica e obstétrica. Possui 42.242 m² de área construída, 353 leitos e emergência de porta aberta, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos e pacientes de emergência obstétrica. O volume médio de atendimentos mensais é de 15.000 consultas ambulatoriais, 1.300 internações, 1.200 atendimentos de emergência e 975 ações de desospitalização e de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais da Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (Eades).

As primeiras ações de desospitalização do HFB, desenvolvidas por uma equipe específica, foram ofertadas na modalidade de Atenção Domiciliar (AD) a partir de 2006, fruto do Programa-Piloto de Atenção Domiciliar pactuado por Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Paradoxalmente, quando foi instituída a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011), essa modalidade deixou de ser oferecida pelo HFB, pois a oferta desse mecanismo de desospitalização passou a ser financiada com exclusividade para as unidades de saúde mantidas pelas Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde ou do Distrito Federal. Diante desse fato, em 2011, foi constituída no HFB a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (Eades), responsável por pesquisa, planejamento, implantação, desenvolvimento e avaliação das antigas e das novas modalidades de ações de desospitalização e de educação em saúde promovidas no hospital.

A Eades do HFB é uma equipe multidisciplinar que trabalha, desde então, apoiando todos os "usuários cuidadores" (profissionais, gestores, pacientes, familiares e cuidadores) na gestão dos seus processos de Desospitalização e de Educação em Saúde. Foi instituída como Comissão de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde pela Portaria HFB n. 468, em 30 de novembro de 2017.

A comissão tem sob sua competência as seguintes atribuições: gestar e gerir os projetos e os processos de Desospitalização e de Educação em Saúde pré-hospitalar, trans-hospitalar e extra-hospitalar do HFB; contribuir com o suporte técnico-científico de profissionais do Ministério da Saúde, prioritariamente aos da unidade, visando ao aprimoramento das suas competências e habilidades para as ações de desospitalização e de Educação em Saúde; assistir com qualidade os pacientes e seus familiares visando reduzir o período de internação, os eventos de reinternação e os riscos relacionados à assistência à saúde; desenvolver o projeto da Área de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (Arades) composto por normativas internas, programas, manuais, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP) fomentando diretrizes e orientações para uma assistência qualificada e efetiva. Além disso, compete-lhe promover a Educação em Saúde voltada aos processos de desospitalização por meio das ações de: mudança institucional, intervenção comportamental, implantação de serviços, pesquisa e produção de conhecimento, preceptoria e formação profissional, "conversas tecidas" programadas e espontâneas, entre outras. Compete ainda à comissão contribuir para a identificação, o estabelecimento e o desenvolvimento do trabalho conjunto e corresponsável dos atores nas diversas Redes de Atenção à Saúde dos níveis primário (domiciliar, familiar, vicinal e comunitário), secundário (instituições do setor saúde) e terciário (todos os outros setores da sociedade) como forma de garantir a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a continuidade dos cuidados de saúde. E, também, potencializar o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que eles atendam às necessidades de saúde da população, e contribuir para o incentivo à gestão social da saúde e para o fortalecimento do SUS.

Atualmente, a Eades é composta por cinco profissionais com dedicação exclusiva, sendo eles: dois enfermeiros, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em assuntos educacionais, e outros dois profissionais com dedicação parcial de carga horária, sendo eles: um assistente social e uma psicóloga. A Eades atua nos processos de gestão, administrativos, assistenciais, de ensino e pesquisa e de controle social do HFB desenvolvendo suas atividades de desospitalização e de educação em saúde de forma transversal e matricial.

O Programa de Desospitalização que vem sendo implementado pela Arades é composto por três macroprocessos: a) "captação" dos familiares e outros vínculos pessoais responsáveis pelos pacientes inseridos no programa de desospitalização; b) organização das "Redes de Atenção à Saúde (RAS)" que garantirão a continuidade do cuidado quando o paciente sair de alta hospitalar; e c) orientações para a realização dos "cuidados" com qualidade e segurança no domicílio dos pacientes. Esses macroprocessos

são desenvolvidos por meio de 12 ações de Educação em Saúde: a) Mudança Institucional; b) Intervenção Comportamental; c) Reengenharia de Processos; d) Gestão de Projetos; e) Desenvolvimento de Protocolos; f) Implantação de Serviços; g) Produção de Eventos Científicos e Culturais; h) Pesquisa e Produção de Conhecimento; i) Campanhas e Palestras Educativas; j) Preceptoria e Formação Profissional; k) Estudos de Caso e Sessões Clínicas; l) Conversas Tecidas Programadas e Espontâneas.

Apesar de todo o caminho percorrido e de todas as ações implementadas pela Arades, ainda são necessários muitos avanços no campo da desospitalização e da educação em saúde. O HFB, que se encontra em processo de certificação como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação, tem sido, por gerações, responsável pela formação e pelo aprimoramento de profissionais de saúde. Para a qualificação do espaço de trabalho da Arades como campo de estágio multiprofissional, estão em pleno desenvolvimento dois projetos educacionais: um que se destina aos residentes de enfermagem que passarão a desenvolver suas habilidades profissionais no setor durante todo o período de residência e outro que incluirá os graduandos em saúde coletiva na lista das vagas de estágio não obrigatório oferecidas pelo HFB. Além desses, estão em progresso a criação de um Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde, a implementação da Residência Multiprofissional do HFB e a criação de uma plataforma digital para ensino a distância.

Com a pandemia de coronavírus e consequente obrigatoriedade da manutenção de medidas como o distanciamento social e o isolamento domiciliar, a Arades foi instigada a desenvolver formas ainda mais criativas de promover todos os seus processos de interdiscursividade entre os "usuários cuidadores" do hospital, sem a qual, de acordo com o entendimento da equipe, não é possível fazer desospitalização.

1.3.5 Hospital Federal dos Servidores do Estado – HFSE

Adriana da Costa Coelho
Cinthia de Mello Vitório
Maria da Conceição Coelho de Moraes

O Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) é um dos seis hospitais federais no Rio de Janeiro, está localizado no bairro da Saúde e possui 398 leitos ativos. É classificado como hospital de grande porte, por prestar atendimento de alta complexidade, sendo considerado um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Tem por finalidade o exercício de atividades de assistência, ensino e pesquisa, servindo ao ensino e ao treinamento de alunos e residentes de diversas profissões da área da

saúde (BRASIL, 2016a). A população usuária atendida é de todo o estado do Rio de Janeiro, que acessam a unidade via Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) e via Sistema Estadual de Regulação de vagas (SER).

A desospitalização no HFSE, após a extinção do SAD nas unidades federais, foi conduzida principalmente pelos profissionais do serviço social, que apresentavam preocupação em acompanhar os casos de pacientes com internação prolongada, período superior a 30 dias. Relatórios descritivos, denominados Censo Social, eram produzidos e apontavam os motivos que caracterizavam as longas internações, os quais muitas vezes não eram necessariamente questões sociais, mas diversas outras situações (clínicas ou administrativas) que interferiam na alta do paciente.

Em 2016, o HFSE passou a compor a CT de Desospitalização por meio da representação de profissionais do serviço social e do Núcleo Interno de Regulação (NIR). A Câmara Técnica, conforme seus objetivos, estimula os participantes a discutir, trocar experiências, traçar metas conjuntas para enfrentamento dos problemas e de questões que impactam na alta do paciente, nas situações-problema referentes às internações prolongadas e na transição do cuidado para as Redes de Atenção à Saúde (RAS), comuns às unidades.

A aproximação com o tema e o conceito e, também, o amadurecimento das discussões e proposições trazidas pela CT de Desospitalização possibilitaram identificar que no HFSE já ocorriam práticas e ações isoladas de desospitalização. Os debates coletivos, as trocas de experiências e os planos de ações traçados na Câmara Técnica possibilitaram avanço significativo da discussão, e algumas unidades conseguiram implementar e fortalecer as ações de desospitalização, desde então.

Foram estabelecidas demandas e metas para que houvesse o alinhamento das ações de desospitalização nos hospitais e institutos federais, o que levou o HFSE a elaborar um plano de trabalho para sensibilizar a comunidade hospitalar sobre o tema da desospitalização e a necessidade de formação de equipe de apoio à desospitalização na unidade**.** Para tanto, o serviço social aproximou-se de outros atores e serviços do hospital que pudessem se agregar e contribuir com o projeto de implementação das ações de desospitalização no HFSE.

Foram traçados objetivos que incluíram: o alinhamento das ações de desospitalização realizadas no HFSE, de acordo com as orientações da Câmara Técnica de Desospitalização; a realização de encontros, capacitações e educação permanente para os profissionais de saúde sobre o tema desospitalização; a criação de estratégias de melhoria da articulação

com as RAS com vistas à continuidade do cuidado e do atendimento; e a elaboração de um Protocolo Institucional Multiprofissional para Alta Responsável.

Como meta para alcance dos objetivos, diversas atividades e encontros de sensibilização foram realizados na unidade nos anos de 2016 e 2017, a saber: Encontro "Os desafios na articulação da rede de serviços: impactos no processo de desospitalização"; I Fórum de Desospitalização do HFSE com o tema "O paciente está de alta, e agora? Precisamos falar de desospitalização", que mobilizou diversos setores do hospital (Serviços Clínicos, Ensino e Pesquisa, Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Humanização), e teve uma participação expressiva dos profissionais de saúde da unidade.

Fruto desses encontros foi a formação de um grupo de profissionais sensíveis à proposta de implementação da Equipe de Apoio à Desospitalização na unidade, composto por assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas, agentes administrativos, que se debruçaram para a efetivação do projeto na unidade. No entanto, a criação da equipe matricial no HFSE não foi formalizada naquele ano, devido ao cenário de sucessivas mudanças de direção no hospital. A criação e a nomeação dos componentes da Comissão de Desospitalização do HFSE ocorreram em 25 de março de 2019, por meio da portaria HFSE n. 205, de 25 de março de 2019, publicada em Diário Oficial da União (BRASIL, 2019). A portaria foi atualizada pela portaria HFSE n. 318, de 13 de junho de 2019, que redefiniu os membros da comissão.

A Comissão de Desospitalização do HFSE é composta atualmente por: dois médicos, três assistentes sociais, uma psicóloga, uma enfermeira, uma administradora e um agente administrativo. Destaque-se o caráter interdisciplinar da Comissão, mesmo que ainda não haja a participação de algumas categorias. De todo modo, ela conta com o apoio dos serviços de fisioterapia e nutrição. Essa organização foi resultado da luta dos profissionais por um processo de desospitalização embasado nas metas da qualidade e segurança do paciente.

A partir da portaria do HFSE que legitimou o grupo na unidade, a Comissão de Desospitalização tem se reunido periodicamente a fim de criar indicadores capazes de qualificar a assistência prestada aos pacientes do HFSE, a gestão do cuidado, e também a gestão de leitos, visando, assim, a aprimorar os processos de trabalho. Ainda há muito que caminhar e construir, mas as sementes já estão germinando. Percebe-se que o apoio da gestão é fundamental para que tais ações se efetivem.

O diagnóstico situacional do HFSE, no que tange às internações prolongadas, está sendo traçado pela Comissão de Desospitalização. Pretende-se, com isso, verificar onde

estão ocorrendo os nós críticos que emperram a desospitalização de seus pacientes, sejam eles internos ou externos à unidade. Aspira-se, ainda, que, com as ações de educação permanente, surjam mudanças na cultura institucional acerca das diretrizes necessárias ao ato de desospitalizar.

Como contribuição para outros serviços que queiram constituir Comissão ou Equipe de Desospitalização em suas unidades, seguem pontos importantes para o planejamento e a implementação de processos operacionais de desospitalização: 1) realizar diagnóstico do perfil de pacientes da unidade, para identificar quais as características da população atendida; 2) identificar o tempo de permanência para internação considerado ideal para cada clínica/serviço, pois ele pode ser variável conforme a complexidade da assistência prestada por clínica; 3) traçar planos de ação anuais com metas, indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, assim se pode apresentar os resultados e propor melhorias contínuas; 4) oportunizar educação permanente e continuada aos profissionais de saúde sobre o tema; 5) ter como foco principal o paciente, envolvendo-o na construção de estratégias de cuidado.

1.3.6 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Inca

Bianca Ribeiro Sales
Flavia Navi de Souza
Flavia Firmino
Vanessa Gomes da Silva

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Suas ações compreendem a assistência médico-hospitalar pelo SUS e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisa e geração de informação epidemiológica.

Localizado no município do Rio de Janeiro, o Inca possui cinco unidades: Hospital do Câncer (HC) I – responsável pelo atendimento oncológico de crianças em geral e de adultos nas seguintes especialidades: aparelho digestivo, cabeça e pescoço, tórax, pele, neurocirurgia, urologia e hematologia oncológicas, radioterapia e braquiterapia; HC II – trata câncer ginecológico e do tecido ósseo e conectivo (cirurgia de tumores malignos ósseos e de partes moles); HC III – cuida exclusivamente de doentes com câncer de mama; HC IV – responsável pelos cuidados paliativos dos pacientes encaminhados

das demais unidades do Instituto; e Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) – realiza transplantes dos pacientes do Inca ou encaminhados por especialistas de outras instituições.

O acesso dos pacientes moradores do estado do Rio de Janeiro ao tratamento nas unidades do Inca ocorre por meio de encaminhamento pelo Sistema Estadual de Regulação (SER), enquanto para os moradores de outros estados é feito pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Para o relato da experiência do Inca no processo de desospitalização, é necessário que seja feito, previamente, um relato histórico e contextual da assistência oferecida aos pacientes em Cuidado Paliativo Oncológico (CPO). Nos primeiros anos da década de 1980, ocorreu a mobilização de diversos profissionais de saúde no Rio de Janeiro, que resultou na criação do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais (ProFPTA). O Programa de Oncologia (Pro-Onco) da então Campanha Nacional Contra o Câncer implantou as estratégias do ProFPTA no Hospital de Oncologia, atual Unidade II do Inca (HC II), sendo esse programa o embrião do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) (FIRMINO, 2004).

Em 1988, foi criado o Setor de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) nas unidades HC I e HC II, visando à melhoria da qualidade da assistência oferecida aos pacientes fora de possibilidade de tratamento atual (FPTA), pois a sobrevida desses pacientes pode ser impactada pela oferta de assistência multiprofissional em níveis ambulatorial, hospitalar, domiciliar e por supervisão nos hospitais de apoio. Além disso, essa modalidade de assistência possibilita a liberação dos leitos para o atendimento daqueles que ainda se encontram em condições de se beneficiar com as técnicas especializadas de tratamento do câncer (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) (REZENDE, 2013).

O Inca inaugurou, em 1998, o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, com aquisição de uma área física própria e independente. Em 2003, o CSTO passou a se chamar: Hospital do Câncer IV (HC IV), unidade exclusiva responsável pelo atendimento ativo e integral a pacientes portadores de câncer avançado, sem possibilidades de cura, assistidos na Instituição (REZENDE, 2013). Sua missão: "Promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária" (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014, p. 6) e o como objetivo: estabelecer critérios e práticas para condições necessárias para o controle adequado dos sintomas e da melhoria da qualidade de vida do paciente, sua família e cuidadores.

O HC IV, sendo uma unidade de cuidados paliativos, é responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes com quadro de câncer avançado sem possibilidades atuais de cura, encaminhados exclusivamente de outras unidades do próprio Instituto. Os critérios de admissão na unidade são: ser paciente matriculado no Inca; após término da terapêutica com intenção curativa. Para tanto, conta com estrutura para consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, serviço de pronto atendimento e internação.

Essas modalidades de atendimento do HC IV envolvem: 1) atendimento ambulatorial – está indicado a todos os pacientes que têm condições de comparecer ao hospital. O familiar/cuidador também participa da consulta, recebendo informações, treinamento sobre os cuidados e esclarecendo suas dúvidas; 2) assistência domiciliar – os pacientes com dificuldades de locomoção ou que não têm condições clínicas de comparecer ao ambulatório poderão receber atendimento em suas residências; 3) internação hospitalar – os pacientes que apresentarem intercorrências, agravamento ou dificuldades para o controle de sintomas serão acomodados em enfermarias, na companhia de seus cuidadores, que serão treinados pela equipe de atendimento para ajudar nos novos procedimentos, dispõe de quatro andares de enfermarias (56 leitos) com atendimento da equipe multiprofissional. Em caso de agravamento do estado do paciente, ele deverá ser encaminhado para atendimento de emergência (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A unidade qualifica a desospitalização dos pacientes em cuidado paliativo, por meio de cuidados continuados até o momento do óbito. Entre as ações de desospitalização estão: a promoção de ações orientadoras e educativas com vistas a favorecer o seguimento dos cuidados aos pacientes em seu domicílio, a reunião "Cuide bem do seu paciente" organizada para familiares e cuidadores, em que se ensina como dar banho, carregar para cadeiras de rodas, mudar a posição na cama e preparar a alimentação, em meio a outras atividades. Para tanto, conta com a participação das áreas de enfermagem, fisioterapia e nutrição (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2013).

Como atividade exclusiva do HC IV no Inca, a Assistência Domiciliar (AD) há mais de 20 anos caracteriza-se por um processo de assistência terapêutica, realizado por equipe multidisciplinar no domicílio do paciente, que visa atender as necessidades do paciente e família, relacionadas à evolução da doença neoplásica e fora de possibilidade de cura. Essas equipes são compostas por profissionais de diferentes especialidades, como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e capelães (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ

ALENCAR GOMES DA SILVA, 2018, p. 54); contam também com o apoio e o suporte dos assistentes administrativos, assistentes de farmácia e motoristas.

Os critérios de elegibilidade para a Assistência Domiciliar são os seguintes: ser paciente matriculado no Inca, após término da terapêutica com intenção curativa; estar em situação clínica impeditiva ao atendimento ambulatorial (PS>2 ou KPS<50); portadores de síndrome de imobilidade; portadores de complicações incapacitantes ou restritivas sem condições clínicas de comparecer ao ambulatório. Além disso, o domicílio para atendimento ao paciente deve estar situado até 80 quilômetros de distância do HC IV, deve oferecer acesso livre e fácil da equipe de AD e não estar situado em áreas consideradas de risco e com iminência de conflito urbano relatados pelos órgãos de Segurança Pública.

Conforme Norma Administrativa, os atendimentos domiciliares foram organizados da seguinte forma: a primeira visita pretende ser realizada no prazo de até sete dias após o encaminhamento do paciente para o serviço; as visitas subsequentes pretendem seguir periodicidade semanal, pela equipe multidisciplinar de AD, de acordo com as necessidades do paciente. Os profissionais da AD são distribuídos em equipes com área de atendimento fixa – Norte, Centro/Sul, Oeste, Niterói/São Gonçalo e Baixada Fluminense, com vistas à continuidade dos cuidados e estreitamento do vínculo entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares.

Nos atendimentos realizados ocorrem a dispensação de medicamentos e materiais de empréstimo, como: cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho, que são solicitados pelos profissionais e, quando disponíveis, os familiares resgatam no Hospital. Enquanto os materiais são: aparelho de nebulizador, aparelho de aspiração, patinho, comadre, que, quando disponíveis, podem ser entregues no domicílio pelos profissionais.

As demandas são inúmeras e diversas, tanto no campo assistencial quanto na gestão dos processos de trabalho. Permanecem os desafios que envolvem questões assistenciais, gerenciais, recursos materiais e humanos. Contudo, a Assistência Domiciliar do HC IV do Inca conta com equipe coesa e participativa que se ressignifica, a cada dia, em prol do seguimento de uma assistência de qualidade, em um movimento constante de luta por melhorias, orientada para a continuidade e a integralidade da assistência ao paciente em cuidados paliativos.

Referências

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospital Federal dos Servidores do Estado**. Brasília, DF: MS, 2016a. Disponível em: http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/hfse/. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria HFSE n. 205, de 25 de março de 2019. Comissão de Desospitalização do Hospital Federal dos Servidores do Estado. **Boletim de Serviço do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, ano 34, n. 14, p. 51, 8 abr. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: MS, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: MS, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011. Foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011, que foi revogada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2006. Foi revogada pela PRT GM/MS nº 2.029 de 24.08.2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf. Acesso em: 11 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. 2005. Relatório apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 9 set. 2020.

FIRMINO, F. **Lutas simbólicas das enfermeiras no processo de implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) do Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. 2004. 131 p. Dissertação (Mestrado) – EEAN, UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

FEUERWERKER, l. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt. Acesso em: 11 ago. 2020.

GOMES, L. M. S. **Instrumento de transição do cuidado no pós alta hospitalar**: estratégia para a garantia de cuidados mais seguros. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Divisão de Comunicação Social. **Conheça o Hospital do Câncer IV**. 4. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Comunicação Social. **Cuide bem do seu paciente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Relatório de Gestão Inca 2018**. Rio de Janeiro: Inca, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/relatorio-de-gestao-2018_0.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

MARSIGLIA, R. M. G. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32-43, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2020.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLARIO, P. S. *et al.* Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade do Rio de Janeiro/Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53787/pdf. Acesso em: 9 set. 2020.

REZENDE, M. C. R. Primórdios dos Cuidados Paliativo no INCA. *In:* FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M.; FERREIRA, A. **Tratado de Oncologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 3-5.

VERAS, R. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf. Acesso em: 11 ago. 2020.

2 DESOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXÕES PARA O CUIDADO PAUTADO NA CIDADANIA

Patrícia da Silva Olario
Ernani da Costa Mendes
Alexandre Ernesto da Silva
Rogério Romão José
Marléa Crescêncio Chagas
Katy Cataldo Muniz Domingues

Este capítulo aborda o contexto da desospitalização em cuidados paliativos, pautados no exercício da cidadania, possibilitando a busca por novos modelos de cuidar em diferentes espaços intra e extra-hospitalares, garantindo ao usuário e à família seus direitos e escolhas frente ao avanço de uma patologia crônica e fora de possibilidade de cura, proporcionando, assim, um cuidado não impositivo e sim mais abrangente com a participação de diferentes atores sociais e construção de diferentes saberes na condução da vida ou no processo de qualidade de morte.

2.1 Proposições iniciais e o conceito de desospitalização

Os desafios para organização do processo assistencial e de trabalho, diante da cronicidade das situações existentes em saúde, vêm conduzindo novas discussões por parte de estudos nessa área, que alertam sobre a necessidade de implementação de "novos arranjos tecnológicos no cuidar", como descrita por Feuerwerker e Merhy (2008).

Tais arranjos inovadores nesse processo precisam ser pensados para além do ambiente hospitalar, contemplando, sobretudo, a transição do cuidado para o domicílio. A ênfase é implementar modelos que tornem o usuário e a família protagonistas desse universo, garantindo o entrosamento família/pessoa/equipe, com vistas ao planejamento e tomadas de decisão frente às escolhas fundamentais na gestão do cuidado em prol da qualidade de vida e de morte dos envolvidos nesse contexto (OLARIO, 2019).

Assim, acredita-se que, por meio de interfaces e comunicações que perpassam por todos os níveis de atenção, em consonância com as *Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas* estabelecidas no País, seja possível a construção de ações pautadas na humanização e no cuidado em diferentes espaços (FEUERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2013a; SIMÃO; MIOTO, 2016; SAGA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, é preciso considerar que, para contemplar a singularidade e a multidimensionalidade que permeiam a paliação e a desospitalização, faz-se imprescindível a construção do processo de transição do cuidado de modo dialógico, humanizado, respeitando as necessidades e escolhas possíveis do usuário e família. A condução desse processo, então, requer um projeto sistematizado de educação permanente da equipe envolvida, de modo a repensar a prática fragmentada e hierarquizada que norteia a cultura hospitalocêntrica ao longo dos anos.

Ainda, é preciso considerar o matriciamento de equipes em locais onde estas não sejam capacitadas para atuar com pessoas em condições crônicas de saúde, sobretudo em cuidados paliativos. É preciso repensar criticamente o processo de trabalho da prática cotidiana para possibilitar a construção de novos arranjos na condução do cuidar, com base em outras experiências e expertises e em discussões de necessidades encontradas e as possibilidades de solução (CARDOSO *et al.*, 2013); CECÍLIO, 2011; PEITER *et al.*, 2016).

Pensar no cuidado centrado nas necessidades dos pacientes e suas famílias significa considerar todos os elementos envolvidos na multidimensionalidade do processo de adoecimento, de diagnóstico, tratamento e transição do cuidado em diferentes instâncias. Esses elementos são fundamentais para garantir a livre escolha do usuário do serviço de saúde em relação à maneira, ao local e à condução do cuidado, proporcionando a autonomia e a participação ativa do sujeito, por meio de um suporte necessário, dialogicidade e singularidade que devem permear a condução das ações, como proposto por Peiter *et al.* (2016).

Pensar em desospitalização, em especial no contexto dos cuidados paliativos, significa refletir sobre os apontamentos de Feuerwerker e Merhy (2008), que descrevem tal processo como espaço para o cuidado de modo ético-político, sendo, nesse universo, o usuário, a família e a comunidade partícipes ativos do planejamento e da execução das estratégias e ações a serem desenvolvidas em conjunto com a equipe, potencializando as novas práticas e inovações do cuidar em saúde.

Para os referidos autores, a desospitalização visa à atuação no cuidado aos pacientes em três grandes grupos: processos agudos, processos crônicos e cuidados paliativos. Dessa

maneira, contribuindo com a formulação de estratégias que permitam o desenvolvimento da desospitalização: visando à prevenção de internações desnecessárias; objetivando a implementação de "alta precoce", possibilitando maior rotatividade de leitos hospitalares; buscando a manutenção de períodos prolongados longe da internação hospitalar em pacientes crônicos; prevenindo sucessivas reinternações; e em cuidados paliativos (CP) por meio do trabalho em equipe, visando ao controle sintomático, à qualidade de vida e ao preparo para morte.

Nesse sentido, considerando que um dos campos para a implementação do processo de desospitalização é o de CP, cabe ressaltar a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1990 atualizada em 2002:

> Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 83, tradução nossa).

Embasados nesse conceito, enfoque-se que desospitalizar pessoas em CP significa considerar a complexidade dessa abordagem e as diferentes dimensões que a constituem, sobretudo na garantia de um cuidado continuado centrado na pessoa e na família, por meio de atendimento multiprofissional e que respeite a singularidade do usuário (BRASIL, 2013a; OLARIO, 2019).

2.2 As doenças crônicas e os cuidados paliativos: adoção da desospitalização como estratégia na continuidade de cuidado

Segundo o mapeamento de níveis de desenvolvimento de cuidados paliativos, categorizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014a), o Brasil enquadra-se no grupo dos países de prestação de cuidados paliativos isolados, caracterizados por: desenvolvimento do ativismo de cuidados paliativos desigual no escopo e não suportado; fonte de financiamento muitas das vezes insuficiente; disponibilidade limitada de morfina; e, número muito escasso de serviços que ofereçam cuidados paliativos adequados à demanda da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

O modelo desenvolvido pela OMS ressalta a política, a educação, a disponibilidade de medicação e a implementação, como os quatro pilares capazes de superar as inúmeras barreiras existentes, em especial nos países em desenvolvimento, na efetividade em integrar os cuidados paliativos à sociedade.

Expressivo número de profissionais de saúde em todo o mundo não acessou a temática "cuidados paliativos" em sua formação acadêmica, o que insta ajustes nas políticas educacionais em saúde, em consonância com os dados apontados pelo crescente aumento de demanda de atendimento dessa população em unidades de saúde inter ou extra-hospitalares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b).

A reflexão acerca da paliação engloba a problemática da gestão do cuidado em saúde nas situações de cronicidade, consideradas como uma das prioridades no contexto internacional, ocupando agenda prioritária nas discussões da Organização Mundial da Saúde que dá os subsídios para o direcionamento de ações nos diferentes países.

As doenças crônicas representam 72% das causas de morte, sendo responsáveis por 60% dos ônus das patologias no mundo, tendo estimativa para o ano de 2020 de 80% das doenças nos países em desenvolvimento, sendo apontadas como as principais causas de internações prolongadas (BRASIL, 2013d, p. 5). Ainda, sobre essas doenças:

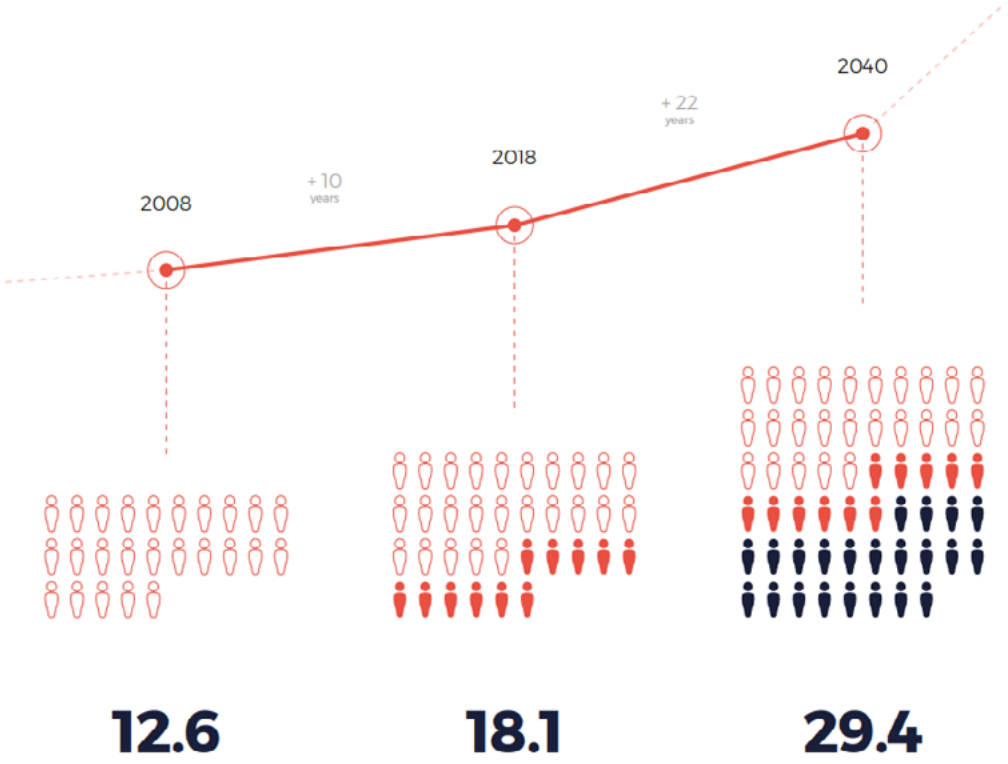
> [...] compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Os documentos produzidos pelo *World Cancer Report 2020* da *Internacional Agency for Research on cancer* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) e pela OMS têm destacado o impacto do câncer sobre a população mundial, sobretudo em países em desenvolvimento, sendo considerada uma das doenças crônicas com maior impacto social, podendo ter o seu aumento estimado em 81%, caso novas estratégias para controle do câncer não sejam implementadas. Descreve, ainda, estimativa de que uma a cada seis pessoas terá câncer até o ano de 2040, sendo fundamental a implementação de estratégias para prevenção, visando à redução de pessoas em fim de vida em virtude de precariedade de acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à adoção de abordagem paliativa o mais precoce possível, e não apenas na condução de processos de finitude restrito às unidades hospitalares. Em consonância com os dados nacionais, a OMS (2020) apresenta projeção de 29,4 milhões de novos casos oncológicos para o ano de 2040, sendo o gerenciamento dos cuidados paliativos apontados como o mais complexo, devendo contar com time multidisciplinar que proporcione intervenções centradas no paciente e sucesso na terapêutica utilizada e controle de sintomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Cabe ressaltar que, em se tratando de cuidados paliativos, devem-se considerar diversas patologias, não apenas o câncer, mas toda e qualquer doença ameaçadora da vida, tais como: Alzheimer, Parkinson, esclerose lateral amiotrófica (ELA), sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), síndromes neurológicas diversas, vírus da imunodeficiência humana (HIV), cardiopatias, Covid-19 e outras. Acredita-se que cada dia mais esse grupo vem crescendo, em especial nos países em desenvolvimento, por ausência de políticas e estratégias efetivas que possibilitem modificações expressivas no número de casos novos e mortes por ausência de tratamento efetivo ou itinerário terapêutico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, a crescente demanda oriunda das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em virtude da transição demográfica, em especial o avanço do câncer no País, com estimativa de 625 mil novos casos para o ano de 2020, remete-nos à ampliação de discussões, intervenções e inovações que modifiquem o cenário atual, proporcionando garantia de cuidado integrado e humanizado para essa população (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019, p. 25).

Figura 3 – Estimativa do avanço da patologia oncológica 2008-2040



Fonte: World Health Organization (2020).

Tomando por base a definição apontada pela OMS, os cuidados paliativos necessitam de abordagem especializada, voltada para pessoas com doenças graves, progressivas e/ou avançadas, que ameacem a continuidade da vida, independentemente da idade ou diagnóstico, devendo, na condução desse cuidado, abordar: o controle e alívio da dor; a morte como processo natural, que não deve ser antecipado ou atrasado; aspectos psicológicos e espirituais; qualidade de vida e manutenção de atividades até a morte; promovendo o apoio da família no transcurso da doença e no processo de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Tais diretrizes têm como base os preceitos elaborados por Cicely Saunders (2001), precursora no delineamento de ações em cuidados paliativos, que, em sua produção científica, ressalta a atenção nessa especificidade de cuidado. Este deve englobar o alívio da Dor Total, definida como a combinação de dores físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Esses preceitos são reforçados pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017).

A *European Association for Palliative Care* (2009) destaca o caráter fundamental da abordagem interdisciplinar e multiprofissional com vistas à redução de sofrimentos e danos, com destaque para a Dor Total, por meio da organização dos cuidados à pessoa e sua família, da redução dos índices de atendimento tardio em virtude do itinerário terapêutico para atendimento qualificado, que impactam no expressivo número de pessoas que têm sido diagnosticadas fora de possibilidade de cura e em cuidados paliativos, conforme previsto pelas diferentes organizações nacionais e internacionais (BRASIL, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2009).

Essas questões, somadas ao envelhecimento populacional do Brasil, demandam estratégias para o desenvolvimento dos cuidados paliativos extremamente necessárias e que devem ser elaboradas a partir de ações propostas pela OMS (2020), quais sejam:

- Prevenção e controle de patologias crônicas.
- Abordagem paliativa precoce.
- Intervenções clínicas de suporte diagnóstico, ambulatorial e de tratamentos específicos que exijam adoção de práticas de hospital-dia.
- Atuação multidisciplinar.
- Controle de sintomas e de tratamento por meio da utilização de cirurgias e terapêuticas elegíveis para a melhoria da qualidade de vida.

- Diagnóstico situacional da situação de paliação local e nacional.
- Promoção de serviços integrados e multissetoriais.
- Planejamento e elaboração de estratégias a curto, médio e longo prazo.
- Adoção de medidas de desospitalização, tais como *hospices* e atendimentos em domicílio.
- *Follow-up* de sobreviventes.
- Cuidados em fim de vida com abordagem ao luto.
- Políticas, legislações, regulamentações e programas que embasam ações e formulações de estratégias.

Milhões de pacientes ao redor do mundo experimentam sofrimento desnecessário e morrem sem acesso aos cuidados paliativos em virtude da precariedade de adoção das medidas apontadas e da dificuldade em reconhecer a possibilidade do cuidar em universos para além da unidade hospitalar de maneira qualificada e integrada, possibilitando, desse modo, qualidade de vida e de morte centrada nas escolhas do doente, com participação ativa da família e da comunidade, construindo coletivamente estratégias que aparem as lacunas na condução dessas práticas.

Ao se refletir acerca da desospitalização nesse contexto descrito, é notável que as ações de estímulo, bem como a participação da família e da equipe, são fundamentais na elaboração e no gerenciamento de propostas para a continuidade de assistência em espaços extra-hospitalares.

Assim, pode-se dizer que desospitalizar vai além da simples retirada da pessoa do hospital. Esse processo envolve atitude contínua e solidária, construída coletivamente, considerando os aspectos técnico-científicos profissionais e as necessidades do usuário e da família (OLARIO, 2019). Busca, ainda, garantir os direitos dos usuários do SUS, com destaque para aqueles que apresentam doença avançada e necessitam de suporte de uma equipe especializada em diversos espaços das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A desospitalização, definida como um dos mecanismos para a transferência do cuidado a partir da alta hospitalar responsável, está compreendida dentro dos eixos estruturantes Assistência e Gestão Hospitalar, previstos na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). As ações de desospitalização estão fundamentadas, ainda, pelas diversas legislações existentes, que orientam a construção das redes de atenção e de cuidado em saúde (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c).

Porém, mesmo que a desospitalização seja mencionada em diferentes políticas públicas, inclusive na portaria que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e que atualiza as equipes habilitadas para tal finalidade, evidências científicas apontam que ainda há indefinição e precariedade na implementação de medidas que favoreçam a transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, em especial nos casos de pessoas que necessitam de cuidados paliativos proporcionais ou exclusivos (BRASIL 2016; OLARIO, 2019).

2.3 Aspectos éticos de direito ao acesso e garantia de cuidados paliativos

De acordo com a OMS (2020), as doenças crônicas ameaçadoras da vida devem ter os cuidados paliativos implementados o mais precocemente possível, possibilitando, de tal modo, um atendimento especializado, fundamentado em princípios éticos, sociopolíticos, humanitários e médicos, que visem oferecer gestão do sofrimento dos pacientes que enfrentam jornada de lutas impostas por doenças fora de possibilidade de cura, com a preocupação de acompanhamento durante toda essa jornada, independentemente do desfecho da doença (MENDES, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Pressupõem atendimento especializado, fundamentado em princípios éticos, sociopolíticos, humanitários e médicos, que visem oferecer gestão do sofrimento dos pacientes que enfrentam jornada de lutas impostas por doenças fora de possibilidade de cura, com a preocupação de acompanhamento durante toda essa jornada, independentemente do desfecho da doença (MENDES, 2019).

As ações de desospitalização em cuidados paliativos estão presentes no conjunto das legislações e das normas, no sistema de saúde, e são previstas como condição de cidadania. O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe que "todo ser humano tem direito a [...] cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis" sendo essa, portanto, uma questão de direitos humanos e de justiça social (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Os princípios doutrinários do SUS, equidade e integralidade, norteiam a desospitalização em cuidados paliativos, com respeito à defesa ao direito fundamental de acesso à saúde e garantia da continuidade do cuidado.

Entender desospitalização como direito do ser humano é zelar pela cidadania e, consequentemente, por justiça, a partir da compreensão de justiça social como construção moral e política baseada na igualdade dos direitos e na solidariedade coletiva, o que deve ir ao encontro das políticas que norteiam a saúde no País e os apontamentos internacionais amparados nas formulações da OMS.

Assim, atrelar direito e justiça social significa, em termos de desenvolvimento, prover o cruzamento entre o pilar econômico e o pilar social. A justiça social corresponde à justiça distributiva, aplicando-se aos desiguais, ou seja, atendendo desigualmente os desiguais, dentro do princípio da equidade, no qual é priorizado a gravidade do caso, as questões sociais e regionais do cidadão que acessa o sistema de saúde. Logo, a qualidade de vida deve alcançar a democracia, a igualdade, o respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, na perspectiva do cidadão em manter garantida a cidadania plena até seu adoecimento e consequente morte (FRASER, 2007; MENDES, 2017).

Com relação aos aspectos éticos e de humanização que permeiam os espaços voltados para o processo de finitude de vida, cita-se o estudo realizado pela consultoria britânica *Economist Intelligence Unit* (EIU), que avaliou os CP disponibilizados aos pacientes ditos "terminais" em 80 países. Segundo essa avaliação, o Brasil encontra-se na 42ª posição, que é reflexo de ações desarticuladas, ineficientes ou quase inexistentes, para as necessidades de cuidados paliativos no SUS (THE ECONOMIST; INTELLIGENCE UNIT, 2015).

A desarticulação para CP é, por sua vez, fruto da precariedade da garantia dos direitos e exercício da cidadania, ocasionando ampliação para os usuários e familiares da carga de sofrimento, sem o respeito à dignidade humana. O estudo também analisou a qualidade de hospitais, a quantidade de profissionais dedicados ao trabalho em CP e sua qualificação, sendo observado que, no Brasil, uma das principais deficiências encontra-se na formação acadêmica incipiente (MENDES, 2017).

As lacunas existentes no entendimento sobre a teoria e prática dos CP, bem como a falta de expertise dos profissionais para a atuação nesse contexto de cuidado de saúde, por vezes, somam-se ao total desconhecimento e resistência dos usuários e suas famílias acerca do manejo e das diretrizes apontadas para a condução de casos em paliação.

A resistência de familiares e da própria equipe, que emergem no início do processo de desospitalização e na condução de ações que visem amenizar e aproximar as pessoas em relação à abordagem paliativa, deve ser abordada a partir de uma assistência pautada na Política de Humanização, que preconiza, entre outras coisas, o atendimento eficaz e respeitoso aos cidadãos, principalmente em se tratando de pessoas fragilizadas e vulneráveis, impregnadas de incertezas, que surgem no diagnóstico inicial e que, quando não conduzidas adequadamente, afloram no momento da transição do cuidado hospitalar para o domiciliar.

2.4 Possibilidades e limites para operacionalização da desospitalização em cuidados paliativos no Brasil

Estruturar o eixo da desospitalização em consonância com uma política e estabelecer pontes com os CP é desenvolver ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS, sobretudo aos usuários mais necessitados em áreas de precariedade de atendimento e vulnerabilidade social.

Assim, essa estrutura precisa ter como foco a qualidade e a manutenção do atendimento, utilizando o suporte da comunidade local, desenvolvendo ideias a partir do levantamento da situação local e potencializando ações de cuidados integrados, para o controle e o tratamento das complicações oriundas das doenças que necessitam das abordagens em paliação em diferentes espaços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Desse modo, acredita-se ser possível implementar ações de desospitalização para esse público, por meio da adoção de uma metodologia que perpassa os apontamentos políticos que visam à manutenção da horizontalidade do cuidado, assim como a sua continuidade em diferentes cenários extra-hospitalares, proporcionando suporte necessário garantido pelas políticas vigentes e pelas micropolíticas locais apresentadas pela comunidade.

As bases da desospitalização em CP precisam estar calcadas nos benefícios oferecidos à população atendida nas regiões de saúde, em seus territórios, garantindo os princípios da universalidade previstos pelo SUS e, consequentemente, melhor atendimento de suas necessidades de forma eficaz e integrada com a Rede de Atenção à Saúde.

Desospitalizar significa utilizar uma tecnologia voltada para o processo de trabalho, de modo a trazer benefícios para a gestão do cuidado, da família e da equipe. Quando vinculado à prática de paliar, por meio da condução de ações por equipes de profissionais treinadas para essa modalidade de atenção, facilita a integração e abre possibilidades que favorecem escolhas, conduções e centralidade no usuário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Nesse sentido, ao articularmos paliação e desospitalização, pensa-se na estruturação hierárquica preconizada pelo SUS, principalmente no que concerne o nível de atenção de baixa e média complexidade, sendo desenvolvida por meio de uma metodologia que proporcione a criação de fluxo, a pactuação de atividades de modo que sejam executadas em articulação intersetorial com diferentes instâncias de saúde, respeitando o âmbito nacional e local.

Espera-se, assim, que os fluxos criados e pactuados entre as instâncias de saúde possam ampliar a capacitação da rede a partir das deficiências identificadas pela equipe e comunidade local, bem como fornecer conhecimentos e estratégias amparadas em diversos saberes, favorecendo a práticas qualificadas dos profissionais amparadas em dados científicos e experiências dos trabalhadores.

O desenvolvimento de redes interinstitucionais de cuidados, voltados em especial para a paliação e a desospitalização, possibilita a atuação em diversas instâncias prestadoras de atenção à saúde, entre elas: acadêmicas, universitárias, associativas ou assistenciais, na expectativa de formação de uma rede sistêmica em CP que venha oferecer subsídios para a implementação de atendimento, descritos pela OMS em três diferentes níveis de atenção à saúde: o primário, o secundário e o terciário, contemplando as áreas hospitalares, ambulatoriais e também domiciliares.

Desse modo, por meio dessa rede capilarizada intersetorialmente, pretende-se compartilhar todos os conhecimentos e as experiências acumuladas pelas equipes, no intuito de promover uma área de conhecimento sólida nessa temática, favorecendo à adequação dentro dos diferentes cenários de cuidados.

As diferentes experiências positivas em desospitalização e paliação, tais como: Inca, Rede Hospitalar Conceição e Hospital Federal Cardoso Fontes, que iniciaram suas atividades de modo incipiente, e, atualmente, após a estruturação e a aquisição de saberes com capacitações nacionais e internacionais, vem colaborando com o estímulo para a criação de novas iniciativas que possam amparar a equipe multiprofissional atuante nos diferentes níveis das Redes de Atenção à Saúde, com interesse em paliação e desospitalização, tanto no campo político quanto no campo da formação.

Nesse sentido, as discussões, as reflexões e as parcerias construídas a partir das experiências e das necessidades vivenciadas, tanto no campo da paliação quanto na desospitalização, culminaram na inserção em um campo político, que teve, no Rio de janeiro, em 1° julho de 2019, a aprovação da Lei Estadual n. 8.425 que criou o Programa de Cuidados Paliativos no âmbito da saúde pública, sendo essa uma base legal que prevê o caráter assistencial interdisciplinar, garantindo ao usuário e à família um atendimento sem sofrimento, pautado nos princípios da paliação preconizados pela OMS, o que representa um avanço e uma conquista quando prioriza a modalidade de Assistência Domiciliar como eixo estruturante desta política e da construção de uma futura Rede de Atenção em CP.

No campo da formação, no ano de 2019, teve início a primeira Especialização Pública do Brasil de Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária à Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre os CP na Atenção Primária à Saúde para subsidiar as ações técnicas e assistenciais nos territórios.

A aprovação dessa especialização, dada a sua importância no cenário da educação em CP, conversa bastante com o entendimento da OMS em relação às barreiras que devem ser superadas para atender às necessidades em CP: no campo das políticas públicas e da educação em cuidados paliativos a maioria dos estados nacionais não instituíram política de cuidados paliativos e política educacional para os profissionais de saúde; na dispensação de analgésicos opioides não temos o cumprimento das convenções internacionais sobre o acesso a esses medicamentos, que na maior parte do mundo é considerado inadequado, muitas vezes devido a preocupações relativas ao uso ilícito e ao tráfico de drogas.

Acredita-se que essa iniciativa possa ser um dos pilares, conjuntamente com as experiências exitosas nesse segmento, na modificação do cenário apontado pela OMS, como barreira na formação, sendo a primeira especialização gratuita no cenário nacional, possibilitando, desse modo, o início de uma nova cultura em CP em solo brasileiro, representando um protagonismo imensurável para a efetivação da paliação em nosso País.

Para tanto, considera-se de fundamental importância à estruturação dos CP na política de Desospitalização (PNHOSP). A articulação dos níveis de complexidade das Redes de Atenção à Saúde é necessária, assim como a formação profissional e o desenvolvimento de uma cultura em CP na realidade brasileira.

Nessa formação, deve-se enfocar no objetivo final da atenção aos pacientes desospitalizados, sobretudo em cuidados paliativos, que é melhorar substancialmente o processo assistencial, de modo a possibilitar uma finitude da vida digna, além de garantia de acesso às instituições de retaguarda, situação essa que possibilita alívio de sofrimento tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Só assim será respeitado o direito do ser humano usufruir de sua condição de autônomo.

A OMS, em 2014, recomendou a todos os países que desenvolvam e fortaleçam políticas de cuidados paliativos para apoiar seu engajamento e fortalecimento junto às Rede de Atenção à Saúde, buscando, assim, preservar a dignidade das pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Atendendo a tais recomendações, o Ministério da Saúde publicou a resolução que "Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 2018). Essa resolução aponta que os cuidados paliativos devem ser ofertados em qualquer ponto das Redes de Atenção à Saúde, notadamente na Atenção Primária, Atenção Domiciliar, Atenção Ambulatorial, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

Assim, entre as possíveis modalidades que possibilitam a continuidade da assistência no domicílio destacam-se os Serviços de Atenção Domiciliar e os hospices, sendo essas ferramentas de cuidado que favorecem de maneira significativa a dignidade da pessoa que dele necessita e de seus familiares, pois permite a continuidade de suas relações sociais cotidianas (SILVA *et al.,* 2015).

A Atenção Domiciliar (AD) integra um conjunto de ações de saúde prestadas em domicílio (prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde) organizado como Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), buscando garantir a continuidade de cuidados e ações articuladas às demais unidades e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

Para garantir a continuidade da assistência e propor operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar, o Ministério da Saúde instituiu a portaria redefinindo a AD no âmbito do SUS e atualizando as equipes habilitadas. Em seu artigo 9º, considera elegível para a modalidade AD o usuário que apresente necessidade de cuidados paliativos, tendo indicação deste serviço, e que, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, tenha acompanhamento clínico, no mínimo semanal, para controlar a dor e o sofrimento (BRASIL, 2016).

O desafio de cuidar de pessoas com doenças avançadas no ambiente domiciliar, onde planejar e executar o gerenciamento dos cuidados de modo a assegurar a continuidade do tratamento com todas suas interfaces, a cada dia se torna uma realidade. A necessidade urgente de uma abordagem de cuidado, que viabilize a assistência integral abrangendo os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais, tem sido cada vez mais priorizada em todas as esferas de oferta de cuidados em nosso país (FREITAG; BADKE, 2019).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33-38, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 101, p. 30, 28 maio 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, DF: MS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: MS, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: MS, 2013d. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

CARDOSO, D. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 22, n. 4, dez. 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos**: biênio 2017-2018. Portugal: CNCP, 2017.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. EACP recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Care**, [*s. l.*], v. 23, n. 7, p. 581-593, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 3, n. 24, p. 180-188, 2008.

FRASER, N. Reconhecimento sem ética? **Lua Nova**, São Paulo, v. 70, p. 101-138, 2007.

FREITAG, V. L.; BADKE, M. R. (org.). **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: o (re)conhecimento de técnicas milenares no cuidado à saúde contemporânea. Curitiba: Nova Práxis Editorial, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

MENDES, E. C. **Cuidados paliativos e câncer**: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 2017. 266 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MENDES, E. C. **Sobre contar e fazer um pouco de história!** 27 nov. 2019. Coluna Opinião. Disponível em: https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_025057d9fb074071b56d597f6cfb5522.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

PEITER, C. C. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada em dados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série 4, n. 11, p. 61-69, out./dez. 2016.

SAGA, Y. *et al.* Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. **Chinese Clinical Oncology**, Hong Kong, v. 7, n. 3, p. 32, June 2018.

SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 94, n. 9, p. 430-432, Sept. 2001.

SILVA, M. M. *et al.* Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, jul./set. 2015.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

THE ECONOMIST; INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world**. [*S. l.*]: Economist Intelligence Unit study, 2015. Disponível em: https://www.virtualhospice.ca/Assets/2015%20Quality%20of%20Death%20Index_20151013163458.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **World cancer report 2014**. Lyon: WHO, 2014a. Disponível em: https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014. Acesso em: 13 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **World cancer report**: cancer research for cancer prevention. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: https://publications.iarc.fr/586. Acesso em: 13 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee. **Cancer pain relief and palliative care**. Genebra: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. How many people at the end of life are in need of palliative care worldwide? *In:* WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the end of life**. Londres: WPCA, 2014b. p. 10-26. Disponível em: http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en. Acesso em: 15 jun. 2020.

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NORTEANDO A DESOSPITALIZAÇÃO

Antonio da Silva Ribeiro
Aydée Valério
Claudia Mendes de Araújo
Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos
Luciana de Almeida Marques Oliveira
Verônica Pinheiro Simões

Este capítulo versa sobre as articulações nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), suas implicações para a implementação do processo de desospitalização fundamentados pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas nuances no contexto de transição para outras estações de cuidado após a alta hospitalar, em especial a atenção domiciliar, visando à continuidade do cuidado.

3.1 Princípios do direito à saúde

O direito à saúde está na Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, *a saúde*, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1988). Os artigos 196 a 200 da CF demarcam a importância do tema e a adoção do conceito ampliado de saúde, colocando como dever do Estado o acesso da população aos seus serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. As Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080/1990 e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, consolidam o SUS, atribuem-lhe a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil e dispõem sobre suas atribuições, funcionamento, transferências intergovernamentais de recursos e sobre a participação da comunidade na sua gestão (BRASIL, 1990).

Dos princípios que amparam o SUS destacam-se os da universalidade de acesso, equidade e integralidade de assistência. O princípio da universalidade de acesso abrange a cobertura, acesso ao atendimento e às ações e serviços de saúde do SUS e exprime a

ideia de obrigatoriedade na prestação de atendimento a todas as pessoas em território nacional, o que antes era restrito aos indivíduos segurados da previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada (CUNHA, J.; CUNHA, R., 1998).

O princípio da equidade é um desdobramento da ideia de igualdade na assistência à saúde, considera as diferenças e as desigualdades entre os diversos grupos de indivíduos e, assim, privilegia as necessidades distintas desses, ou seja, deve investir mais onde as vulnerabilidades são maiores, a partir de uma característica redistributiva. Por meio desse princípio, objetiva-se a redução das desigualdades, com base na necessidade apresentada por indivíduo (CUNHA, J.; CUNHA, R., 1998).

O terceiro princípio, a integralidade da assistência, é entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1990). Esse princípio também pode ser considerado categoria genérica, capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo relacionada às pessoas, como autonomia (PAIM; SILVA, 2010).

O conceito de integralidade traduz-se na micropolítica, por meio das práticas de saúde, e na macropolítica, por estar relacionada à garantia do direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (FRACOLLI *et al.*, 2010). Além disso, a integralidade pode ser entendida como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (PAIM; SILVA, 2010).

Destacam-se, também, princípios organizativos como a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, dispostas em níveis de complexidade tecnológica crescente, planejadas para construção de uma rede de cuidados, construídas numa área geográfica delimitada e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Implica na capacidade dos serviços em oferecer, a uma determinada população, modalidades de assistência à saúde de forma articulada, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolubilidade dos problemas e das necessidades de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a integralidade, a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde são pilares que amparam os modelos de atenção à saúde do SUS, composto por um sistema integrado em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são formadas pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável pela oferta de serviços e também por

como esses se relacionam, assegurando, dessa forma, que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada da comunicação entre as redes de atenção, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A discussão sobre RAS não ocorreu apenas no Brasil. A primeira proposta de um modelo de Rede de Atenção à Saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson, na Inglaterra, em 1920, que propunha definição de bases territoriais e populações-alvo, ou seja, regiões de saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2011). Surgiu a partir da necessidade de uma resposta às demandas de saúde apresentadas pela população em diferentes países, devido a mudanças ocasionadas pelas alterações das configurações demográficas e do perfil epidemiológico das populações (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Mendes (2011) amplia o conceito de Redes de Atenção à Saúde considerando a articulação de diferentes áreas como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação. Aponta a atenção primária como coordenadora das RAS, e que estas devem se estruturar da seguinte forma:

> [...] como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

A integralidade do cuidado, amparada por uma rede de organizações que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais aos usuários, é a base da desospitalização, uma vez que pressupõe a articulação e a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, visando à assistência de qualidade e centrada no paciente.

A desospitalização é um dos eixos centrais da atenção domiciliar, permite a desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, contribuindo para a reinserção dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Para Olario (2019), desospitalizar está para além da retirada da pessoa do hospital, sendo um processo contínuo e solidário, construído coletivamente, considerando os aspectos técnico-científicos profissionais e as necessidades do usuário e da família.

As ações de desospitalização norteadas pelo princípio da integralidade precisam considerar as mudanças epidemiológicas e demográficas em nosso país. O Brasil vivencia um processo acelerado de envelhecimento populacional, associado à queda da fecundidade e ao aumento da expectativa de vida (MENDES, 2011). Estudos apontam

o aumento significativo de pessoas idosas e com grau de dependência por tempo cada vez mais prolongado, fruto dos avanços da biomedicina e da redução das taxas de mortalidade (ROCHA, 2016).

Tal fato desvela-se em maior número de pessoas com doenças crônicas e, consequentemente, maior sobrecarga do sistema de saúde e necessidade de estratégias para a melhoria da qualidade e da garantia de segurança no cuidado à saúde (MENDES, 2011).

3.2 As doenças crônicas no contexto da saúde no Brasil e a articulação em rede como dispositivo da desospitalização

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em sua maioria, levam a pessoa adoecida a um declínio funcional associado à incapacidade progressiva, o que requer ponderar a importância do desenvolvimento e planejamento de ações em todos os níveis de atenção, produzindo um grande desafio para os serviços de saúde (GOUVEIA, 2019).

As principais DCNT são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, responsáveis por 60% das mortes em todo mundo, e 72% das causas de mortes no Brasil. Atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, sendo mais prevalentes em grupos populacionais com baixa escolaridade e renda e, em muitas situações, favorecem a incapacidade e a redução da força de trabalho, aumentam a desigualdade e o adoecimento em grupos vulneráveis (MALTA, 2019). Nesse contexto, o sistema de saúde necessita dar conta, simultaneamente, das doenças agudas, de curta duração, e crônicas, caracterizadas pela longa permanência do paciente no sistema.

Sob perspectiva epidemiológica, em países desenvolvidos, ocorreu uma transição conhecida como "clássica", em que o predomínio das doenças agudas foi suplantado pelas crônicas. Em contraste, no Brasil, as doenças e afecções agudas e crônicas ainda caminham lado a lado (MENDES, 2011). Segundo Ouverney e Noronha (2013), as mudanças de frequência, distribuição e determinantes de saúde, observadas nas últimas décadas no perfil sociodemográfico, impõem profunda reavaliação das propostas de organização e do desenho de modelos assistenciais. Em algumas regiões e grupos sociais, o perfil epidemiológico brasileiro guarda semelhanças com aquele observado nos países mais desenvolvidos. Contudo, em um país de dimensões continentais, as desigualdades regionais e sociais obrigam a organização da atenção à saúde diferenciada para fazer frente a esse desafio (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

As políticas públicas de saúde, portanto, são vistas como componente fundamental para a introdução das mudanças que devem ser implementadas de acordo com o perfil demográfico, nosológico, socioeconômico e dos sistemas de cuidados de saúde.

Para suplantar a fragmentação da atenção à saúde, que ocorre em função das desigualdades comentadas, e visando melhorar o desempenho do sistema de saúde com o aprimoramento do SUS, em 2010, foram estabelecidas as diretrizes para a organização das RAS, definidas como: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010), a partir das discussões da área técnica e do grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite.

As RAS são uma proposta de organização avançada do sistema de saúde, para propiciar uma assistência integral, sendo consideradas como o caminho possível para alcance do princípio constitucional da integralidade, dirimindo as possibilidades de fragmentação e ineficiência dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel nas RAS, é a coordenadora da assistência, possui atributos que a qualificam para prestação de cuidados, desde a entrada do indivíduo no sistema de saúde para início do tratamento até a sua conclusão (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Quando articulada com a desospitalização e em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS propicia a continuidade do cuidado de modo integrado com os diferentes pontos de atenção, seja de forma vertical, entre a APS e os demais níveis do sistema, ou horizontalmente, com a articulação entre a própria equipe da APS, os serviços de saúde e os equipamentos sociais (RODRIGUES, 2014).

Assim, a desospitalização emerge como mecanismo que deve ser aplicado em especial nos processos de cronicidade e patologias debilitantes, pensado sob a ótica da humanização e da continuidade da assistência nas RAS. O entendimento sobre desospitalização amplia-se para além de uma saída exclusivamente resolutiva da superlotação dos hospitais; não é utilizada apenas como forma passageira de readaptar os usuários em outros espaços extra-hospitalares (SILVA; SOUZA; LIMA, 2015), mas sim como estratégia para transição entre pontos de atenção e continuidade na linha de cuidados.

Os cuidados domiciliares, apontados como mecanismo de desospitalização pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), são realizados por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social e outros profissionais, tais como: fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, que poderão também compor as equipes a fim de garantir a continuidade do atendimento (BRASIL, 2013).

Outros mecanismos de desospitalização pautados na integralidade e na articulação em rede de atenção são: as ações prestadas por equipes de saúde em ambulatório antes da internação, que objetivam identificar situações que possam prolongar a permanência na internação do paciente e construir previamente uma rede de apoio necessária à continuidade do cuidado do usuário; os ambulatórios especializados de atenção à pessoa idosa no pós-alta para acompanhamento de paciente em sua recuperação e transição até reinserção na Rede de Atenção à Saúde; processos de educação em saúde voltados aos pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde; e estabelecimento de planos terapêuticos construídos por equipe multidisciplinar que visem atender aos problemas biopsicossociais de pacientes.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

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] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: MS, 2004.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. *In:* CAMPOS, F. E. de; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. de. **Cadernos de Saúde**: planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 11-26.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

GOUVEA, M. P. G. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. e190085, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 ago. 2020.

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. *In:* GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 121-151.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 22, p. e190030, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720190030. Acesso em: 1° ago. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, M. A. de C. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. especial, p. 158-164, set. 2013.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In:* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. *E-book*. p. 143-182. v. 3.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 ago. 2020.

ROCHA, L. T. **"Hospital não, pelo amor!"**: etnografando processos de Desospitalização. 2016. 265 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

RODRIGUES, L. B. B. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lang=pt#aff1. Acesso em: 13 ago. 2020.

SILVA, D. L. da; SOUZA, J. L. B. de; LIMA, I. de S. Desospitalização – Esse é o Caminho? Pesquisa Realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, *[s. l.]*, ano 2, v. 1, p. 474-500, jul. 2017.

4 A DESOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS E COMPLEXAS EM SAÚDE

Almiro Domiciano da Cruz Filho
Christine Pereira Gonçalves
Daniele Santos da Conceição
José Luiz de Carvalho
Lívia Almeida de Menezes
Mariana Setúbal Nassar de Carvalho

4.1 Contextualização

Quem frequenta o ambiente da internação hospitalar se depara com um cenário bem diferente do que vinha ocorrendo nas últimas décadas, quando as doenças infectocontagiosas e a desnutrição proteico-calórica eram a regra. No presente, um grupo muito pequeno de crianças, que será descrito a seguir, é responsável por uma parcela significativa das internações hospitalares e dos gastos em saúde. Tal mudança do perfil clínico epidemiológico na saúde infantil traz consigo implicações para o seu cuidado em diversas dimensões – assistência, gerência, educação/formação profissional e científica –, que reverberam em todos os pontos de atenção à saúde (CARVALHO *et al.*, 2019). Cabe ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) destacar aquelas pertinentes às questões sobre a desospitalização desse segmento.

4.2 Mas afinal de quem estamos falando?

A transição clínico-epidemiológica faz-se presente em todos os ciclos da vida. E as condições crônicas ganharam destaque no cenário pediátrico como consequência da sinergia entre os avanços socioeconômico-sanitários e as conquistas técnico-científicas das últimas décadas. E crianças, que antes morriam nos primeiros dias ou meses de vida, hoje têm a melhor oportunidade de sobrevivência já vista (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

É evidente que não se pretende, com essa discussão, desconsiderar a complexa agenda de saúde pública infantil, na qual a pobreza, algumas doenças infecciosas e os agravos à saúde perinatal, infelizmente, ainda ocupam espaço de destaque e, por consequência, boa parte das ações de planejamento e de organização dos serviços de saúde. Entretanto, cabe o destaque da forte presença das anomalias congênitas que, em 1990, ocupavam a quinta posição e passaram a figurar como a segunda causa de morte em menores de 5 anos no Brasil em 2015. E em alguns estados, o primeiro posto entre as causas de morte infantil (FRANÇA *et al.*, 2017).

Diversos autores no mundo dedicam-se à pesquisa e à melhoria do cuidado dessa população. Uma das definições adotadas mais importantes na temática é a de Feudtner *et al.* (2001), que considera as crianças com condições crônicas complexas (CCC) de saúde um subgrupo daquelas que possuem condições crônicas de saúde e possuem as seguintes características comuns:

1. Presença de qualquer doença, cuja duração mínima esperada seja de 12 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior) e envolvimento de mais de um órgão ou sistema, ou apenas um órgão de forma severa, necessitando acompanhamento especializado e, provavelmente, um período de internação em hospital terciário.

Atualmente, a literatura considera a presença de 12 categorias de CCCs, baseada na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Dez categorias estão relacionadas aos órgãos e/ou sistemas acometidos prioritariamente. São elas: as condições neurológicas e/ou neuromusculares; respiratórias; cardiovasculares; renais e/ou urológicas; gastrointestinais; hematológicas e/ou imunológicas; metabólicas; relacionadas a anomalias congênitas ou defeitos genéticos; de malignidade e relacionadas à prematuridade e ao período neonatal. As outras duas categorias (dependência tecnológica e órgãos ou tecidos transplantados) podem ser classificadas também como subcategorias dos grandes órgãos e/ou sistemas afetados concomitantemente.

É possível que, ao adotar tais conceitos, se chegue a interpretações restritivas sobre as necessidades de saúde dessa população, de forma que alguns autores preferem destacar as dimensões que compõem seu arcabouço conceitual. Cohen *et al.* (2011) propõem quatro eixos comuns, a partir de suas afinidades:

1. Uma **doença crônica ao longo da vida**, muitas vezes incurável, tão grave que pode acometer múltiplos órgãos e/ou sistemas do corpo.

2. **Limitação significativa** na capacidade de desempenhar funções corporais básicas, incluindo (entretanto não limitado a) capacidade de comer, beber, respirar...
3. A **necessidade de inúmeros prestadores de serviços de saúde** (por exemplo, especialistas, terapeutas, enfermeiras domiciliares...) e tratamentos para manutenção da saúde.
4. Alto **uso de recursos de saúde** por intermédio de inúmeras consultas ambulatoriais, prescrição de medicamentos, hospitalizações recorrentes e visitas à rede de emergência.

A expressão **crianças dependente de tecnologia (CDT**) com frequência diz respeito a um subgrupo ainda menor de crianças com CCC: quando a tecnologia surge no contexto de uma limitação física e da tentativa de compensar a perda de uma função vital (SPRATLING, 2015). Diversos dispositivos e/ou equipamentos são comumente descritos, destacamos a traqueostomia, a gastrostomia, o shunt ventriculoperitoneal, o suporte ventilatório nas diversas modalidades e os cateteres de longa permanência para medicamentos intravenosos de uso contínuo.

Advoga-se que para elas há de se reconfigurar o enfoque terapêutico que não mais se trata de cura, mas sim da otimização do seu estado de saúde e de sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde envolvidos nessa dinâmica possuem em geral duas frentes de atuação (BERRY *et al.*, 2013):

1. Minimizar a severidade dos eventos agudos, das exacerbações da condição crônica, a dor e o sofrimento e a sobrecarga familiar.
2. Maximizar o *status* funcional, o desenvolvimento e a cognição, o tempo fora do hospital em tratamento domiciliar e o convívio escolar e comunitário.

Para que o processo de desospitalização seja efetivo, faz-se necessária a compreensão do fluxo desses pacientes ainda durante a internação hospitalar. Como dito anteriormente, são pacientes com internação prolongada e condições crônicas de saúde, com necessidade de cuidados especiais, alguns com dependência tecnológica, outros internados desde o nascimento ou aqueles que em longo prazo vão requerer atenção diferenciada em vários setores dentro do hospital. Não é incomum que estes pacientes se tornem invisíveis para o coletivo hospitalar, permanecendo isolados, sem estabelecimento de conexões com outros setores e/ou serviços de apoio para o início da discussão do processo de desospitalização. Esse "tempo perdido" é precioso e, na grande maioria das situações vivenciadas, é o grande fator de imobilidade e atraso na alta hospitalar. Dessa forma, sublinharemos a seguir as principais ações no campo da desospitalização.

4.3 Gerenciando a internação prolongada: síntese de múltiplos cuidados

Diante da complexidade anteriormente mencionada, é possível pressupor que os cuidados que envolvem essas crianças se tornam um ponto medular no cotidiano de suas famílias e dos serviços de saúde, exigindo intensa articulação e soma de esforços.

Do ponto de vista conceitual, entendemos a desospitalização como a retirada do paciente do ambiente hospitalar de forma segura e responsável, com base em um minucioso processo de planejamento, quando o paciente já não é mais de alta complexidade e sim de alta dependência, contando ainda com a família protagonizando esse processo de cuidados em domicílio, com o suporte das Redes de Atenção à Saúde do território e valendo-se de estratégias de matriciamento da equipe hospitalar e serviços especializados. A esse respeito, concordamos com Carvalho e colaboradores (2019, p. 23), quando afirmam:

> O processo de desospitalização de crianças e adolescentes com CCCs envolve ações consideradas estratégicas em sua execução, que podem ser descritas em três pilares de intervenção: as de cunho hospitalar (ou seja, aquelas que se iniciam durante a internação, mas também que permanecem após a alta, como as ações de matriciamento), as de cunho domiciliar (como a assistência no local propriamente dita) e as ações consideradas transversais contidas no grande eixo sociopolítico, que viabilizam o planejamento.

Normalmente, o fluxo percorrido por estes pacientes com CCC em uma instituição, variando de acordo com os recursos locais, acaba sendo a permanência em unidades de terapia intensiva, unidades intermediárias ou mesmo enfermarias, com internações muito prolongadas, sem perspectiva de alta hospitalar, principalmente quando envolve dependência tecnológica. A internação prolongada pode ser decorrente de diferentes fatores, como: a necessidade de equipamentos e insumos, as condições sociais e econômicas insuficientes da família ou a escassez de rede apoio, situações estas que acabam mantendo o paciente dentro do ambiente hospitalar. Para entender os fatores que determinam a internação prolongada, bem como estruturar um protocolo para acompanhamento desses pacientes e o fluxo para um processo de desospitalização seguro e com qualidade, foi iniciado, no ano de 2015, no Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), uma melhoria dos processos de atendimento e acompanhamento a esta população com discussão intersetorial, com o objetivo de desencadear o processo de desospitalização de forma mais precoce, quando identificada uma patologia com provável progressão para doença crônica e períodos prolongados de internação. Com isso, buscamos modificar o fluxo anterior de atendimento e do processo de desospitalização, que na grande maioria das situações acabava surgindo

tardia e exclusivamente como necessidade dos familiares pelo tempo prolongado dessas internações e repercussões familiares.

Por conseguinte, o processo de desospitalização desenvolvido por uma equipe de referência só se torna possível com o aporte de um plano terapêutico centrado no usuário, abrangendo-o em todas as suas necessidades e seu contexto, partindo da hipótese de que gestão e atenção são elementos indissociáveis. Envolve ações consideradas estratégicas em sua execução em âmbito hospitalar e de atenção domiciliar, além de ações transversais que incluem a articulação com poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e sociedade civil organizada.

No IFF/Fiocruz, tal experiência se traduz na formação de um grupo de caráter multiprofissional denominado Gerenciamento de Internação Prolongada (Geinpro), composta por médico, enfermeira, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. Esse grupo tem como compromisso a busca ativa semanal ou quinzenal de pacientes com condições crônicas complexas e tempo de internação prolongado, em geral, maior do que 30 dias, nas diferentes unidades de internação da instituição, com o objetivo de conhecer o paciente e avaliar as suas necessidades, estabelecer contato com as equipes dos diferentes setores, contribuir para a adequação dos fluxos e dos encaminhamentos, criar vínculo com os familiares, bem como iniciar o planejamento para um futuro processo de desospitalização. Em síntese, atua na gestão desses casos, entendendo o cuidado para além das características biomédicas e incorporando características e vulnerabilidades socioeconômicas, emocionais e afetivas, além da necessidade de treinamento do cuidador. Outra circunstância dessa atuação é apoio matricial ofertado às equipes dos territórios e às famílias no período após a desospitalização.

A identificação dos fatores de manutenção da internação hospitalar – como as condições clínicas e necessidade de suporte, as condições sociais e o contexto familiar – é uma etapa importante do processo, realizada na unidade de internação do paciente, ao mesmo tempo em que são propostas ações e rodas de conversa com a equipe e com os familiares para a melhoria das condições de saúde e dos contextos familiares e sociais necessários para um processo de desospitalização seguro.

A avaliação das condições de saúde, da estabilidade clínica e da necessidade de suporte, de outros encaminhamentos e da transferência intra-hospitalar é feita na unidade de internação do paciente, a partir do diálogo entre a equipe que o acompanha e a equipe Geinpro. A abordagem psicossocial também é realizada na unidade de origem do paciente, com o objetivo de conhecer a ele e sua família em seu contexto social e

econômico, criar vínculos, dar orientações e fazer o acompanhamento dessa família ao longo do processo de internação e de planejamento para a desospitalização.

Informações importantes como identificação do paciente e seus familiares, doença de base, tempo de internação, dependência tecnológica e necessidade de encaminhamentos, além do contexto familiar e social, são registradas em um formulário próprio. Dessa forma, é possível o acompanhamento longitudinal desses pacientes e, no momento oportuno e quando necessário, fazer a transferência para um setor mais adequado às suas necessidades de tratamento, dando continuidade ao processo de desospitalização já desencadeado no setor de origem. Essa forma de acompanhamento do paciente com CCCs e internação prolongada tem se tornado uma experiência muito valorosa, importante oportunidade de discussão e início de um processo de planejamento para desospitalização. Permite, ainda, que os familiares sintam-se mais seguros e acolhidos, já que passam a entender que essas ações são parte da continuidade do tratamento, o que é fundamental para a manutenção do vínculo familiar e para que se tornem corresponsáveis no processo de tratamento, com objetivo de manter um fluxo de desospitalização seguro e de qualidade, com a participação efetiva da família.

Encontra-se em construção, no IFF/Fiocruz, um escore para avaliação clínica, social, familiar e de dependência tecnológica que permita à equipe definir de forma mais segura e clara o melhor momento, de acordo com o nível de pontuação atingido, para a desospitalização de pacientes com CCCs. Uma vez decidido pela desospitalização, todo um movimento é desencadeado no sentido de treinamento de cuidadores ainda durante a internação hospitalar, com metas a serem atingidas pelos cuidadores, com supervisão da equipe por meio de uma lista de checagem segura, além da busca de recursos tecnológicos e materiais que viabilizarão a alta, assim como avaliação criteriosa do ambiente familiar e social.

Sem a pretensão de esgotar este debate, serão elencados os principais fluxos e ferramentas dispostos por esta equipe.

4.3.1 A singularidade dos sujeitos expressa num plano de cuidados

Concordamos com Emerson Mehry (2005) ao afirmar que um modelo "produtor do cuidado" deve atuar centralmente a partir das tecnologias leves (que são as relações que se estabelecem no momento em que são realizados os atos produtores de saúde – "trabalho vivo em ato") e das tecnologias leve-duras (as que estão inscritas no conhecimento técnico estruturado das profissões). Nesta direção, entende-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como tecnologia leve e a principal estratégia de cuidado para

o planejamento da desospitalização de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas, estabelecido a partir de ações que se articulam desenvolvidas por equipe multidisciplinar, considerando a singularidade das famílias, suas demandas assistenciais e o contexto social no qual se inserem.

Convém afirmar que o PTS é um recurso de planejamento e gestão aplicado ao trabalho clínico, em que se definem objetivos, metas e responsabilidades de cada membro da equipe. Dessa forma, propõe-se uma intervenção diagnóstica e terapêutica ampla, para além dos aspectos biológicos, que, aliada à participação familiar, configura-se numa proposta individualizada para cada caso mais complexo (AMARAL; CAMPOS, 2016).

Ao implementar a Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde apontou alguns dispositivos na busca do fortalecimento de redes de saúde, entre eles o PTS, que deve compreender: a elaboração do diagnóstico, a definição de metas e a responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na sua execução e na constante reavaliação (BRASIL, 2007). Tendo por base esse documento, construímos um esquema síntese de PTS, customizado para a realidade da população atendida pela equipe de desospitalização do IFF/Fiocruz, demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 2 – Síntese de PTS com base na população atendida pela equipe de desospitalização do IFF/Fiocruz

Objetivos do PTS	Necessário traçar metas, definindo com a família o tempo necessário para que essas sejam cumpridas e dividindo as responsabilidades entre os profissionais.
Resumo clínico	Principais informações referentes ao diagnóstico, principais demandas assistenciais e parâmetros de dependência tecnológica.
Contexto clínico atual	Avaliação levando em consideração a estabilidade clínica do ponto de vista respiratório, nutricional e infeccioso.
Aspectos psicológicos e emocionais	Avaliação com o intuito de definir o momento e a situação vivenciada pelo sujeito.
Contexto social	Condição de renda e demais aspectos que envolvam a situação social da família.
Rede de apoio	Mapeamento rede familiar e comunitária que possa pactuar o cuidado pós-desospitalização, com definição dos graus de responsabilidade (recomendável conter instrumento gráfico do "mapa mínimo de relações")
Condições habitacionais	Tópico fundamental para descrever as necessidades de adequações de infraestrutura que possam viabilizar a desospitalização.

continua

conclusão

Lista de problemas / Fatores de risco e fatores de proteção	Definição de lista de problemas a serem enfrentados, além das condições objetivas e subjetivas, seja para operacionalização ou não do PTS.
Proposta de projeto assistencial	Proposta de equipe mínima e frequência de atendimentos que devem ser realizados após a desospitalização.
Lista de medicamentos e insumos	Com quantidade mensal definida pela equipe.
Lista de material permanente / Equipamentos	Com quantidade mensal definida pela equipe.
Cronograma de reavaliação	Importante momento de avaliação do andamento do trabalho, evoluções e novas propostas.
Gestores do caso	É necessário estabelecer um ou mais coordenadores do PTS para que possam congregar esforços multiprofissionais na feitura do documento e ser um elo entre a equipe hospitalar e a equipe do território e também da família. Recomenda-se que essa escolha se dê pelo vínculo formado entre profissionais e usuários, além do compromisso formal dos gestores.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos atendimentos realizados (2020).

Com vistas a promover a desospitalização de forma segura e responsável, o itinerário terapêutico dos PTS inicia-se durante a hospitalização, tão logo sejam atingidos os critérios para sua elaboração, e materializa-se na articulação entre esta estação de cuidado e as redes dos territórios, eixo que analisaremos a seguir.

4.4 Planejamento da Atenção Domiciliar e os desafios da articulação em redes nos territórios

O êxito na desospitalização desses pacientes, seja sob os cuidados das Redes de Atenção à Saúde (RAS), seja sob os cuidados dos Serviços de Assistência Domiciliar (SAD), depende da combinação de elementos essenciais para o cuidado, que podem ter como base o perfil nosológico de uma determinada população de pacientes que estão em processo de desospitalização. O planejamento terapêutico individualizado deve ser iniciado no momento em que a criança e/ou adolescente com condições crônicas complexas e dependentes de tecnologias apresenta estabilidade clínica, quais sejam: ganho ponderal progressivo, ausência de drogas vasoativas, ausência de distúrbios metabólicos, controle dos distúrbios respiratórios, ausência ou controle dos distúrbios neurológicos e aumento do intervalo de tempo entre as recaídas da doença de base.

Para dar conta da complexidade clínica e das crescentes necessidades de cuidados de saúde desta população, torna-se primordial o estabelecimento de uma parceria entre os diversos níveis de assistência, a partir de modelos de atenção articulados em rede (MENDES, 2012). Para uma desospitalização segura, é primordial realizar etapas de qualificação do(a) cuidador(a) acompanhante, que, via de regra, se tornará o(a) cuidador(a) principal ao longo da vida do paciente, exercendo procedimentos pertinentes ao tratamento necessário.

Uma das etapas que englobam o fluxo de desospitalização pela equipe Geinpro é a avaliação de risco do território no qual a família reside, realizada pelo Serviço de Segurança (SeSeg) da Fiocruz, visto que um aspecto de suma importância nos dias atuais é a segurança pública e a violência urbana, tratadas com base numa cadeia de informações que devem envolver o policiamento regular, as associações de moradores, os próprios moradores do entorno e os alertas de avisos de sinistros e conflitos que são dados por mídias sociais. É importante que se mencione que a avaliação do território das famílias atendidas não se detém apenas no aspecto da violência urbana, mas também envolve aspectos como lazer, moradia, saneamento básico e facilidades dos equipamentos de saúde fornecidos pelo Estado.

Em nosso fluxo de desospitalização, se avaliada como baixo risco, é agendada visita domiciliar (VD) pré-admissional pelo Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (Padi) para avaliação das condições da residência e orientações quanto à ambiência ideal para o cuidado seguro e responsável. Caso o resultado da avaliação do SeSeg/Fiocruz seja de área considerada de médio risco, ainda assim também será agendada para que seja feita a avaliação do território e observação no local pela equipe do Padi antes do parecer final. E, naquelas situações de difícil acesso ou áreas consideradas de alto risco, a equipe Geinpro atuará junto à família na busca de alternativas de moradia, como: residências de familiares, postos de saúde, clínicas da família, corpo de bombeiro, associação de moradores, casas de apoio, isto é, alternativas de locais onde possam acontecer os atendimentos, sem desconsiderar a possibilidade de cadastro da família em programas de apoio habitacional, ainda que estes últimos sejam alternativas que se colocam a médio ou longo prazos.

Para avaliação dos domicílios, alguns itens são observados, como: avaliação das condições elétricas; avaliação das condições de alvenaria (pintura, piso, banheiro, ventilação e ambiente onde a criança dormirá), avaliação das condições de higiene (que devem ser favoráveis ao cuidado do paciente), entre outros. A conclusão será apresentada pela Padi à equipe Geinpro. Caso a moradia esteja em boas condições, o

processo de desospitalização com admissão pelo Padi/IFF poderá ser viabilizado. Caso a residência seja reprovada, serão apontadas as possíveis mudanças de infraestrutura, proporcionando possível admissão em segundo momento. Nos casos em que a família não consiga arcar com os custos dessa reforma, seja parcial ou totalmente, o Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais (Napec), que atua no IFF e representa o chamado terceiro setor, fornece aporte financeiro, envolvendo também em muitos casos a locação dos equipamentos que serão utilizados em domicílio.

Dando prosseguimento aos processos de desospitalização, destacam-se aqueles pertinentes à população pediátrica que devem constar no planejamento do cuidado em domicílio. São eles:

1. **Atualização vacinal**: item de extrema importância, pois busca a prevenção de novas comorbidades, uma vez que se mantém sob controle o surgimento de doenças imunopreviníveis. Recomenda-se parceria com a unidade de saúde de atenção básica do território para o fornecimento dos insumos imunobiológicos administrados ainda no período de internação, pois foi observado que o acesso à vacinação domiciliar por vezes é difícil.
2. **Prevenção à polifarmácia**: com frequência, uma característica da prescrição de pacientes com CCCs. Deve-se observar a redução para o menor número possível de itens de medicamentos de uso continuado, pois significa, por conseguinte, menor número de procedimentos e intervenções a serem desempenhados pelo(a) cuidador(a), já onerado(a) com procedimentos de administração de dietas, cuidados de higiene, atenção e estímulo ao desenvolvimento psicomotor e outras características individuais dos diversos tipos de doenças e dependências de cuidado.
3. **Reabilitação multidisciplinar**: esta etapa se constitui em um marco importante para manutenção da estabilidade clínica, bem como se traduz em medidas que vão proporcionar autonomia para os pacientes e cuidadores e facilitar a inclusão social posterior, tendo como metas a educação, a cultura e o lazer, iniciadas em ambiente hospitalar pela equipe de desospitalização do IFF. Cabe a ressalva que nos casos de hospitais que não possuam equipe própria de AD, essa reabilitação deve ser pactuada de maneira prévia nas redes de reabilitação.
4. **Identificação de suporte tecnológico de médio e longo prazos**: visa suprir todos os artefatos tecnológicos como necessidade primária para que haja

desospitalização segura. É importante que o fornecedor do equipamento, seja por consignação ou por aluguel, tenha papel determinante para o controle do bom funcionamento, da manutenção preventiva e da imediata substituição do equipamento, caso apresente qualquer mau funcionamento. Algumas experiências exitosas, já apresentadas por diversas equipes de AD dentro do território nacional, chamam a atenção para a contratação de empresas especializadas em tecnologias para a área da saúde para o melhor provimento desses insumos assistenciais. Nosso entendimento é que deve haver um esforço coletivo que possa gerar pactuações envolvendo gestores das unidades e representantes das secretarias municipais e estadual de saúde, na busca pela definição de um fluxo para garantia de suporte tecnológico via programa/projeto e/ou política pública específica, que permita que as famílias possam acessar esse direito sem a necessidade de lançar mão de um processo judicial moroso e individual.

5. **Provimento de insumos**: seringas, gazes, sondas de aspiração, equipos de dieta, entre outros, além de equipamentos de suporte domiciliar (concentradores elétricos de oxigênio, oxímetros de pulso, *nobreak*, aspiradores de secreções, nebulizadores, ventiladores mecânicos e cilindros de oxigênio).
6. **Identificação de hospital e equipe de retaguarda no território**: para situações de agudizações emergenciais. É fundamental o compromisso do hospital, demandante da desospitalização, para que se mantenha como hospital de referência para o cuidado especializado.
7. **Rede de assistência no território**: deve ser mapeada e pactuada em consonância com a preparação da residência. A equipe Geinpro faz articulação com o território, que pode ocorrer por meio de:

   - Mapeamento prévio das Redes de Atenção à Saúde.
   - Comunicação aos gestores da Atenção Básica da presença de uma criança com determinada complexidade – se possível, com um ou mais encontros com a direção da unidade de saúde local (Clínica da Família, Centro Municipal de Saúde e Equipe da Estratégia de Saúde da Família), visando à pactuação dos cuidados.
   - Sempre que possível, a Atenção Básica deve ser convidada a participar da construção do PTS, com a equipe Geinpro, e realizar reuniões interdisciplinares periódicas para o desenvolvimento completo do instrumento.

- Em situações de alto risco para violência urbana relacionadas ao endereço residencial do paciente, podem ser promovidas reuniões com a direção da Unidade de Saúde do território para apresentar do caso de modo que a Equipe de ESF ou SAD possa realizar o atendimento da criança.
- A equipe de desospitalização deve se manter disponível para supervisão e/ou consultoria com as equipes de atenção básica do território do paciente, com a equipe do Padi do município do Rio de Janeiro, com as equipes do Programa Melhor em Casa (PMC) e equipes contratadas para o Serviço Assistencial Domiciliar.
- Reportar o caso aos serviços de atendimento emergencial e de transporte, podendo ser tratamento fora de domicílio (TFD) ou Serviço Médico de Urgência (Samu).

8. **Reuniões com familiares**: objetivo de esclarecer e sensibilizar, incluindo família ampliada, como uma das etapas da internação hospitalar, buscando esclarecer cuidadores/família sobre os cuidados/etapas necessários, além de estreitar a relação de confiança mútua.
9. **Programas de treinamento e capacitação de cuidadores leigos que prestarão os cuidados domiciliares**: recomenda-se a indicação de dois cuidadores para realizar o treinamento. Caso realizadas de forma sistemática e com base no diálogo, focando em "situações-problema", observamos que é possível que os cuidadores apreendam o cuidado, sintam-se empoderados e consigam realizá-los com segurança e autonomia em domicílio. No IFF/Fiocruz usamos uma lista de checagem para este aprendizado, que é feita diariamente pelos cuidadores sob a supervisão da enfermagem. As atividades devem ser de cunho prático: aspirações traqueais e de vias aéreas superiores, manipulação e administração de medicamentos, manuseio de estomas como traqueostomia e gastrostomia, manuseio de fontes de oxigenoterapia, observação e interpretação de monitores, manuseio de ventiladores manuais e mecânicos e outros procedimentos realizados de maneira individualizada. É incentivada, também, a importância do reconhecimento das pioras clínicas que possam ocorrer e maneiras de minimizar e tratar essas intercorrências.
10. **Matriciamento de equipes de Assistência Domiciliar**: segundo o Ministério da Saúde, matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em

que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2012). Ele pode ocorrer por intermédio dos contatos estabelecidos com as redes do território do paciente e, com isso, a equipe de desospitalização pode identificar a necessidade de promover ações de matriciamento dos profissionais envolvidos voltadas para cuidados específicos do paciente pertencente àquela comunidade. Pode ocorrer, também, a solicitação de matriciamento por parte das equipes da Atenção Básica, sendo que a equipe de desospitalização deve se apresentar disponível para tais ações caso seja solicitada ou identificada como importante para elas.

Entende-se que, para uma desospitalização com maiores possibilidades de êxito, o estabelecimento de uma Linha de Cuidados se torna fundamental. A atenção domiciliar possui papel determinante para o sucesso deste processo, que possibilita promover a reinserção social e a integração ao ambiente familiar e melhora da qualidade de vida destas crianças, adolescentes e suas famílias. Portanto, a experiência do IFF/Fiocruz contida neste capítulo pode ser replicada, com os ajustes devidos, em outras unidades hospitalares, para que busquem a preparação para uma alta hospitalar organizada e segura para o paciente.

À guisa de conclusão, recomendamos aos leitores que desejarem se aprofundar nas etapas referentes à desospitalização que o façam por meio da edição em formato digital: *Desospitalização de Crianças com Condições Crônicas Complexas: Perspectivas e Desafios*, Editora Eldorado, 2019. (E-book gratuito acessando: https://www.amazon.com.br/DESOSPITALIZA%C3%87%C3%83O-CRIAN%C3%87AS-CONDI%C3%87%C3%95ES-CR%C3%94NICAS-COMPLEXAS-ebook/dp/B07YSNCL36).

Referências

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. *In:* VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 73-84.

BERRY, J. *et al.* **The landscape of medical care for children with medical complexity**. Alexandria, VA: Children's Hospital Association, 2013. Disponível em: https://www.childrenshospitals.org/-/media/Files/CHA/Main/Issues_and_Advocacy/Key_Issues/Children_With_Medical_Complexity/Issue_Briefs_and_Reports/LandscapeOfMedicalCare_06252013.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, M. S. N. *et al.* (org.).Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Eldorado, 2019. *E-book*. Disponível em: https://www.amazon.com/DESOSPITALIZA%C3%87%C3%83O-CRIAN%C3%87AS-CONDI%C3%87%C3%95ES-CR%C3%94NICAS-COMPLEXAS-ebook/dp/B07YSNCL36. Acesso em: 11 set. 2020.

COHEN, E. *et al.* Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. **Pediatrics**, Springfield, Ill., v. 127, n. 3, p. 529-538, Mar. 2011.

FEUDTNER, C. *et al.* Deaths attributed to pediatrics complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. **Pediatrics**, Springfield, Ill., v. 107, n. 6, p. E99, June 2001.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, p. 40-67, 2017. Supl. 1.

MEHRY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS, 2012.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.** 15, n. 2, p. 321-327, 2010.

SPRATLING, R. Defining technology dependence in children and adolescents. **Western Journal of Nursing Research,** Anaheim, Calif., v. 37, n. 5, p. 634-651, May 2015.

5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO: UM OLHAR PARA A INTEGRALIDADE E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Adriana da Costa Coelho
Cinthia de Mello Vitório
Maria da Conceição Coelho de Moraes
Leonor Maria da Silva Gomes
Luciano Teixeira Rocha
Mirian Grayce Motta Guimarães

5.1 As práticas de educação em saúde no processo de desospitalização e a sua evolução

Historicamente, as práticas de educação em saúde no Brasil tiveram suas origens na metade do século XIX e início do século XX, eram baseadas no modelo biomédico e possuíam viés higienista. É nesse período que o Estado começa a efetivar e estruturar as primeiras intervenções de educação em saúde aplicadas às classes populares (VASCONCELOS, 1999). Ao longo do tempo, houve mudanças, porém, nos dias atuais ainda se encontra práticas de saúde amparadas neste modelo, em que predomina o diagnóstico de doenças.

Com a evolução da saúde pública e das suas práticas, foi possível perceber olhar diferenciado para a condução do processo saúde x doença, ocorrido principalmente a partir da Reforma Sanitária, caracterizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), constituído no processo de amplas mobilizações da sociedade pela redemocratização no País e que expressou a indignação da população frente às desigualdades sociais, à mercantilização da saúde e configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (PAIM, 2007). Outra contribuição foi a ampliação do conceito de saúde colocado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "modelo holístico e onde a saúde passa a não ser de responsabilidade exclusiva do

setor da saúde, mas também de outros setores" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007, p. 3).

Nesse processo, os fatores determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições em que as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007), compreendidos como "[...] fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na condição de saúde e fatores de risco à população" (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78) podem impactar o acesso ao sistema de saúde e a forma como os pacientes farão uso dos serviços de saúde.

Por isso, é fundamental compreender a saúde pelo princípio da integralidade. Machado *et al*. (2007), colocam que integralidade é perceber o paciente como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Um elemento importante para a saúde integral são as ações de educação em saúde, produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO *et al*., 2007). Nesse entendimento, propõem-se refletir acerca das ações de educação em saúde embasadas pelo princípio da integralidade e que devem estar presentes nos processos de desospitalização.

O Ministério da Saúde define desospitalização como a desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica, garantindo agilidade no processo de alta para o domicílio e a reinserção dessas pessoas nas redes de atenção alternativas ao hospital. Sempre privilegiando a humanização e a participação das famílias nas práticas de cuidado (BRASIL, 2012a). Ressalta-se, aqui, que essa definição também abarca as práticas de cuidado que se antecipam à hospitalização e que não estão atreladas tão somente ao evento da internação.

Olario (2019, p. 161) define desospitalização como "um emaranhado de ações e decisões complexas que devem ter início no período de internação e perdurar até a continuidade de atendimento no domicílio, com a participação da equipe hospitalar, domiciliar, família e outros que se façam necessários na transição do cuidado".

A desospitalização requer a articulação em rede de forma integrada e humanizada para que a continuidade do cuidado seja feita de forma segura (OLARIO, 2018). Destaca-se ainda que a desospitalização pode anteceder a internação hospitalar e é fundamental que esta ocorra ainda no atendimento ambulatorial. (VITÓRIO, 2020).

O conceito de desospitalização, numa perspectiva ampliada de assistência, rompe com a visão hospitalocêntrica do cuidado, esbarrando com as práticas fragmentadas ainda presentes nos serviços de saúde hospitalares, por isso necessita avançar como proposta político pedagógica no bojo das atuações das equipes multiprofissionais. Nesse sentido, a desospitalização deve abarcar práticas de educação em saúde que são intrínsecas ao trabalho em saúde. Falkenberg *et al.* (2014, p. 848) colocam que a educação em saúde são "ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade".

O Ministério da Saúde corrobora com a dimensão apresentada pelo autor ao conceituar educação em saúde como:

> Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde [...] [e] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012b, p. 22).

Essa dialoga com os diversos saberes institucionais e precisa valorizar o caráter transdisciplinar da prática profissional. O trabalho transdisciplinar implica que "[...] sujeitos com diferentes saberes, valores e modos de viver ponham-se lado a lado de forma a desestabilizar uma verticalidade instituída habitualmente nos serviços de saúde" (HECKERT; BARROS, 2012, p. 213). Essa perspectiva rompe com o medicocentrismo e valoriza os saberes de todos os profissionais, bem como o conhecimento e a história de vida trazida pelos usuários e familiares, que são essenciais para a desospitalização.

Observa-se que o tradicional exercício vertical das práticas desempenhadas pelos profissionais da saúde vem comprometendo o princípio da saúde integral, na medida em que não permite que todas as subjetividades do indivíduo sejam vistas e a sua saúde seja cuidada da forma adequada. Entende-se que a educação em saúde é também viabilizada por meio da transdisciplinaridade caminhando na direção da integralidade da assistência, essencial para a formação de novos arranjos do cuidar e para a instituição da saúde como um direito social.

Ao pensar desospitalização, essa modificação da realidade deve introduzir ao modelo assistencial atual um fazer que transponha a multidisciplinaridade pura e simples, no qual os profissionais continuem atuando de forma independente, perpetuando o velho hábito de concentrar na atuação do profissional médico todas e quaisquer decisões sobre a alta hospitalar. Deve-se vislumbrar a transdisciplinaridade nos seus distintos

saberes e a conversa entre esses, valorizando sempre o conhecimento do usuário, suas vivências e seu contexto social, e, assim, caminhar na direção da construção de um plano de cuidado que contemple as reais necessidades do usuário fazendo com que a desospitalização, a transição e a continuidade do cuidado sejam efetivas, seguras e com qualidade.

De acordo com Merhy (2003), é preciso mudar o modelo assistencial atual introduzindo novas tecnologias nos processos do cuidar e fazer com que os usuários do sistema de saúde ocupem a centralidade desses processos. E que as ações de educação em saúde que visam à integralidade do cuidado estejam articuladas entre todos os espaços de produção de saúde, sejam eles o ambulatório, o hospital, o domicílio ou a comunidade.

5.2 Educação em saúde e o cuidar

A operacionalização da educação em saúde deve ocorrer a partir da identificação dos problemas existentes nas unidades de saúde. Isso porque quaisquer processos de mudança na cultura institucional só são viáveis quando se intervêm nas problemáticas existentes, desde aquelas relacionadas aos processos de trabalho até aqueles referentes à falta de apoio da gestão.

As ações devem ser orientadas por projetos pedagógicos que sejam horizontais e que valorizem as ações dos profissionais de saúde, buscando sempre o aprimoramento dessas. Oliveira *et al.* (2012, p. 177) colocam que a educação em saúde deve propor ações "[...] capazes de modificar a realidade nos campos da gestão, da atenção, no controle social, tendo como eixo orientador a transformação dos processos de trabalho com formulação ascendente, buscando a transformação de práticas [...]".

As equipes de desospitalização atuantes na rede federal das instituições de saúde da Cidade do Rio de Janeiro composta por seis hospitais e três institutos têm se mostrado que ações de educação em saúde como importante dispositivo têm contribuído substancialmente nos processos de mudança da cultura hospitalar sobre o ato de desospitalizar.

Equipes de desospitalização, geralmente, têm composição multiprofissional com participação de assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores, pedagogos, técnicos de assuntos educacionais, atores, musicistas, entre outros, que coletivamente são responsáveis por gestar e gerir os processos de desospitalização e de educação em saúde nos níveis pré-hospitalar,

hospitalar e pós-hospitalar; implementar práticas para assistir com qualidade os usuários e cuidadores visando reduzir o período de internação, os eventos de reinternação, os riscos relacionados à assistência à saúde; contribuir para que os processos de transição do cuidado hospital-domicílio sejam mais seguros seguindo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e as legislações pertinentes ao assunto (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que, lamentavelmente, nem todas as unidades de saúde dispõem de recursos materiais e humanos para aplicar plenamente a desospitalização pelo viés transdisciplinar. Contudo, acredita-se que, ao se investir na educação em saúde dos profissionais sobre a desospitalização com todas as suas nuances e elementos, as equipes de saúde consigam avançar em suas práticas desospitalizadoras.

Nessa perspectiva, cada profissional de saúde será capaz de interagir com as ações de educação em saúde, tornando-se multiplicador do conceito ampliado de desospitalização na sua unidade e capaz de envolver todos os atores do cuidado em ações integradas, centralizada no paciente, desde o início do processo de internação até a alta hospitalar, contribuindo para que o processo aconteça de forma organizada e responsável.

A aplicabilidade dessas práticas de educação em saúde demanda estratégias educacionais que configuram o profissional de saúde como educador, entendido também como agente mediador/transformador, que aqui seriam das concepções sobre desospitalizar. Esse olhar educador precisa estar voltado para as metodologias ativas/participativas que objetiva formar profissionais independentes, críticos e formadores de opinião (FARIAS, 2015) e deve priorizar estratégias que valorizem a participação efetiva dos pacientes e sua rede de apoio familiar, contribuindo para a formação de um grupo ativo, participativo e transformador, possibilitando a construção de conhecimentos.

No desenvolvimento dessas práticas educativas, sugere-se a utilização de novas tecnologias de comunicação que se fizeram cada vez mais presentes e necessárias com o advento da pandemia pela Covid-19. As reuniões virtuais, visitas a distância, teleatendimento, utilização de vídeos, aplicativos, tablets e celulares tornaram-se ferramentas importantes na viabilização do alcance das estratégias citadas.

Sabe-se que a educação em saúde potencializa a participação popular no processo de cuidado, que favorece a atuação dos profissionais de saúde durante o atendimento prestado aos usuários, e que o educar para a saúde é uma grande ferramenta para que a população compreenda as causas das suas doenças e se organizem para superá-las (GOMES; MERHY, 2011).

5.3 Considerações

Na grande maioria dos serviços de saúde hospitalares, a alta hospitalar ainda é feita sem planejamento prévio que permita uma transição do cuidado de maneira mais segura e efetiva, comprometendo todos os processos relativos à alta responsável, fato que acaba ocasionando a triste peregrinação dos pacientes pelas RAS em busca de uma assistência após a alta hospitalar.

Compreende-se que os usuários, profissionais de saúde e gestores necessitam interagir na direção de uma assistência em saúde que envolva todos os sujeitos engajados no cuidado, de forma complementar.

As mudanças no entendimento sobre desospitalizar são uma ponte que liga a assistência humanizada e a gestão hospitalar, capaz de garantir a integralidade do cuidado; oportunizar o aumento da rotatividade de leitos; contribuir para a diminuição dos riscos de infecções hospitalares, da ocorrência de eventos adversos e dos custos hospitalares provenientes das longas internações. Face ao exposto, considera-se desospitalizar um mecanismo de gestão do cuidado na concepção da integralidade da assistência, com foco no bem-estar físico, social, emocional e espiritual dos usuários, considerando os determinantes sociais da saúde.

A transformação dos processos de trabalho na direção da desospitalização perpassa pela mudança da cultura institucional, promovida também pela educação em saúde, que deve ser incorporada no plano de educação permanente das instituições de saúde, para todos os trabalhadores dessas instituições, para que apreendam e se apropriem de seus conceitos e os apliquem em suas práticas profissionais. Assim, a educação em saúde deve ser dialética, sistemática e constante de modo que os processos sejam sempre aprimorados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012a. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2012b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2020.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO,C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0143.pdf. Acesso em: 5 ago. 2020.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

HECKERT, A. L. C.; BARROS, M. E. B. de. Trabalho em equipe e processos de formação: usinando políticas de cuidado. *In:* PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Integralidade sem fronteiras**: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/Uerj: ABRASCO, 2012. p. 209-227.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLARIO, P. S. *et al.* Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro/Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* A operacionalização das agendas públicas da formação em saúde: uma leitura plural a partir de lugares, saberes e práticas. *In:* PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Integralidade sem fronteiras**: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/Uerj: ABRASCO, 2012. p. 175-183.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde**: elementos conceituais e práticos. Washington, D. C.: OPAS, 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VITÓRIO, C. M. **Cuidados paliativos e desospitalização**: realinhamento da gestão de cuidados a partir do processo de educação permanente em um hospital federal. Orientadora: Patrícia da Silva Olario. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

6 DESOSPITALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO CUIDADO E OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE

Alexandre Ernesto da Silva
Patrícia da Silva Olario
Aline Saraiva da Silva Correa
Renata de Figueiredo de Lamare
Patrícia de Souza
Gabriel Alves Silva

Este capítulo versa sobre a desospitalização como estratégia possível para a gestão do cuidado em suas diferentes dimensões, possibilitando a articulação de saberes que englobam a assistência, o gerenciamento e as inovações, com vistas à promoção de um cuidar qualificado, seguro e humano.

6.1 Desospitalização e gestão do cuidado em saúde como ferramentas para o cuidar multiprofissional

O termo "desospitalização" visa à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica e garantindo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Investir em uma desospitalização planejada e organizada contribui na diminuição das readmissões hospitalares e na sobrecarga do serviço de emergência. Aproximadamente 35% das internações na Inglaterra, consideradas admissões de urgência, geraram um custo de 11 bilhões de libras por ano. Por conseguinte, evitar esse tipo de hospitalização está diretamente relacionado à diminuição de custos, além de melhora na qualidade de vida (BLUNT; BARDSELY; DIXON 2010).

Por isso, atuar de maneira a prever essas readmissões, auxilia no direcionamento de pacientes que se beneficiaram de intervenções e cuidados mais vigorosos após a alta. Considerar o tipo de comorbidade (com especial ênfase ao doente oncológico),

o que motivou e o tempo de permanência na internação hospitalar, se foram realizados procedimentos, tais como infusão de quimioterápico, hemotransfusão, toracocentese, durante a internação, além do número de admissões hospitalares nos últimos 12 meses, são algumas variáveis a serem avaliadas para construção de uma estimativa de risco de readmissão potencialmente evitável (DONZE *et al.*, 2013).

A desospitalização também é apontada como dispositivo que privilegia a humanização nas práticas de cuidado e a participação da família (BRASIL, 2012a). Assim, cabe pensar na família como elemento fundamental no processo de gestão do cuidado, contribuindo para o exercício da cidadania e adesão ao tratamento de saúde e orientações da equipe multiprofissional.

Para Nunes e Rodrigues (2012) e Carvalho (2008), a família é compreendida como uma unidade de cuidados que apresenta demandas espirituais, sociais, econômicas, físicas, emocionais e psicológicas, no percurso do tratamento do paciente. O *ser cuidador*, representado aqui pela família, que presta cuidados diretos ou vivencia a atmosfera de cuidar, recebendo as orientações da equipe multiprofissional e atuando junto ao *ser cuidado* (paciente) na tomada de decisões e na prestação direta de cuidados embasadas nos saberes próprios ou nas diretrizes construídas com a equipe, podendo ser denominado a este conjunto de *ser cuidado* e *ser cuidador* como Unidade Familiar (NUNES; RODRIGUES, 2012; CARVALHO, 2008).

Frente a essas diferenças na concepção de mundo e esses desafios vivenciados, requer uma equipe multiprofissional com atitude que favoreça a valorização desse enfoque no contexto do cuidar. Tal aspecto pode ser relacionado ao descrito por Mariotti (2010) como as imprevisibilidades que permeiam o mundo, resultando na sensação de insegurança própria do ser humano que, por vezes, ama e odeia, chora e sorri, fica alegre e triste e adequa-se diante de situações vivenciadas com nível de incerteza elevado.

Tal aliança deve e precisa ser considerada como parte prioritária e indissolúvel da gestão do cuidar, sendo necessárias estratégias e ações que favoreçam a implementação dessa prática no cenário da desospitalização.

Porém, no que se refere à esfera das unidades familiares para o gerenciamento do cuidado em saúde, cabe ponderar que algumas adversidades, tais como: limitação cultural e social, baixa escolaridade e incertezas que permeiam o cuidar em ambiente extra-hospitalar, interpõem-se ao processo e dificultam a desospitalização.

Em relação às equipes intra e extra-hospitalares, conforme apontado por Olario (2019), conjunturas tais como: falta de clareza acerca da articulação da rede interna e

externa para o fluxo de atendimento das unidades familiares, ausência de sistematização do trabalho da equipe multiprofissional, insuficiência na conexão entre os diversos saberes dos profissionais de saúde com consequente definição de ações pouco compartilhadas, além do predomínio de indicadores quantitativos para avaliação do serviço, comprometem a gestão do cuidado e, por conseguinte, o sucesso da desospitalização.

Nesse cenário, a utilização somente de indicadores quantitativos pode ser entendida como "dura", ou seja, visando à objetividade, proporciona uma quantificação da produção e da visibilidade da realidade organizacional, sendo por isso operada por gestores e pesquisadores filiados a metodologias de caráter mais positivista. No entanto, não refletem a grande repercussão voltada para melhoria da qualidade de vida do paciente e para transformação do olhar do profissional dessas equipes. Dessa maneira, com intuito de avaliar qualitativamente a gestão do cuidado, deve-se incluir: a) indicadores de resultado, como os de morbimortalidade; b) indicadores de processos, referentes ao cumprimento de metas físicas, protocolos, normas e, mesmo, a qualificação e produtividade dos trabalhadores; c) indicadores de estrutura, como avaliações das condições físicas de trabalho, equipamentos e manutenção (CECÍLIO, 2011).

Para Cecílio (2011, p. 589) a gestão do cuidado em saúde é entendida como: "[...] o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz."

Pode-se, então, pressupor que a diversidade e a complexidade de situações envolvidas na busca de atendimento das necessidades das unidades familiares, no âmbito da desospitalização, geram desafios para a formulação de estratégias e ações facilitadoras ao processo de transição da unidade familiar do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar.

No âmbito do cotidiano do trabalho em equipe, é consenso que o modo de organização da atenção, adotado nas instituições hospitalares, está configurado a partir de uma lógica que, muitas vezes, desfavorece as inter-relações entre os profissionais da equipe da desospitalização com os doentes e familiares, mas também com profissionais de outros setores do hospital e de outros pontos das RAS.

O entendimento de que essas inter-relações compõem uma micropolítica possibilita compreender as demandas dessa "realidade organizacional", ou seja, o conjunto de relações estabelecidas pelos vários atores organizacionais, formam uma rede complexa, móvel, mutante. Possivelmente, o olhar atento para fatores que estão relacionados tanto para a internalidade quanto para a externalidade dessa micropolítica

seja o aspecto fundamental a ser revisitado na organização do processo de trabalho, de modo a possibilitar inovações, adaptações e reconfigurações (CECÍLIO, 2011).

De acordo com estudo publicado por Santos, Michima e Merhy (2018), há um crescente investimento de pesquisas brasileiras com intuito de compreensão e avaliação das práticas de saúde visando à proposição de novas modelagens de atenção, amparadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de superação do modelo biomédico hegemônico, que restringe o fazer em saúde a intervenções focadas na cura da doença e no controle de sintomas, com progressiva fragmentação e medicalização do cuidado.

Nesse sentido, os autores supracitados defendem a integralidade como eixo norteador da reorganização das práticas e da reversão do modelo de atenção, tendo em vista que tal princípio implica compromisso com atenção direcionada às necessidades objetivas e subjetivas das unidades familiares em seu contexto físico, social e espiritual, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho.

A análise realizada por Simão e Mioto (2016), acerca do desenvolvimento da desospitalização para os Cuidados Paliativos no Brasil, na Argentina e no Uruguai, foi identificado que tais diretrizes ainda se apresentam de modo incipiente, sendo mais desenvolvida como atendimento domiciliar no sistema privado de saúde e pouco estimulada como transição do cuidar, amparados por uma equipe multiprofissional, sobretudo no setor público de saúde.

Apesar do investimento nas políticas públicas visando atender às diretrizes internacionais para a assistência das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o modelo de desospitalização que utilizado em nosso país ainda apresenta fragilidades, no que tange às diretrizes específicas para nortear essa prática e no caminhar de ações com maior efetividade em âmbito nacional.

Estudiosos do assunto, tais como Merhy e Feuerwerker (2008, p. 181), afirmam que: "[...] mesmo sem haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais voltadas à desospitalização, inúmeras organizações de saúde vêm instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário."

Nesse sentido, é possível empenhar-se na busca de estratégias de transição do cuidar, pautadas em diferentes políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, que, de algum modo, contemplam e respaldam a desospitalização como prática de cuidado.

É possível que, mesmo diante das diretrizes políticas para a prática do cuidar em domicílio, reguladas pelas portarias ministeriais, definindo a Assistência Domiciliar no contexto do SUS, ainda existam dificuldades para viabilizar as pactuações responsáveis pelo gerenciamento e pelo cuidado do paciente durante a transição do hospital para o domicílio. De acordo com Arruda *et al.* (2015), a resolução de problemas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde exige flexibilidade e dinamismo em relação aos ajustes necessários, tendo em vista o complexo sistema de saúde brasileiro. Os autores alertam que as estratégias a serem adotadas no processo de reorganização dos serviços devem ter coerência e adequação à realidade social e necessidades da população.

Ademais, os parâmetros envolvidos na alta hospitalar nem sempre estão bem estabelecidos, ou seja, estar clinicamente bem não deve ser utilizado como critério isoladamente. Atrasos na alta hospitalar podem acontecer, sobretudo, relacionados ao agendamento de exames e à indisponibilidade de instalações adequadas ao paciente após a alta. A decisão de alta hospitalar, na verdade, é uma tarefa complexa e multifacetada, em que o critério clínico é apenas uma variável. Ressaltando ainda que, nesse processo, a escuta do paciente nem sempre é uma constante, sendo sua opinião muitas vezes não levada em consideração (UBBINK *et al.*, 2014).

Nessa lógica, uma ferramenta para gestão do cuidado em saúde e otimização do processo de desospitalização em unidades hospitalares deve projetar redução no atraso da alta hospitalar, no tempo de internação desnecessário e valorizar a escuta do paciente, de modo que ele e sua família participem ativamente do processo de cuidado e alta (UBBINK *et al.*, 2014).

No entanto, desafios impõem-se diante de algumas situações atreladas ao processo de alta do paciente; à polifarmácia e esquemas posológicos de difícil adesão; à falta de preparação adequada para o retorno ao domicílio; à queda funcional pós-internação, fazendo o paciente ficar mais dependente de terceiros para realização de atividades de vida diária; à insegurança dos familiares no cuidar do seu ente, lembrando que o tempo cronológico ditado pela dinâmica hospitalar nem sempre acompanha o tempo psíquico para paciente e família organizarem-se diante essas novas condições. Essas questões podem acarretar um alto risco de insucesso no andamento da desospitalização.

Desse modo, ao utilizar a ferramenta da desospitalização para a gestão do cuidado, é relevante refletir acerca desse processo sob a ótica do pensamento complexo, ao considerar o ser humano em sua multidimensionalidade frente às exigências do mundo contemporâneo e ao valorizar a importância de observar a pessoa, juntando suas verdades, reconhecendo inseparavelmente a unidade e a diversidade humana (MORIN, 2012).

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado em saúde, deve envolver a disponibilidade e a sensibilidade para perceber as necessidades da pessoa a ser cuidada. Dessa maneira, o processo de desospitalização, permite ter em vista a pluralidade de dimensões que emergem das interações, das ações e das retroações que perpassam por esse cenário, composto pela equipe multiprofissional e as famílias.

Assim, repensar o modo como o trabalho tem sido implementado nos cenários hospitalares, buscando participação de todos os atores envolvidos nesse contexto, por intermédio de discussão e delineamento de novas possibilidades de organização do processo de trabalho, são elementos fundamentais para a gestão em saúde com vistas à desospitalização.

A intencionalidade, também apontada pelo pensamento complexo descrito por Morin (2012), está em alinhamento com os "novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde" ressaltados por Merhy e Feuerwerker (2008). Para os autores, tais arranjos, construídos e implementados pelas equipes, visam às modalidades assistenciais que favoreçam a transição do cuidado do hospital para o domicílio de modo responsável, participativo e colaborativo, minimizando a ansiedade e a sensação de abandono que permeiam a desospitalização, frequentemente referidas pelas famílias, e que podem e devem ser atenuadas na gestão do cuidado.

Desse modo, considerar esses atores como elementos fundamentais na construção coletiva desse processo faz-se indispensável para a gestão do cuidado, possibilitando mudança ou inclusão de novos elementos aos conceitos e à prática já existente. Sendo, por isso, fundamental a percepção de que a maneira vigente de um cuidar fragmentado ou de práticas isoladas é insuficiente para solucionar os desafios impostos pelo trabalho (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Em frente às dificuldades para organização do processo assistencial e de trabalho diante da cronicidade das situações de saúde, o foco passa a ser a necessidade de novas formas de cuidar durante a transição do cuidado do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar ou outros pontos de atenção das RAS.

A coletivização de ideias como processo político pode favorecer a construção coletiva na busca por estratégias, inovações e novas formas de compreender os problemas das organizações com a participação de diferentes atores (MOTTA, 2004; WHEATLEY, 2006).

A ênfase é implementar modelos que também focalizem as famílias como protagonistas desse processo, resgatando a participação dos membros e o entrosamento família/paciente/equipe e uma boa comunicação entre estes para que ocorra a participação nas tomadas de decisão frente às escolhas fundamentais no processo de gestão do cuidado em prol da qualidade do cuidado e de vida dos envolvidos.

Nesse seguimento, o enfoque na continuidade do cuidado deve ser mantido por meio das interfaces e comunicações entre todos os níveis de atenção, em consonância com as *Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas* estabelecidas no País. (MERHY; FEUERWERKER, 2008; BRASIL, 2012b; SIMÃO; MIOTO, 2016; SAGA *et al*., 2018). Prognosticar adequadamente, discutindo os achados de maneira interdisciplinar, além de orientar os envolvidos sobre as expectativas relacionadas ao curso da doença, auxilia na gestão do cuidado e no manejo dos sintomas, diminuindo o risco de falha no decurso da alta hospitalar. Outrossim, alternativas de suporte para acompanhamento, como assistência domiciliar, consultas agendadas, medicação e material para uso em domicílio auxiliam paciente e família nessa construção, aumentando a confiança de uma estrutura montada para subsidiar essa alta.

Assim, deve-se pensar na desospitalização, como descrita por Feuerwerker e Merhy (2008), como espaço para o cuidado de modo ético-político, possibilitando que usuário, família e comunidade sejam participantes ativos do planejamento e da execução do cuidado em conjunto com a equipe, potencializando as novas práticas e as inovações do cuidar em saúde. Para os referidos autores, esse processo visa ao cuidado de pessoas em três grandes grupos para atuação: ***Processos Agudos, Processos Crônicos e Cuidados Paliativos***, tendendo ao desenvolvimento de estratégias que permitam o desenvolvimento da desospitalização visando à prevenção de internações desnecessárias; à implementação de "alta precoce", possibilitando maior rotatividade de leitos hospitalares; prevenindo sucessivas reinternações e promovendo desospitalização em Cuidados Paliativos por meio do trabalho em equipe, objetivando o controle sintomático, a qualidade de vida e o preparo para morte.

Desospitalizar significa considerar a complexidade desse processo e as diferentes dimensões que a constituem, sobretudo na garantia de um cuidado continuado centrado no paciente e nas necessidades da família, por intermédio de um trabalho multiprofissional em atendimento aos princípios do SUS.

6.2 Gestão do cuidado em saúde: subsídios para o processo de desospitalização

Para Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde envolve cinco dimensões que precisam ser consideradas na reconfiguração de um processo de trabalho ou assistencial, sendo elas: dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A **dimensão individual** representa o "cuidar de si" e a garantia da autonomia da pessoa com a produção de "novos modos de viver". Esta dimensão considera a necessidade de se reorganizar frente a um diagnóstico estigmatizante, que por vezes é encarado como sentença de morte imediata. Associado a busca por novas maneiras de encarar as adversidades e as limitações impostas pela vida e pela doença. Dessa maneira, garantindo a autonomia, permite que o paciente possa conduzir a forma como deseja ser cuidado (CECÍLIO, 2011).

Na **dimensão familiar**, descrita pelo mesmo autor, percebe-se a relevância da família, amigos e vizinhos como uma rede de apoio, sobretudo nesse processo de desospitalização, no qual os diferentes saberes formais e informais precisam estar alinhados para a melhor condução do caso (CECÍLIO, 2011).

Na **dimensão profissiona**l, ocorre o encontro entre profissionais e usuário por meio de demonstrações de competência técnica, postura ética e a construção de um convívio saudável entre quem cuida e é cuidado. Para além destas afirmações apontadas por Cecílio (2011), a relação de confiança deve estar presente nesse ato de encontro para que todo o processo de transição do cuidar do hospital para o domicílio possa transcorrer de modo adequado.

No tocante à **dimensão organizacional**, também encontrada no processo de desospitalização, estão envolvidas as atividades em equipe por meio da coordenação, da comunicação, da centralidade e da organização do processo de trabalho, que objetiva reconfigurar fluxos, protocolos e ações cooperativas, sendo fundamental a divisão técnica e social nesse seguimento (CECÍLIO, 2011).

A **dimensão sistêmica** engloba conexões formais, regulares e regulamentadas que compõe as redes ou linhas de cuidado. Estas servem como base para as formulações de políticas, sendo a desospitalização uma linha que possui necessidades próprias voltadas para as alterações que o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo ao longo dos anos (CECÍLIO, 2011).

Por fim, a **dimensão societária** envolve questões de formulações de políticas a partir das necessidades sociais e como o Estado vem pensando a saúde nesses contextos.

Nessa acepção, apesar do surgimento de discussões sobre esse universo, o processo de desospitalização da pessoa em Cuidados Paliativos necessita de maiores investimentos em busca de adequações e padronizações para a prática já instituída (CECÍLIO, 2011).

Diante dessas perspectivas surge a necessidade de atentar para a complexidade e heterogeneidade de situações que perpassam o processo de gestão do cuidado em saúde no campo micropolítico, entendido como "[...] o conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada 'realidade organizacional' [...]". (CECÍLIO, 2011, p. 593). Portanto, torna-se imprescindível propiciar, nos espaços de cuidado, o encontro entre profissionais de saúde e pacientes, de maneira a alinhar, com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde brasileira, as necessidades identificadas ao que tange o protagonismo do paciente para construção coletiva de um plano terapêutico.

Para além dessas dimensões apresentadas por Cecílio (2011), acredita-se na relevância no que tange um olhar também para a abordagem espiritual, como parte também deste processo, englobando uma visão mais humanística e menos voltada para a administração clássica, pensando na espiritualidade como possível condicionante de necessidades apresentados por usuários e famílias no contexto de desospitalizar e que necessita ser amparado pela equipe multiprofissional, de modo a corroborar com a segurança ofertada durante este novo desafio.

6.2.1 A gestão do cuidado em saúde e a espiritualidade: um olhar para o processo de desospitalização

A espiritualidade abrange todos os atores na gestão do cuidado em saúde, por esse motivo influencia as ações e os envolvidos no processo de desospitalização. Nunes e Rodrigues (2012), ao abordar a unidade familiar no processo de desospitalização, indicam as demandas espirituais como constituintes dessa unidade de cuidado. Da mesma forma, Carvalho (2008) adverte que as necessidades de cuidados demandadas pela pessoa com DCNT trazem consigo implicações espirituais e requer da equipe multiprofissional atitudes que favoreçam tais aspectos no contexto do cuidar em desospitalização.

A espiritualidade e saúde é um tema em discussão desde 1988, seu surgimento foi sumarizado por Khayat (1998 *apud* TONIOL, 2015, p. 202-203, grifo do autor):

> Em maio de 1983, durante a 37ª Assembleia Mundial de Saúde, uma decisão histórica foi tomada: a **"dimensão espiritual" foi integrada ao programa de estratégia da saúde** dos Estados membros da OMS. [...] Quatorze anos mais tarde, o grupo especial

> do comitê executivo da entidade, destacado para revisar sua constituição, propôs que o preâmbulo do documento, onde se define o que é saúde, fosse alterado para: saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, **espiritual** e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Em janeiro de 1998, os membros do comitê executivo endossaram a proposta e a resolução foi adotada pela OMS.

A espiritualidade é, muitas vezes, confundida com a religiosidade, porém ambos conceitos têm significados distintos, a espiritualidade pode ser entendida como a consciência do "eu interior", com a busca pessoal do significado da vida e com o sagrado ou transcendente, podendo ou não estar vinculada a uma religião (BRITO *et al.*, 2013 *apud* JURADO *et al.*, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) a espiritualidade é um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Para Lucchetti, G., Lucchetti, A. e Avezum Junior (2011) a espiritualidade é uma busca pessoal de compreensão das questões existenciais humanas, como o sentido da vida e da morte, bem como de suas relações com o sagrado/transcendente, sendo que esse processo não está necessariamente relacionado com práticas religiosas.

Toniol (2015, p. 202) em sua abordagem resume que "[...] a espiritualidade, ao contrário da religião, não depende do voluntarismo de uma crença para existir, mas decorre de uma disposição constituinte da pessoa. Espiritualidade é, em suma, uma dimensão do indivíduo."

Os conceitos apresentados coincidem sobre a espiritualidade não se limitar a crenças, práticas religiosas ou religião. É um aspecto intrínseco do ser humano, podendo ou não se sobrepor à religiosidade ou resultar dos valores individuais da pessoa e de seu relacionamento com o mundo.

Raddatz, Motta e Alminhana (2019, p. 700) apresentam as definições principais de religiosidade e espiritualidade:

> Segundo Lucchetti, Granero, Bassi, Latorraca e Nacif (2010), a religiosidade pode ser definida como a maneira com que o indivíduo acredita e segue a sua religião podendo ser com participação organizacional em templo religioso ou de forma mais pessoal, como orações, leituras e programas de televisão religiosos. A religiosidade pode ser vista também como o enaltecimento de alguma prática religiosa, no sentido de valorização da experiência, não estando ligada necessariamente a nenhuma religião específica.
>
> Por outro lado, a espiritualidade abrange a instância pessoal e existencial, sendo assim, menos relacionada diretamente a instituições, rituais e dogmas (KOENIG *et al.*, 2012).

Os autores apresentam resultados de estudos realizados com profissionais de saúde, pacientes, estudantes de medicina e de enfermagem e constatam uma "[...] a carência de treinamento, bem como o *gap* existente entre as expectativas dos estudantes de Medicina e a realidade do currículo das universidades brasileiras." (RADDATZ; MOTTA; ALMINHANA, 2019, p. 701).

A este respeito, a pesquisa de Raddatz, Motta e Alminhana (2019, p. 699) observa uma espécie de "[...] círculo vicioso, a ausência de treinamento adequado pode levar à falta de inserção do tema na formação acadêmica". Dessa forma, a falta de treinamento de profissionais é um dos pontos que precisa ser superado para que a integralidade, como eixo norteador da reorganização das práticas e reversão do modelo de atenção, defendida por Santos, Michima e Merhy (2018, p. 862) implique "no compromisso com uma atenção direcionada às necessidades objetivas e subjetivas das unidades familiares em seu contexto físico, social e espiritual, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional no cotidiano do trabalho".

Lucchetti *et al.* (2010) elencam, a respeito da abordagem da espiritualidade, que muitos pacientes são religiosos e suas crenças os ajudam a lidar com muitos aspectos da vida; que as crenças pessoais, tanto dos médicos quanto dos pacientes, influenciam nas suas decisões; que atividades e crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida; e que o paciente gostaria que seus médicos comentassem sobre suas necessidades espirituais e/ou os abordassem sobre sua religião e espiritualidade. Assim, o que o autor propõe é que o clínico deva saber o momento e a forma de abordar tal aspecto, sem ofender ou julgar, mas exercendo a medicina de forma mais humana e integral possível.

Jurado *et al.* (2019) tratam a espiritualidade e a enfermagem como importante dimensão do cuidar, sendo o cuidado espiritual ao paciente de suma importância para uma assistência integral.

> A dimensão espiritual está contemplada na taxonomia do North American Nursing Diagnosis Association International – NANDA-I para diagnósticos de enfermagem, um exemplo da responsabilidade da enfermagem em avaliar as necessidades espirituais e de promover a saúde espiritual dos pacientes.

Siqueira *et al.* (2017) apresentam o olhar do enfermeiro sobre a espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico e evidenciam-se que essa temática necessita ser incluída na formação do profissional enfermeiro e, também, discutida e aprofundada em todos os cenários da prática profissional da enfermagem/saúde.

O estudo de Bazzan *et al.* (2019) identificam os sistemas de apoio utilizados pelos familiares para o processo de adaptação à internação da criança na unidade de terapia intensiva: os amigos; os componentes familiares de outras crianças internadas; a espiritualidade e a equipe de saúde. O estudo evidencia a necessidade de os enfermeiros intensificarem a escuta visando fortalecer o sistema de apoio dos familiares.

A perspectiva apresentada por Bazzan *et al.* (2019) é importante, pois os sistemas de apoio identificados são os mesmos componentes da gestão do cuidado e, por conseguinte, da desospitalização que também os considera.

Sobre o conceito de desospitalização, segundo Olario *et al.* (2018) "[...] se refere à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, favorecendo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção da pessoa na rede, considerando os princípios da humanização, continuidade do cuidado e participação da família". Olario *et al.* (2018) lembra:

> [...] O Ministério da Saúde brasileiro vem investindo em políticas e estratégias para minimizar os impactos sociais e decorrentes da magnitude das situações crônicas de saúde, promovendo a qualidade de vida das pessoas nessas condições, bem como a integração e participação da família neste cenário, proporcionando o cuidar em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar.

A espiritualidade abrange todos os atores que podem ou não estar preparados para considerar tal dimensão no processo saúde-doença. A espiritualidade não se apresenta como abordagem nova, mas que precisa ser inserida no processo de desospitalizar, que compreende também a "manutenção da articulação em rede, de modo integrado e humanizado ao implementar ações pactuadas com a unidade familiar" (OLARIO, 2019, p. 21).

Referências

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015.

BAZZAN, J. S. *et al.* Sistemas de apoio na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva dos familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, p. 243-250, dec. 2019. Supl. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-16720190009002 43&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 ago. 2020.

BLUNT, I.; BARDSELY, M.; DIXON, J. **Trends in Emergency Admissions in England 2004-2009**. London: The Nuffield Trust, 2010. Disponível em: https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/trends-emergency-admissions-report-web-final.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012a. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: MS, 2012b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 87-96, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

DONZE, J. *et al.* Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients Derivation and Validation of a Prediction Model. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 8, p. 632-638, Apr. 2013. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1672282. Acesso em: 28 jul. 2020.

JURADO, S. R. *et al.* A espiritualidade e a enfermagem uma importante dimensão do cuidar. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 259, p. 3447-3451, 2019. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg89.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM JUNIOR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

MARIOTTI, H. **Pensando diferente**: para lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão. São Paulo: Atlas, 2010.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. *In:* SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 1., 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos** [...]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QekaWUzMlLYJ:ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php%3FfileId%3D907+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 20 out. 2020.

MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

NUNES, M. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tratamento paliativo: perspectiva da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 338-343, jul./set. 2012.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLARIO, P. S. *et al.* Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade do Rio de Janeiro/Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018.

RADDATZ, J. S.; MOTTA, R. F.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712019000400699&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 ago. 2020.

SAGA, Y. *et al.* Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. **Chinese Clinical Oncology**, Hong Kong, v. 7, n. 3, p. 32, June 2018.

SANTOS, D. S.; MICHIMA, S. M.; MERHY, E. L. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

SIQUEIRA, H. C. H. *et al.* Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico: olhar do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 2996-3004, ago. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110202/22099. Acesso em: 3 ago. 2020.

TONIOL, R. **Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134201/000985756.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 3 ago. 2020.

UBBINK, D. T. *et al.* Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? A mixed-methods study. **PLoS One**, San Francisco, CA, v. 9, n. 3, p. e91333, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953385. Acesso em: 28 jul. 2020.

WHEATLEY, M. J. **Liderança e a nova ciência**: descobrindo ordem num mundo caótico. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Cultrix, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Genève: WHO, 1998. (Report on WHO consultation). Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/70897. Acesso em: 4 ago. 2020.

7 DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES

Patrícia da Silva Olario
Marléa Crescêncio Chagas
Leonor Maria da SilvaGomes
Alexandre Ernesto da Silva
Aline Saraiva da Silva Correa
Elaine Cristine da Conceição Vianna

O presente capítulo apresenta a desospitalização como ferramenta na articulação da gestão do cuidado no planejamento para alta responsável e na contribuição para gestão de leitos nos serviços de saúde, a partir de experiências na implantação de modelos de cuidado em uma unidade hospitalar de alta complexidade na cidade do Rio de Janeiro.

7.1 O processo de trabalho como base para as diretrizes da implementação do processo de desospitalização a partir das unidades hospitalares

Para entender a desospitalização como ferramenta tratada neste livro, é preciso contextualizar a prática amparada nos apontamentos teóricos, ainda incipientes na construção desse caminhar, fazendo com que os desafios sejam inúmeros, entre eles o reconhecimento da necessidade e implementação de diretrizes, normas legais e políticas direcionadas ao tema.

As diretrizes para a construção ou implementação de uma prática ou proposta em saúde advém das observações, reflexões e inovações desenvolvidas com base nas experiências e vivências adquiridas. Com relação ao processo de desospitalização, essas advêm da construção coletiva, a partir das discussões realizadas na Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro[1] e das expertises desenvolvidas pelas unidades hospitalares na construção do conhecimento, oriundos dos diferentes saberes e abordagens multiprofissionais que norteiam esse universo.

[1] A Câmara Técnica de Desospitalização dos hospitais e institutos federais, como já mencionado no Capítulo 1 deste livro, compõem as Câmara Técnicas Assistenciais e desenvolve suas atividades por meio de metodologia participativa, promovendo a integração, o compartilhamento de melhores práticas e o aprimoramento dos profissionais das unidades federais no Rio de Janeiro.

O conceito de diretriz descrito por Ferreira (2010, p. 257) como "Linha segundo a qual se traça um plano em qualquer estrada ou caminho", "Maneira de se proceder ou se portar, conduta" ou "Linha ao longo da qual se faz correr outra linha ou uma superfície", remete-nos à reflexão que, ao traçarmos diretrizes como base nos trabalhos já desenvolvidos, não se trata de uma verdade absoluta, mas de um caminho ou uma direção que possibilite nortear novas práticas no trabalho da desospitalização no Brasil.

Nesse contexto, repensar a prática a partir da sua própria como proposto por Trentini, Paim e Silva (2014), reflete a construção de um modelo que é gerado e que Morin chama de Realidade Recíproca na qual a sociedade e indivíduos são produtos um do outro.

Contextualizar o processo de trabalho, sobretudo com ações voltadas para a dimensão profissional do cuidado apontada por Cecílio (2011), demonstra a não fragmentação de conhecimentos e o entendimento do cuidado como um elemento da complexidade humana e da produção de política pela sociedade. Acredita-se, ainda, que nesse contexto seja possível observar a multidimensionalidade que envolve todo esse processo e reorganizar-se a partir das demandas apresentadas no cotidiano da ação prática.

No caminhar no universo da desospitalização e com base nos colocações de Olario (2019), no que se refere aos pontos relevantes para a implementação da desospitalização a partir de uma unidade hospitalar, cabe considerar: 1) necessidade de articulações internas e externas, com vistas a otimizar o processo de trabalho da desospitalização; 2) construção de um cuidado pautado no humano e nas incertezas identificadas pela equipe multiprofissional, desde a internação até a transição do cuidado para o domicílio ou outro ponto das Rede de Atenção à Saúde (RAS); 3) necessidade de capacitação profissional e melhor comunicação interequipes e serviços com informações mais uniformes em toda RAS, com vistas a melhorar o itinerário terapêutico e a otimização do atendimento.

Visando ao alcance dos pontos assinalados, é fundamental reformular o pensamento de que o hospital é o "melhor e único" local para o cuidar, gerando, por intermédio dessa ação, um impacto na prática assistencial que requer ouvir e entender as diferentes partes que compõem o todo desse processo, contemplado por instâncias intra e extra-hospitalares, equipe multiprofissional, usuário e família, favorecendo, desse modo, a elaboração de propostas e estratégias oriundas das articulações necessárias para a condução e a manutenção desse cuidado.

Nesse sentido, tal método deve contemplar todo processo de internação, desde o momento de internação até a transição do cuidado para outros pontos das RAS, constituindo cuidadores formais e informais, garantindo o apoio da comunidade e buscando a construção de redes formais e informais componentes de uma teia complexa composta por diferentes atores e locais, com o objetivo de redução de incertezas e desospitalização de modo coordenado, responsável e com promoção de cidadania.

Para o desenvolvimento de tais ações e a reformulação de pensamentos, faz-se necessária uma mudança de paradigma, buscando a manutenção de um sistema de saúde aliado a uma política que promova a retroalimentação entre os elementos das RAS e os cuidados de modo criativo e nem sempre formais, promovendo, assim, alianças, articulações, construções coletivas, inovações e humanização durante todo processo, sendo esses pontos necessários com vistas à não dispersão das iniciativas voltadas para essa população.

Para a formulação de estratégias que possam ser implementadas, não apenas em âmbito local ou centrado em uma das instâncias envolvidas no cuidar, a desospitalização precisa estar pautada na troca e na discussão dos casos interequipes, com a participação do usuário e da família, em período anterior a alta hospitalar, buscado contemplar as possíveis necessidades, caracterizando, desse modo, um processo contínuo, organizado e estruturado, possibilitando atender a todos os elementos necessários para a implementação do procedimento e sanar as expectativas do usuário e da família acerca do cuidar em domicílio.

Nesta perspectiva, é importante pensar na construção coletiva do cuidar, considerando a desospitalização como um processo que perpassa por diferentes cenários e equipes que podem remeter a um ciclo auto-organizador, autoprodutor e autoconstrutivo, como proposto por Morin (2008), permitindo o reconhecimento dos diversos agentes que compõem o universo da desospitalização. O usuário, ao ingressar no ambiente hospitalar, torna esse momento fundamental para a estruturação do gerenciamento do cuidar com estabelecimento de metas, identificação de necessidades junto à equipe e à família e com o objetivo de planejamento futuro.

Assim, a intencionalidade de uma gerência do cuidado pautada na integralidade, com a participação de diferentes membros das equipes multiprofissionais, não apenas do serviço de desospitalização dos serviços das unidades hospitalares, proporciona maior resolutividade no processo de transição do cuidar, favorecendo, a partir das decisões e articulações internas conjuntas, articulação externa melhor e mais assertiva, com maior

efetividade e resolutividade nas ações, respeitando o humano e a complexidade que permeiam todo este universo de desospitalizar.

Pensar no trabalho de equipe articulado e integrado configura uma oportunidade de cuidados de saúde constituídos de modo coletivo, contradizendo a ótica dominante do trabalho fragmentado existente e independente, como descrito por Peduzzi e Ciampone (2014).

O processo de desospitalização nem sempre se configura somente pela alta hospitalar, com seguimento de cuidados e atendimento domiciliar por uma equipe de referência nesta área. Pode se estabelecer em virtude da tipologia dos casos, da disponibilidade e da possibilidade de acompanhamento pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (Padi), ou serviços próprios vinculados às unidades hospitalares e institutos, localização de moradia e outros fatores, ou seja, construir rede de apoio e articulações nas RAS, torna-se imperioso para a garantia de continuidade de cuidado e alta responsável.

Nesse caminhar de construção de um processo de desospitalização, com entendimento de que não se pauta apenas na alta médica ou no contato do serviço social com a família, mas que precisa estar amparada por formulação de estratégias conjuntas que fuja ao cenário de abrangência de apenas um setor ou centrado em apenas algumas categorias profissionais ou pessoa. Assim, acredita-se na soma das partes de forma articulada e dialógica, conferindo ao usuário e à família um cuidado pautado na integração de saberes, bem como na continuidade e na garantia de atendimento nas diversas esferas das RAS.

Para Peiter *et al.* (2016), a comunicação precisa ser um fator de interferência na dinâmica do funcionamento das instituições, sensibilizando os envolvidos e promovendo a interdisciplinaridade, buscando a integralidade das ações com base nos princípios da ética e da responsabilidade. Assim, com vistas à criação de serviços, comissões, equipes e/ou qualquer outra denominação instituída aos profissionais atuantes no processo de desospitalizar, cabe considerar os pontos sugeridos a seguir, não como algo protocolar, mas como um norteador para a desospitalização:

- Saber que a desospitalização é algo complexo e precisa contemplar a multidimensionalidade que envolve esse universo.
- Precisa agregar múltiplos saberes (envolvimento de uma equipe multiprofissional) para contemplar a complexidade de desospitalizar, dos diferentes diagnósticos

e suas implicações sociais, bem como da transição do hospital para o domicílio com o suporte necessário.

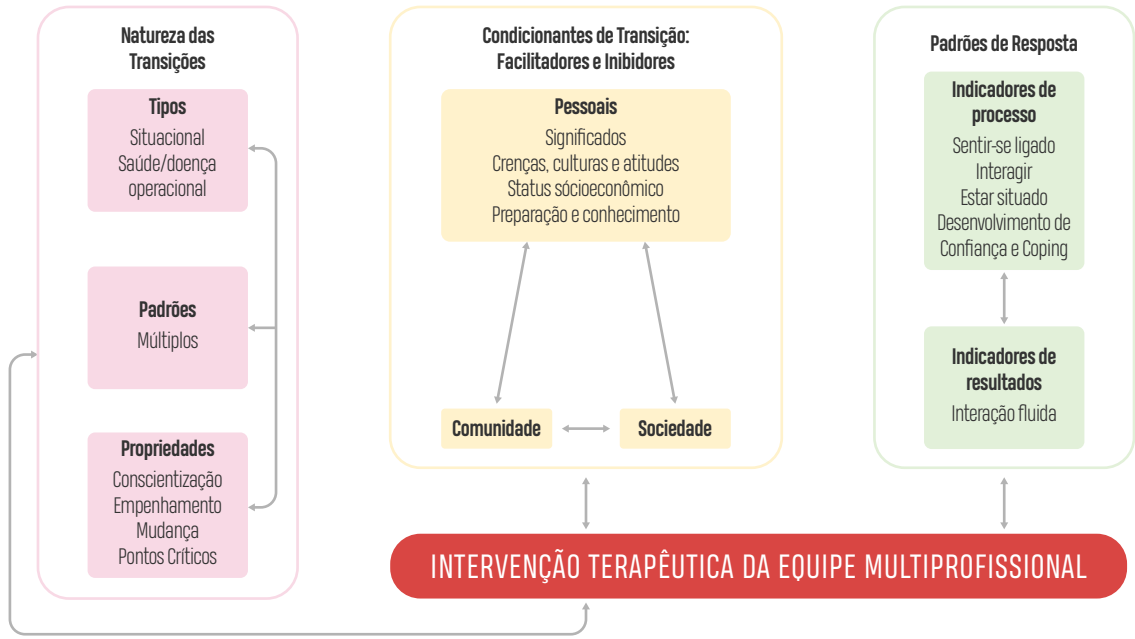
- Contempla ações de horizontalidade e precisa envolver família e equipe, envolvendo todos esses atores no planejamento e na execução dos cuidados e na transição proposta.
- É necessário garantir suporte logístico, emocional, espiritual e físico a partir das incertezas identificadas no processo de desospitalização, fornecendo a adaptação necessária às novas situações.
- Envolve equipe intra-hospitalar, extra-hospitalar, Redes de Atenção à Saúde, usuários, família e comunidade.
- Baseia-se na humanização, na integralidade, na multidisciplinaridade, na articulação em rede, na dialogicidade e na multidimensionalidade.
- Precisa ser pensada de forma a envolver múltiplos serviços, anterior ao momento da alta hospitalar e com vistas ao pós-alta.
- Envolve questões sociais, predisposição em cuidar e adquirir novos conhecimentos por parte de todos os envolvidos, mudança de cultura institucional, bem como desenvolvimento de confiança e redução de incertezas a partir do apoio da equipe, ainda em ambiente intra-hospitalar.
- A formulação de fluxos e normativas precisam ser embasados nos preceitos anteriormente propostos e desenvolvidos com base na filosofia institucional, no público-alvo a ser atendido, na rede local, nos objetivos esperados e outros determinantes que servirão como norteadores da condução do processo, podendo ser alterados de acordo com a necessidade identificada pela equipe, família e comunidade.

7.2 Desospitalização em unidades hospitalares: ferramentas de gestão utilizadas para otimizar o planejamento para alta responsável

No processo de desospitalização de pacientes internados é fundamental considerar os condicionantes entendidos como importantes para transição do cuidado seguro, no planejamento para alta e continuidade do cuidado. Esses condicionantes atuam como facilitadores ou inibidores diante das situações que surgem no decorrer do processo de internação e alta. A Figura 4 apresenta esses condicionantes que auxiliam as equipes multiprofissionais na prestação e na execução de cuidados de forma mais assertiva, na busca por assistência em momento adequado e em locais de referência apontados pela

equipe, na formação de parcerias comunitárias e adaptações necessárias, sendo esses os principais padrões de resposta esperados.

Figura 4 – Condicionantes de transição do cuidado do hospital para o domicílio



Fonte: Olario (2019) com base na Teoria da Transição de Meleis (2000).

Os condicionantes apresentados por Olario (2019) como natureza das transições, condicionantes da transição: facilitares e inibidores e padrões e respostas devem permear todo processo das ações de desospitalização presentes na gestão do cuidado do paciente.

Nessa perspectiva, descreve-se, a seguir, o fluxo utilizado pela equipe de desospitalização do Hospital Federal Cardoso Fontes[2] como plano de cuidados para a alta. O fluxo de planejamento da alta hospitalar inicia-se no momento da internação hospitalar. Na admissão, a avaliação do paciente deve ser multidimensional e por definição multidisciplinar, facilitando que a equipe de saúde identifique as questões físicas e clínicas e psicossociais do paciente. Nesse momento, devem-se relacionar quais medicamentos o paciente fazia uso antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou da suspensão do uso dos deles. A reconciliação medicamentosa e orientação efetiva do paciente sobre o regime medicamentoso após a alta é um dos pontos mais críticos da desospitalização (MENEZES, 2019).

[2] O Hospital Federal Cardoso Fontes é uma das seis unidades hospitalares do Ministério da Saúde (MS) no município do Rio de Janeiro. Localizado na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, presta atendimentos de média e alta complexidades a pacientes clínicos e cirúrgicos, possui serviço de emergência de porta aberta e é referência no atendimento oncológico.

A partir de informações sobre o evento que motivou a internação hospitalar, além das condições gerais de saúde e status funcional prévio à hospitalização, é traçado o plano de cuidados, assim como o planejamento de alta. Nesse contexto, algumas perguntas devem ser respondidas: Qual o objetivo da internação hospitalar? Qual o problema principal a ser resolvido a fim de viabilizar o retorno do individuo ao domicílio? Qual o tipo de suporte que esse indivíduo e sua família necessitam para dar continuidade ao cuidado?

No ambiente de internação hospitalar, o planejamento da prestação do cuidado deve ser desenvolvido de forma que o paciente esteja inserido no centro desse processo, aumentando a qualidade da assistência, permitindo um cuidado individualizado e integral. O profissional de saúde deve ajustar o vocabulário de acordo com as habilidades e os conhecimentos dos pacientes e familiares, caso isso não seja feito pode dificultar a compreensão da informação e, consequentemente, levar à insegurança no processo de desospitalização. Assim, uma comunicação efetiva e clara ganha papel essencial, tanto a comunicação entre equipe de saúde e família para que as orientações e cuidados após a alta sejam bem compreendidos quanto a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. A comunicação entre os profissionais envolvidos no planejamento de cuidados e alta do paciente deve ser facilitada por meio de reuniões de equipe diárias.

A presença do cuidador familiar ou informal deve ser avaliada de forma detalhada, uma vez que fatores como nível de parentesco, escolaridade, idade, sexo, ocupação, residência, grau de aproximação com o paciente e condições de saúde vão influenciar na capacidade de desempenho da função de cuidador. Todos esses aspectos devem ser abordados no planejamento da alta, pois embasarão as orientações necessárias ao cuidador de tal forma que se torne capaz de assumir, gerenciar e sustentar essa atividade.

A identificação do momento ideal da alta hospitalar deve ser um objetivo a ser perseguido pelo médico-assistente e pela equipe de apoio visando ao bem-estar do paciente, uma vez que temos vasta literatura mostrando os malefícios de internação hospitalar prolongada como delírio, infecção nosocomial, perda funcional, fenômenos tromboembólicos, efeitos adversos a medicamentos, lesões por pressão e quedas. Além dos benefícios individuais trazidos pela desospitalização, também são evidentes que tal abordagem reduz o tempo médio de internação e leva a otimização de leitos hospitalares, trazendo benefícios a todo o sistema de saúde.

Fatores que aumentam a complexidade da alta hospitalar e o risco de falhas nesse processo de transição de cuidado do hospital para o domicílio são: idade avançada,

dependência para atividades de vida diária, multimorbidades, polifarmácia, internação hospitalar prolongada, duas ou mais internações hospitalares no último ano, lesões de pele, uso de cateteres, ostomias, rede social deficitária, doença crônica grave incurável ameaçadora da vida (MENEZES, 2019).

Esses fatores devem ser identificados o mais brevemente possível para a equipe de saúde poder em conjunto com a família/cuidador e definir estratégias que viabilizem a desospitaliazação, mantendo a continuidade dos cuidados de saúde, preservando a segurança do paciente e evitando a readmissão hospitalar precoce.

A maioria desses pacientes, quando bem avaliados e com a condução da desospitalização enquanto processo, pode se beneficiar da transição do hospital para o domicílio. Dependendo do perfil do paciente, este pode ser referenciado para atendimento domiciliar de curta permanência com duração de dias a poucas semanas, como, por exemplo, aqueles que precisam finalizar tratamentos, tais como: antibiótico parenterais de infecções agudas, curativo de feridas em processo final de epitelização, ou uso de anticoagulantes parenterais até ajuste de anticoagulante oral, podendo ser inicialmente acompanhados por uma equipe de desospitalização do hospital de origem, com vínculo com o usuário e a família, que ajudará no treinamento e na independência do cuidador, bem como articulação com a RAS para continuidade do atendimento em domicílio.

Pacientes com feridas complexas, tratamento antibiótico parenteral prolongado, como para osteomielite ou endocardite infecciosa, reabilitação e cuidados domiciliares de pessoas acometidas por patologias crônico-degenerativas e outras condições após internação hospitalar prolongada são indicados para atendimento domiciliar de média permanência, com duração de semanas a poucos meses, sendo, nesses casos, mais adequada a continuidade de atendimento pela equipe de desospitalização de referência hospitalar ou equipe domiciliar da atenção básica, em constante comunicação com equipe de desospitalização para a garantia de exames complexos, atendimentos de urgência e emergência, bem como possíveis reinternações, quando necessário.

Em alguns casos, há necessidade de atendimento domiciliar de longa permanência com duração de vários meses a anos, englobando pacientes com doenças crônicas incapacitantes, principalmente as neurodegenerativas. Nesse perfil de atendimento domiciliar, a instrumentalização da família e o olhar longitudinal são fundamentais para o processo de cuidados compartilhados, podendo ser um grande aliado, neste processo, as instituições de longa permanência e hospices, como dispositivo para o ato de desospitalizar.

Exemplificando os cuidados paliativos domiciliares, podem se enquadrar nas modalidades de curta, média ou longa permanências, a depender das características do paciente e de suas comorbidades, além do estado funcional que precisa ser avaliado e discutido desde o início entre família e equipe.

Pensar na desospitalização sob a ótica da transição do cuidado como intervenção efetiva requer considerar os apontamentos de Menezes (2019, p. 311) que diz: "A intervenção efetiva para a transição do cuidado do hospital para o domicílio objetiva manter a continuidade da assistência e reduzir o surgimento de complicações." Assim, reduzir complicações requer articulação inter e extra-hospitalar, planejamento conjunto e acompanhamento pós-alta com a equipe em cuidados compartilhados entre hospital de origem e outros pontos das RAS.

Tal processo vai exigir, entre diversos fatores, a comunicação efetiva como garantia de continuidade de atendimento adequado em domicílio, rede de referência e contrarreferência bem estabelecida, matriciamento interequipes com trocas de saberes, rede de apoio para familiares na retirada de dúvidas, redução de sobrecarga no cuidar e prevenção de reinternações desnecessárias.

Assim, com base nos estudos de Olario (2019) e Menezes (2019), é fundamental considerar os pontos a seguir para o processo de desospitalização, desde a internação até a pós-alta hospitalar:

- Dados clínicos e laboratoriais do doente.
- Participação da família no processo de internação hospitalar.
- Condicionantes para alta.
- Rede familiar e de apoio comunitário.
- Conferências familiares e estabelecimento de metas conjuntas para alta hospitalar.
- Definição em conjunto do espaço de cuidar extra-hospitalar (domicílio, hospices, lares de longa permanência, outros.).
- Ambiente de cuidado extra-hospitalar.
- Infraestrutura necessária (medicamentos, equipamentos, mobiliários, outros.).
- Organização cotidiana do cuidar.
- Treinamento do cuidador.

Para a configuração e a implementação da desospitalização, sob uma ótica mais ampliada, faz-se necessário compreender tais equipes em um movimento duplo que se remete às atuações de visitas e às articulações intra-hospitalares, bem como

movimento que contemple ações extra-hospitalares por meio de visitas de treinamento e matriciamento de integrantes das RAS, visitas de orientações de cuidados compartilhados em domicílio e visitas domiciliares em casos de média e alta complexidade.

No atendimento a pacientes pelo serviço de emergência, pensar desospitalização, em um primeiro momento, parece infactível, soa como algo inatingível se considerarmos as inúmeras dificuldades relatadas de forma cotidiana pelos usuários desse sistema.

Quando vista pela lente do censo comum, as portas de entradas são descritas, de forma geral, como setores superlotados, com ausência de gestão de clínica e ausência de gestão de leitos, com trabalhadores sobrecarregados e pacientes desassistidos. Enxerga-se, por meio dessa lente, os aspectos que não agregam valor aos pacientes e seus trabalhadores em detrimento de fatores que agregam valor, como, por exemplo, o início precoce do tratamento das enfermidades, independentemente do leito operacional para internação.

É incontestável que o "corredor" de uma emergência não é local de internação, o fenômeno macas nos corredores torna o cuidado inseguro, no entanto, essa entrada forçada de usuários, por meio das emergências, acontece por diversos motivos.

Oliveira *et al.* (2013, p. 1) afirmam que:

> Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas. A falta de tecnologia e apoio diagnóstico causa insatisfação da população com a rede básica, que procura o pronto atendimento como forma de realizar consulta médica, exames e obter o resultado no mesmo dia.

Santos e colaboradores (2017, p. 3) reforçam a afirmativa anterior ao colocarem que:

> Apesar dos avanços na implementação de políticas de descentralização do atendimento às urgências/emergências, os serviços hospitalares continuam sendo os locais de maior demanda por atendimentos emergenciais e porta de entrada do sistema de saúde, mesmo quando o caso não se caracteriza como tal do ponto de vista clínico. Essa ampla procura por atendimento resulta em superlotação desses serviços, o que compromete a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, bem como sobrecarrega os profissionais de saúde.

Historicamente, percebe-se que os serviços de emergências se caracterizam como porta de entrada para as instituições hospitalares, sendo entendidas pela população como forma de acesso, e, para alguns, como a única forma de acesso aos recursos e tecnologias do sistema de saúde público.

Nessa perspectiva na qual a demanda é maior que a oferta, a sobrecarga do serviço é inevitável, o que torna essencial a definição de estratégias e fluxos que visem à diminuição do tempo médio de permanência na emergência de pacientes que possuem indicação clínica de internação hospitalar, assim como diminuição do tempo de passagem dos que não necessitam internar, mas que buscam intervenção que solucione a queixa que o levou a emergência.

No espaço de cuidado, onde os leitos para os atendimentos emergenciais se tornam cada dia mais procurados, escassez geral, esse gargalo estrutural gerado a partir de uma porta de entrada maior que a porta de saída, fez a equipe de saúde se aproximar de metodologias de gestão da qualidade conjugadas a mecanismos de desospitalização, com vista à melhoria dos processos assistenciais realizados nas emergências e na gestão de leitos para otimização do tempo de permanência dos pacientes nesses serviços.

Em 2019, o HFCF passou a compor o Projeto Lean nas Emergências, um projeto do MS desenvolvido por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), executado em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, que objetiva reduzir a superlotação nas urgências e emergências de hospitais públicos e filantrópicos por meio do uso da metodologia Lean. Essa metodologia visa melhorar a gestão racionalizando recursos, otimizando espaços e insumos e orientando os profissionais de saúde dos hospitais públicos participantes, quanto às melhores práticas para o cuidado do paciente (BRASIL, 2019).

A metodologia traz o conceito de agregar valor às atividades de gestão, tendo como foco principal a identificação e a eliminação dos desperdícios, sejam eles de tempo, de recursos ou equipamentos. É um corpo de conhecimento com capacidade de eliminar desperdícios continuamente e resolver problemas de maneira sistemática, repensando a forma de liderança, o gerenciamento e o desenvolvimento das pessoas (SANTOS *et al.*, 2020).

As instituições de saúde a utilizam com o propósito de melhorar a qualidade dos processos e serviços em diversos cenários, incluindo o cenário das emergências contextualizado nesse tópico. A metodologia Lean consegue identificar os desequilíbrios de inadequação na gestão dos leitos de internação, a inadequação na utilização dos recursos e, por meio de ferramentas da qualidade, possibilita o desenvolvimento de processos contínuos de melhoria.

A partir da participação da unidade no projeto, os profissionais do Serviço de Emergência e do Núcleo Interno de Regulação do Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) foram capacitados para aplicação das diversas ferramentas metodológicas

do Lean (5S, mapa de fluxo de valor, diagrama de espaguete, matriz de causa e efeito, matriz de esforço x impacto, 5W2h, plano de capacidade plena e Daily Hundlle). Esse treinamento acarretou em desdobramentos de atividades internas no serviço com a construção de fluxos, planos, processos de melhoria e de comunicação efetiva.

No projeto foram estabelecidas metas a serem alcançadas pela equipe focal da unidade, utilizando recursos e iniciativas pensadas pelo time da emergência com base nas lições aprendidas. As metas estabelecidas foram: redução da superlotação; redução no tempo de atendimento porta-médico; redução no tempo de passagem do paciente; redução no tempo médio de permanência do paciente internado e fator de utilização do leito hospitalar.

As ferramentas apresentadas trabalham no auxílio à execução das ações pretendidas. Por exemplo, ao empregar o 5S (Figura 5), o time executor do projeto pode identificar desperdícios de recursos, espaços, equipamentos e otimizar esses elementos de forma a favorecer o serviço, como ação simples que valoriza a assistência, citamos a padronização dos insumos para os diversos procedimentos por intermédio de kits de procedimentos, o que contribuiu para que o trabalhador não necessite realizar o movimento de buscar por diversos itens ao ter que executar um a prática.

Figura 5 – Apresentação dos espaços antes e depois da aplicação do 5S

Fonte: Arquivo do HFCF fornecido pela equipe de implantação do projeto Lean (Ano 2020).

Entre as ferramentas utilizadas na metodologia Lean, o *Daily Hudlle* foi o que mais contribuiu para o processo de desospitalização dos pacientes atendidos na emergência do HFCF. O *Hundlle* possibilitou uma intervenção capaz de unir diversos segmentos da instituição para solucionar as dificuldades encontradas na assistência, favorecendo o reconhecimento de todos os atores envolvidos no processo.

O *Hundlle* é uma reunião de curta duração, que visa à melhoria do processo assistencial nos serviços de saúde. Por meio dessa reunião rápida entre esses atores serão discutidos os casos e os processos que estão impactando o giro do leito, sendo traçado intervenções multidisciplinares e multissetoriais. Foi a partir da implementação dessa ferramenta, que a equipe do serviço de desospitalização da unidade passa a atuar também no serviço de emergência, não somente atendendo aos pacientes internados nas enfermarias. Nasce, então, uma oportunidade de articular o cuidado com planejamento para a alta, o cuidado em outros espaços, a partir da admissão dos pacientes, quando esses são identificados com critérios de inclusão para a desospitalização.

Esse encontro entre os atores que trabalham a articulação da desospitalização e os atores que trabalham os processos do Lean propiciou qualidade de assistência e qualidade de vida aos pacientes que necessitam de cuidados e que podem ser cuidados em outros ambientes que não o hospitalar.

Ao longo do ano de implantação do projeto, as experiências exitosas foram inúmeras, dando voz às necessidades dos pacientes, por intermédio de um olhar que vai além da doença, que pensa nas necessidades psicossociais desse indivíduo.

É importante salientar que o giro do leito e a diminuição do tempo de permanência são consequências da atuação profissional. A proposta de utilização das ferramentas foi a apropriação do cuidado humanizado, centrado no paciente, porém realizado de forma organizada e objetiva.

A mensagem deixada na conclusão deste capítulo mostra-se nas palavras de Olario e colaboradores (2019, p. 21) que colocam que desospitalizar "*é para além de retirar o indivíduo de dentro da instituição hospitalar e se traduz por ser um movimento compreendido como um ato de continuidade das ações iniciadas no ambiente intra-hospitalar*", e na imagem da Figura 6, que apresenta os corretores da emergência no primeiro dia do início da aplicação da metodologia Lean e tempo após sua implementação.

Figura 6 – Apresentação da redução de internações fora do espaço ideal

Fonte: Arquivo do HFCF fornecido pela equipe de implantação do projeto Lean (Ano 2020).

Esse é o desejo e a compreensão da equipe do HFCF e acredita ser também o desejo de todas as equipes de saúde que têm como objetivo primeiro o cuidar com qualidade e segurança e contribuir para uma articulação em rede, integrada e humana.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Lean nas Emergências**: redução das superlotações hospitalares. Página do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 16 ago. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/projeto-lean-nas-emergencias. Acesso em: 13 out. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 15, n.37, p. 589-99, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

MENEZES, T. M. O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, p. 294-301, 2019. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0294.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2008.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 1-7, mar./abr. 2013. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75950/79437. Acesso em: 3 ago. 2020.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. *In:* KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 105-120.

PEITER, C. C. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada em dados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série 4, n. 11, p. 61-69, out./dez. 2016.

SANTOS, J. L. G. *et al.* The nurse's work environment in a hospital emergency service. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 195-203, mar./abr. 2017. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19247. Acesso em: 7 ago. 2020.

SANTOS, L. M. *et al.* Aplicabilidade da metodologia lean na organização dos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, p. e345974054, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4054. Acesso em: 8 ago. 2020.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

8 DESOSPITALIZAÇÃO E A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL: UM OLHAR PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL

Patrícia da Silva Olario
Ivyson Cardoso Braga
Fabiana Andrade Pessoa
Luciana Viciente da Silva
Sidnei Vieira Beja Junior
Karina Ferreira dos Santos
Regina Lúcia de Jesus Esteves

Este capítulo versa sobre a atuação da equipe multiprofissional no contexto da desospitalização, com ação intra e extra-hospitalar, buscando de tal modo o atendimento integral do usuário e da família, considerando as interlocuções na construção de redes internas e externas, dos diferentes saberes envolvidos na construção e na implementação desse cuidado.

8.1 Considerações

A saúde pública no Brasil desempenha papel fundamental na sociedade, para além meramente de intervenções curativas, engloba também a busca por estratégias que impeçam ou retardem o adoecimento, fortalecendo e subsidiando as estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo a todos os cidadãos o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde, seja ele uma simples consulta ambulatorial de rotina a um procedimento de alta complexidade.

O cuidado integral do usuário com abordagem biopsicossocial valoriza a mudança do paradigma hospitalocêntrico, centrado no médico, e favorece a modificação de processos de trabalho isolados e não articulados. No que tange aos serviços de saúde hospitalares, sejam hospitais gerais com acolhimento de portas abertas, de urgências e emergências ou hospitais especializados, percebe-se, na rotina diária de atendimento,

cada vez mais um grande fluxo de pacientes que desejam melhorar em curto período de tempo, que chegam nos hospitais com quadro clínico de doença agudizado, progressivo ou cronicamente agravado, causando impactos como: sobrecarga das emergências, dificuldade nas articulações com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ; sucessivas reinternações e, consequentemente, dificuldade na otimização de leitos.

Tais dificuldades, implicam necessidade de otimizar o atendimento, de propor processos de acolhimento e desospitalização como dispositivo de estratégia conjunta para a resolução de problemas e garantia de direitos.

A desospitalização é um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD), que propõe celeridade na alta hospitalar e continuidade do cuidado no domicílio, permitindo ao usuário estar em atendimento com suporte de saúde fora do ambiente hospitalar, com um responsável eleito e devidamente instrumentalizado para auxiliar a equipe quanto ao cuidado continuado, abreviando o tempo de internação hospitalar ou internações desnecessárias (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a desospitalização proporciona ao usuário e seus familiares a possibilidade de acompanhamento multiprofissional e integrado fora do ambiente hospitalar, sem perda da referência e organização do cuidado, por vezes, sendo importante e essencial o compartilhamento com as RAS, evitando a busca desnecessária pelas urgências e emergências hospitalares.

8.2 Abordagem multidisciplinar

A abordagem multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, partem da mesma base ou fundamentação, diretamente ligada ao recorte científico de cada matriz do conhecimento. A multidisciplinaridade traz diferentes olhares para o mesmo objeto, frações do conhecimento, organizando-o de forma horizontal, possibilitando a tomada de decisão e o direcionamento do tratamento, a partir de pontos de vistas diferentes (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Nesse contexto, é importante que a equipe multidisciplinar participe ativamente do processo de cuidar, conduzindo-o de forma humana e responsável. Essa constituição é complexa, pois necessita de mudança paradigmática de um pensamento linear e fragmentado, buscando a constituição de diversos saberes na formação do cuidado sob a ótica multiprofissional.

A desospitalização que se assegura com uma retaguarda vinculada à Assistência Domiciliar é um serviço que garante a continuidade do cuidado após alta hospitalar.

Tavolari, Fernandes e Medina (2000) conceituam as modalidades de AD: assistência domiciliar, internação domiciliar e atendimento domiciliar, conforme a seguir:

- **Assistência domiciliar**: ação em saúde que acontece no domicílio, sem considerar a complexidade do atendimento.
- **Internação domiciliar**: o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, promovendo um cuidado de média a alta complexidade, parecido com um hospital, como extensão do hospital no domicílio do paciente.
- **Atendimento domiciliar**: trata-se dos cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhantes a um consultório em casa, promovendo orientações e conduções dos cuidados de saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi criado pelo Ministério da Saúde em abril de 2006, com o objetivo de racionalizar leitos hospitalares, reduzir as internações e reinternações e manter o paciente integrado na unidade familiar, acreditando-se que o atendimento domiciliar, dentro das modalidades apresentadas, seja a que melhor se adequa ao proposto pelo SUS. Ele prioriza o atendimento multiprofissional com atividades integradas das equipes multidisciplinares compostas por enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, médico, nutricionista, administrativo e psicólogo.

O trabalho multiprofissional considera o lugar de fala de cada profissional, a relevância do compartilhamento dos casos nos espaços de reunião de equipe e são a base do planejamento do cuidado para a AD e desospitalização.

Quanto à periodicidade dos atendimentos, estes poderão acontecer de acordo com a avaliação da equipe, estando diretamente ligados à condição clínica do paciente e à habilidade do cuidador, podendo ocorrer de forma semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com as metas pactuadas entre equipe/usuário e família.

Faz-se necessário que a equipe tenha afinado os critérios clínicos para utilização do recurso da desospitalização segura desde o início da internação, criando, desse modo, vínculo e confiança necessários para as pactuações exigidas pelas diferentes necessidades identificadas.

Nesse sentido, faz-se necessário elencar familiares e/ou cuidadores que potencialmente poderão assumir o cuidado principal ou integral do paciente, sob a orientação da equipe a partir da construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS).

Nesse sentido, as atividades integrantes são relevantes, sobretudo na troca de informações e no planejamento comum dos cuidados a serem desenvolvidos por múltiplos atores, que terão, entre outras atribuições, as descritas por categorias:

8.2.1 Enfermeiro

A atuação do enfermeiro no serviço de desospitalização tem início no processo de acolhimento de parecer médico institucional, demanda espontânea e busca ativa institucional, faz-se uma análise dos processos acima e se o paciente encontra-se dentro dos critérios de elegibilidade.

O agendamento prévio após a realização de uma triagem pré-admissional, com atendimento de familiares, usuários elegíveis para o programa e equipe intra-hospitalar, demarca e deflagra o processo de ações de desospitalização multiprofissional, sob a liderança do enfermeiro, considerando seus conhecimentos que favorecem articulações com os múltiplos saberes da saúde e orientações para a garantia de continuidade de cuidado.

Ainda, após tal fase compete ao enfermeiro a avaliação na residência do usuário, com o objetivo de entender todo o contexto familiar e local de prestação do cuidado, com possibilidade de inserções ou não de tecnologias duras nesse ambiente, conforme necessidade do usuário e disponibilidade de espaço físico.

Ainda, compete ao enfermeiro a previsão e a provisão de materiais necessários à continuidade do cuidado em domicílio, a orientação e o treinamento do cuidador, a realização de curativos complexos, as trocas de cateteres, as coletas de materiais específicos para exames e a condução do processo de cuidar em conjunto com a equipe.

Cabe ainda ao enfermeiro realizar escala da equipe, escalas de acompanhamento de curativo e trocas de cateteres, realizar educação em saúde para os técnicos de enfermagem e toda equipe multidisciplinar, bem como realizar discussão com a equipe multiprofissional sobre a elaboração e a avaliação do PTS.

8.2.2 Fisioterapeuta

O trabalho da fisioterapia na desospitalização e atenção domiciliar visam à promoção a saúde, à prevenção de agravos e à recuperação funcional, além de cuidados paliativos.

Uma das etapas desse serviço tem início logo na pré-admissão do usuário, quando é recebido o parecer médico pelo familiar ou cuidador e o fisioterapeuta avalia as

demandas exigidas pelo paciente, estabelecendo um plano assistencial, programado e definido com a equipe multidisciplinar.

A fisioterapia tem como objetivo ações educativas e assistenciais com os pacientes com cuidados sistematizados de forma contínua no domicílio, com oferta de recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

Nesse processo de desospitalização também compete a realização de diagnóstico fisioterapêutico e cinesiofuncional; a discussão e emissão de parecer nas reuniões multidisciplinares, o tratamento; a orientação e o acompanhamento do acesso do usuário a um serviço especializado de fisioterapia, necessário à continuidade de seu tratamento após a alta do programa.

Considerando que o trabalho em equipe multidisciplinar possibilita a articulação dos diversos saberes, o trabalho da fisioterapia no contexto da atenção domiciliar está intimamente relacionado ao dos outros profissionais da equipe, com os quais discute condutas, planejamentos e resultados de sua ação, contribuindo para alcançar o objetivo da equipe que é a melhoria da qualidade de vida tanto do usuário quanto de seus familiares e cuidadores.

8.2.3 Fonoaudiólogo

O fonoaudiólogo na desospitalição e, em especial, na continuidade do cuidado em domicílio tem como objetivo dar continuidade ao trabalho iniciado no âmbito hospitalar, por meio da realização de triagem dos pacientes atendidos pelo serviço. Tem como papel fundamental desenvolver estratégias para facilitar a comunicação entre o paciente, a família, o cuidador e a equipe multiprofissional.

O foco de atuação do fonoaudiólogo perante doentes com disfagia é proporcionar satisfação e prazer durante a alimentação, com o máximo de conforto. De fato, a vontade dos doentes deve ser sempre considerada e respeitada, e o fonoaudiólogo deve atuar de forma precoce para proporcionar o prazer em permanecer com dieta por via oral de forma segura. Embora não exista amplo consenso sobre a alimentação e a hidratação artificiais e ambas possam parecer incoerentes no final da vida, podem fornecer pouco ou nenhum benefício para a qualidade de vida dos doentes.

Nessa situação, depois que equipe de saúde fornecer as explicações necessárias, os doentes e seus familiares devem decidir os potenciais benefícios de receberem, ou não, a alimentação e a hidratação artificiais.

A fonoaudiologia estará atuando no processo de desospitalização de forma a assegurar qualidade de vida em domicílio e evitar nova internação. O trabalho é focado na avaliação, na reabilitação e na orientação à família, utilizando formas de comunicação alternativas, quando necessário, e orientando quanto à oferta segura de alimentação e/ou prazer oral, minimizando o sofrimento do paciente e da família.

8.2.4 Assistente social

O assistente social atua na assistência aos pacientes, aos familiares e à equipe multidisciplinar. Tem como objetivo principal articular a efetivação do acesso ao sistema de saúde (SUS), bem como, benefícios previdenciários (Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), proteção social (Sistema Único de Assistência Social – Suas), direitos dos pacientes na saúde e nas políticas públicas. Colabora, também, como mediador da interdisciplinaridade e intersetorialidade, objetivando a integralidade e a articulação do atendimento junto às famílias, por intermédio dos direcionamentos e compartilhamentos necessários aos cuidados.

A questão social das famílias é um fator determinante no processo de desospitalização para que ocorra de forma segura, planejada e sistematizada. O assistente social atua como interlocutor nos casos de pacientes com risco de longa permanência, indicados e estabilizados clinicamente, diagnósticos que se enquadre nos critérios de desospitalização ou em cuidados paliativos, podendo ser atendidos em casa pela família e equipe específica (SILVA, SENA, CASTRO, 2017).

O assistente social deve participar ativamente das deliberações em equipe multidisciplinar assistencial-hospitalar, com discussão de casos, com a finalidade de otimizar os leitos das clínicas, assim como, da emergência, buscando esclarecer para família a importância e a necessidade da alta hospitalar segura, comprometida na manutenção dos cuidados dentro do domicílio, buscando a articulação e a rede de apoio com esses integrantes familiar e a Atenção Básica.

Ainda, o serviço social deverá realizar busca ativa do paciente internado com longa permanência de internação nas enfermarias e emergência, iniciando monitoramento com a equipe intra-hospitalar, promovendo, assim, a articulação, com vistas à possibilidade da manutenção ou autonomia de usuários e familiares na condução de cuidado no domicílio. A esse processo dá-se o nome de "captação" de possíveis usuários elegíveis, utilizando a ferramenta do Censo Hospitalar, que é atualizado diariamente e possibilita o controle dos dias de internação, articulados aos levantamentos de dados da rede de apoio familiar, suporte social e articulação intersetorial com os equipamentos de saúde do território.

8.2.5 Psicólogo

A integralidade é um dos princípios norteadores do SUS. A prática de cuidados isolados, fragmentados e incomunicantes tornam-se impeditivos para a realização de um cuidado integral. É preciso o uso de novas formas de pensar, fazer saúde que rompam com esse modelo.

A maior parte dos entraves está relacionada ao modelo médico assistencial curativista e hospitalocêntrico. Porém, rompendo com essa lógica, a integralidade defende a aproximação entre profissionais e usuários, na medida em que, as ações passem a ser orientadas pelas necessidades das pessoas e do coletivo, desconstruindo a imposição vertical de condutas. Diante disso, a articulação intersetorial torna-se ferramenta importante e atividade comum da equipe multiprofissional. A atuação desarticulada fragiliza a rede e o cuidado em saúde.

A sistematização da rede precisa considerar o usuário como centro do cuidado, garantindo a humanização e a longitudinalidade do cuidado e a responsabilidade compartilhada entre trabalhadores e usuários.

Essa dimensão ampliada dos recursos terapêuticos compõem a estrutura básica das intervenções, por compreender e reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e, com isso, ir em busca de outros conhecimentos em diferentes áreas, um compromisso ético e responsável.

Em 2003, a Clínica Ampliada entrou como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que a define como ferramenta teórica e prática, com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica, do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada tem a finalidade de promover uma escuta qualificada, livre de preconceitos, corresponsável e que não culpa o sujeito pelo seu sofrimento. Ao desenvolver essa estratégia, fortalece o vínculo com o usuário, possibilitando a integralidade do cuidado. Ver o usuário além do sintoma e da sua doença faz da Clínica Ampliada uma aposta viável, principalmente nas estratégias preventivas.

A inserção do profissional psicólogo na desospitalização têm assumido um modelo de atuação adaptado à realidade da instituição hospitalar em que está inserido, buscando atender as necessidades de pacientes e familiares. Inseri-lo na equipe de uma unidade de emergência ou urgência tem por objetivo, também, tornar esse processo tão delicado mais humanizado.

O atendimento psicológico, propriamente dito, é breve, focal e, em alguns casos, emergencial, pois é realizado em uma situação de adoecimento, devendo os familiares receber orientação e suporte emocional.

Em um atendimento de emergência, o objetivo é modificar a psicopatologia incapacitante, sem necessidades de alterar estruturas psíquicas, aumentando a eficiência operacional do cliente por meio de um processo de readaptação, possibilitando a melhora dos mecanismos de enfrentamento à situação atual. Trata-se de uma técnica que não reformula o indivíduo, mas o ampara no momento de fragilidade.

Os "sujeitos" do atendimento são: paciente, familiar, acompanhante e equipe que organiza o cuidado diariamente.

Os direcionamentos e/ou demandas de acompanhamento acontecem por demanda espontânea (o paciente ou familiar busca o serviço), busca ativa (o profissional realiza a busca nas enfermarias) e encaminhamento interno (a equipe assistencial identifica demanda e compartilha o caso). Considerando que o psicólogo está inserido na AD, a inserção no programa dar-se-á após avaliação da equipe multidisciplinar, objetivando compreender se o paciente tem perfil para o acompanhamento devido à complexidade clínica, à patologia de base ou ao processo de finitude. Caso não preencha os critérios estabelecidos, a equipe compartilha o caso com a Unidade Básica de Saúde de referência, a articulação intersetorial.

As atribuições específicas da categoria são:

- Acolhimento psicológico de pacientes e seus familiares/acompanhantes, com objetivo de escuta qualificada frente à urgência da demanda trazida.
- Avaliação psicológica aos pacientes, com objetivo de levantar informações a seu respeito, contribuindo para conduta mais acertada.
- Busca ativa de pacientes nos leitos (adulto e pediátrico) e na sala de urgência.
- Atendimento pontual de apoio e suporte psicológico, assim como orientação psicológica aos familiares/acompanhantes.
- Acompanhamento da equipe para comunicação e acolhimento dos familiares/acompanhantes.
- Registro em prontuário eletrônico da evolução e das intervenções realizadas.
- Orientação e encaminhamentos para tratamento psicológico nos serviços de psicologia do município e serviços de psicologia das clínicas-escola das universidades.

- Discussão de casos com equipe multiprofissional da unidade e da rede de saúde.
- Intervenções junto à equipe no sentido de promover discussões, reflexões e ações sobre o cuidado/humanização com o paciente.
- Acompanhamento das informações da equipe buscando se tornar um facilitador da comunicação, desde a admissão até o encaminhamento final.
- Intermediação na relação equipe-paciente-familiar.
- Agendamento das avaliações psiquiátricas de urgência junto à Unidade de Emergência Psiquiátrica e orientação ao paciente e/ou familiar.
- Orientação, apoio e suporte psicológico aos colaboradores da unidade, quando necessário.
- Participação em congressos, palestras, treinamentos e reuniões da rede para aprimoramento do serviço e da função.
- Apoio e suporte à equipe no manejo dos pacientes com problemas emocionais, sejam eles pontuais ou decorrentes de quadro psicopatológicos já instalados.
- Participação em ações de promoção e prevenção em saúde mental, com destaque para ações relacionadas à prevenção do suicídio.
- Atuação em situações de violência, tendo olhar diferenciado para as pessoas em situação de vulnerabilidade.

8.2.6 Nutricionista

Com relação à atuação da equipe de nutrição, acredita-se que estará presente em todo processo, sobretudo na pactuação de alimentação possível e elegível por família, usuário e equipe, sendo relevante também as atribuições descritas a seguir:

- Identificar o usuário, buscando proporcionar o atendimento humanizado.
- Realizar/supervisionar a triagem do risco nutricional, com base em dados antropométricos.
- Quando paciente estiver restrito ao leito, utilizar o método de aferição da altura e do peso corporal para estimativa do IMC e delineamento de possíveis condutas.
- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.
- Avaliar o estado nutricional, que é um procedimento técnico-científico que busca interpretar o estado nutricional de indivíduos ou grupos populacionais, a partir da análise de informações acerca da condição dietética, clínica, bioquímica, antropométrica e funcional.

- Elaborar diagnóstico de nutrição.
- Calcular as necessidades nutricionais.
- Elaborar prescrição dietética, com bases nas diretrizes do diagnóstico nutricional, considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes.
- Acompanhar a aceitação, a evolução, o resultado e as necessidades de eventuais ajustes na dieta.
- Solicitar exames complementares (quando necessário), para acompanhamento da evolução clínica nutricional e intercorrência.
- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade da legislação vigente, quando necessário.
- Orientar e monitorar os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da dieta (oral e/ou enteral) em domicílio.
- Orientar sobre dietas orais e enterais, verificando aceitação, infusão e tolerância da dieta.
- Avaliar necessidade de suplementação específica via oral/enteral.
- Acompanhar as evoluções das condutas nutricionais.
- Monitorar, fazendo avaliação nutricional periódica nos pacientes, e rastrear fatores de risco nutricionais, identificados precocemente.

8.2.7 Médico

Na admissão hospitalar a avaliação do paciente deve ser multidimensional e por definição multidisciplinar, sendo estas conduzidas, nesse momento, pelo profissional médico, a fim de que a equipe de saúde conheça não só as questões físicas e clínicas, mas também psicossociais do paciente.

Nesse momento deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso deles. A reconciliação medicamentosa e a orientação efetiva do paciente sobre o regime medicamentoso após a alta são um dos pontos mais críticos da desospitalização.

A partir de informações sobre o evento que motivou a internação hospitalar, além das condições gerais de saúde e status funcional prévio à hospitalização, é traçado o plano de cuidados, assim como o planejamento de alta. Nesse contexto, algumas perguntas devem ser respondidas: Qual o objetivo da internação hospitalar? Qual o problema principal a ser resolvido a fim de viabilizar o retorno do individuo ao domicílio?

Qual o tipo de suporte que esse indivíduo e sua família necessitam para dar continuidade ao cuidado?

No ambiente hospitalar, o planejamento da prestação do cuidado deve ser desenvolvido de forma que o paciente esteja inserido no centro desse processo. Tal abordagem aumenta a qualidade da assistência, pois permite um cuidado individualizado e integral, devendo o profissional médico ajustar o vocabulário de acordo com as habilidades e os conhecimentos dos pacientes e familiares, facilitando a confiança e a conduta necessárias para a transição do cuidar do ambiente hospitalar para o domicílio.

Ainda, compete ao médico a comunicação com a equipe de saúde e com a família, para estabelecimento do momento ideal para a alta hospitalar, bem como para que as orientações e cuidados pós-alta sejam bem planejados e compreendidos, pautados na elaboração de um PTS, sendo a comunicação entre os profissionais envolvidos no planejamento de cuidados e alta hospitalar um dispositivo facilitador desse processo de desospitalização, tendo, por muitas vezes, o médico como porta-voz dessa equipe frente à família em momento inicial, pautado na questão cultural do cuidado médico e neste profissional como detentor do saber hospitalar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin**. Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4. Acesso em: 13 out. 2020.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e67762, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e67762.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000.

9 AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E DESOSPITALIZAÇÃO EM TEMPOS DE COVID-19

Paulo Cesar Cerdeira Campos
Leonor Maria da Silva Gomes
Adelia Quadros Farias Gomes
Mariana de Souza Malnati
Patrícia da Silva Olario

O ano de 2020 é um marco na saúde pública mundial. A crise decorrente da pandemia de Covid-19, uma doença respiratória aguda causada pelo novo coronavírus (Sars-COV-2), teve grande impacto em toda a Rede de Atenção à Saúde, em especial nos serviços de saúde hospitalares. No estado do Rio de Janeiro (RJ), os hospitais públicos, privados e filantrópicos depararam com questões e demandas gerenciais, logísticas e assistenciais impostas pelo novo cenário, que repercutiram diretamente nos atendimentos aos pacientes e familiares já acompanhados pelas unidades e aos novos pacientes encaminhados com suspeita ou confirmação de Covid-19.

O marco inicial da doença ocorreu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a epidemia como emergência internacional e, em 11 de março, declarou o surto de coronavírus como pandemia (LANA, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 3 de fevereiro de 2020, a Portaria GM/MS n. 188, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020b) e, na sequência, apresentou o Plano de Contingência Nacional para infecção humana pelo novo coronavírus Covid-19, que definiu o nível de resposta e estrutura de comando correspondente a cada fase do surto (BRASIL, 2020c). Em 26 de fevereiro, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo confirmou o primeiro caso de contágio no

Brasil, em 17 de março, o estado de São Paulo (SP) registrou a primeira morte no País pela Covid-19 (CAETANO *et al.*, 2020; SOUZA, 2020; AQUINO, 2020).

Inicialmente, o governo federal não tomou medidas restritivas de circulação e contato, como adotadas por autoridades sanitárias de outros países, todavia, em diversos estados brasileiros, governadores e prefeitos agiram localmente nesse sentido (AQUINO *et al.*, 2020; HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). No Brasil, situações diversas dificultaram a atuação coordenada das três esferas de governo para o enfrentamento da primeira grande calamidade sanitária mundial do século XXI. A preconização de medidas sanitárias coletivas conflitou com os interesses políticos e econômicos, a despeito de indicadores expressarem o avanço da pandemia. Autoridades políticas que, num primeiro momento acolheram a recomendação de distanciamento social, passaram a contestá-la a partir das chamadas "medidas de flexibilização", mesmo em momento em que casos da doença estavam em evidente crescimento por todo o Brasil (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

O combate à disseminação do vírus teve tratamento diverso nos diferentes pontos do globo. Cada país enfrentou a calamidade sanitária de acordo com suas condições socioeconômicas e culturais. No Brasil, foi amplamente divulgado na mídia que a interiorização da Covid-19 se deu a partir das capitais. Os estados das cinco regiões foram assolados pela pandemia em momentos diferentes, sendo os estados de São Paulo, Amazonas e Rio de Janeiro os primeiros epicentros da epidemia no País. Gestores públicos investiram, no auge da propagação da doença, na construção de hospitais de campanha para evitar o colapso da rede de saúde (VALENTE, 2020).

O município do RJ chegou, no final de maio, a 91% de taxa de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) para Covid-19 na rede do Serviço Único de Saúde (SUS), e os hospitais de campanha previstos para responder à crescente demanda, não ficaram prontos (FARIAS, 2020).

O Brasil, de dimensão continental, ainda enfrenta, no momento da elaboração deste livro, a propagação da Covid-19. Em 16 de agosto de 2020, foram 3.340.197 milhões de casos confirmados, e o número de óbitos devido à doença chegou à soma de 107.852 mil mortos (BRASIL, 2020a) (Figura 7). Nessa mesma data, o estado do RJ registrou 14.562 mil óbitos e confirmou 194.279 mil novos casos (RIO DE JANEIRO, 2020).

Figura 7 – Painel Coronavírus

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (https://covid.saude.gov.br/). Informações extraídas em: 16 ago. 2020.

O Brasil, com outros países, vem enfrentando a batalha em busca da prevenção, da cura e da produção de vacinas e medicamentos contra a Covid-19 (NEGRI; MACHADO; BRITO, 2020).

9.1 Acolhimento, comunicação e orientação: proposta das unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro e CT de Desospitalização para atendimento em tempos de Covid-19

A pandemia da Covid-19 modificou o modo de vida e as relações sociais de toda a população, forçando a uma adequação inesperada às novas regras sociais, provocando "medo, receio, sentimentos de solidão, incerteza, ansiedade, sofrimento, perdas, luto e estresse adicional em função da crise sanitária mundial, nacional e local" (ABBAD; LEGENTIL, 2020, p. 47), sentimentos relatados por pacientes internados e acompanhados pelas unidades de saúde.

Outro fator a ser considerado é dos profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado, que foram expostos a maior risco de infecção e adoecimento. Conforme Caetano *et al.* (2020), em diversos países, o grande número de profissionais afastados para ficar em quarentena por causa da exposição ao vírus elevou as preocupações sobre a capacidade da força de trabalho, sobretudo aquela envolvida na terapia intensiva. Essa situação demandou a revisão nos processos de atendimento e a busca de alternativas de comunicação em serviços de saúde.

Novos modelos de atendimento que evitem o contato pessoal entre profissionais de saúde e pacientes puderam ser úteis na situação epidêmica em curso, e uma dessas estratégias é o uso de tecnologias de informação e telecomunicações (TIC). O uso de tecnologias da informação não é algo novo. O MS desenvolveu, em 2007, o Projeto-Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica, uma iniciativa que conjuga TIC, educação e saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Segundo Oliveira *et al.* (2015, p. 2380), os avanços nessa área

> [...] têm provocado modificações na prática profissional e educacional, proporcionando mudanças organizacionais e acadêmicas por intermédio da "linguagem digital" que permite informar, comunicar, interagir e aprender, numa perspectiva multiprofissional, que envolve gestão com planejamento sustentável, pesquisa e desenvolvimento de soluções aplicáveis à educação e saúde, considerando os aspectos éticos-legais.

Sabe-se que o uso de tecnologias de informação e telecomunicação foi "[...] estendido para suportar serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde para provedores assistenciais multidisciplinares e para pacientes [...]" (CAETANO *et al.*, 2020, p. 2), configurando um vasto campo a ser explorado, porém, são muitos os desafios nesse campo a serem superados pelos serviços de saúde públicos. É preciso investir no acesso à internet para todos (profissionais e pacientes), disponibilidade de recursos materiais (celular, tablet, computador), suporte técnico e treinamento das equipes multiprofissionais para o uso dos novos meios de comunicação.

Em março de 2020, as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro organizaram-se e traçaram planos para atendimento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19. As equipes de saúde passaram a vivenciar situações emergenciais com alterações nas rotinas de trabalho preestabelecidas, com readequação de espaços físicos, remanejamento de servidores para atuarem na assistência aos pacientes com Covid-19 e reserva de leitos em enfermarias e Centros de Terapia Intensiva (CTI). Os crescentes casos de internações por Covid-19, somados ao quadro de pacientes com necessidade de transferência para CTI, mudaram a rotina de circulação e visitação aos pacientes. Com o impedimento do contato presencial devido ao risco de contágio, as instituições enfrentaram o desafio de pensar e estabelecer novas estratégias de comunicação, acolhimento, informação e acompanhamento clínico dos pacientes e de seus familiares.

As unidades hospitalares do MS no Rio de Janeiro definiram o acesso específico para pacientes com Covid-19, reservaram leitos de enfermaria e disponibilizaram leitos de CTI infantil e adulto. As cirurgias eletivas e as consultas ambulatoriais foram suspensas, exceto o atendimento e as linhas de cuidados voltadas a pacientes oncológicos.

O planejamento para acesso e circulação nas unidades passou a ser revisto cotidianamente, mediante a atualização dos dados epidemiológicos de novos casos e contágio. Contudo, a suspensão de visitas e de acompanhantes gerou conflitos e questionamentos por parte de familiares, que ficaram impossibilitados de acompanhar o estado clínico ou, em caso de óbito, de se despedirem de seus entes queridos.

Percebeu-se, também, a importância de rever os processos de trabalho nos serviços ambulatoriais e estabelecer novos fluxos para responder de forma ágil a questões fundamentais, como: desenvolver sistema de comunicação acolhedor e eficiente para suprir as demandas dos familiares sobre informes diários da evolução clínica dos pacientes com Covid-19; dar continuidade ao *follow-up* de pacientes portadores de doenças crônicas (câncer, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica, esclerose múltipla, aids e outras) a partir do redesenho do espaço das unidades ambulatoriais para minimizar os riscos de contaminação; e, manter o acompanhamento dos pacientes que exigem cuidados em domicílio (cuidados paliativos, úlceras crônicas, demência) evitando deslocamento, internação e/ou reinternação hospitalar.

Diante das questões apontadas e devido à necessidade e à urgência em implementar ações, projetos e de reconfigurar os processos de trabalho para dar resposta às novas demandas de saúde e sociais, a Câmara Técnica de Desospitalização (CT Desospitalização), representada pelos profissionais de saúde dos hospitais e institutos federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, passou a se reunir semanalmente, por meio de plataforma virtual, para discutir as situações vivenciadas no cotidiano de atendimento aos pacientes durante a pandemia nas unidades. As principais questões apontadas, inicialmente, diziam respeito à comunicação da equipe assistencial com os familiares dos pacientes internados por Covid-19 e destes com seus familiares, ao suporte para continuidade dos cuidados dos pacientes desospitalizados e à comunicação de óbito e apoio às famílias.

As equipes das áreas de desospitalização, educação em saúde, humanização, qualidade e segurança, entre outras, de acordo com as especificidades das respectivas unidades, implementaram mudanças para adequação às novas demandas advindas da pandemia de Covid-19. Destaquem-se alguns exemplos: a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde do Hospital Federal de Bonsucesso, em parceria com a Assessoria da Qualidade e Segurança, implantou a Central de Atendimento às Famílias (CAF), que ficou responsável por cadastrar os familiares e garantir a comunicação diária sobre a condição clínica dos pacientes internados por Covid-19 que, posteriormente, estendeu-se para os demais pacientes; a equipe do Serviço de Atenção à Desospitalização do Hospital Federal Cardoso Fontes passou a realizar atendimento domiciliar dos

pacientes da nefrologia para troca de sonda vesical de demora; a equipe da Área de Atendimento Domiciliar do Instituto de Traumatologia e Ortopedia passou a atuar na triagem dos pacientes com Convid-19 encaminhados pelo Sistema de Regulação de Vagas (Sisreg) e Central Estadual de Regulação (CER).

Com o amadurecimento das discussões e as trocas de experiências exitosas quanto à implementação de ações nas unidades, a metodologia da problematização das reuniões da CT Desospitalização foi sistematizada com o objetivo de buscar estratégias que pudessem ser compartilhadas por todas as unidades. Os problemas levantados foram: 1) internação prolongada seguida de morte com grande parcela de pacientes sem interação com o ambiente externo ao hospital e familiares em sofrimento pela falta de comunicação; 2) profissionais afastados por estarem no grupo de risco de contágio ou por terem se infectado, gerando dificuldade para os outros profissionais em executar suas tarefas devido à redução da força de trabalho; 3) necessidade de mitigação de risco de contágio; 4) necessidade de apoio psicológico às famílias pelo luto e pelas circunstâncias de impossibilidade de despedida do seu ente e devido ao estresse pós-traumático; 5) necessidade de apoio às equipes horizontais e verticais que lidam diretamente com o cuidado físico aos pacientes, reduzindo a carga psicológica do cuidado ao direcionar um time específico para a comunicação; 6) necessidade de manter a conexão do paciente com seus familiares de forma frequente sem impactar no cuidado recebido; 7) necessidade de investimento em tecnologias de baixo custo para implementar um protocolo de visita virtual para os pacientes.

O grupo, então, dedicou-se à elaboração de um plano norteador para acolhimento, comunicação e orientação a pacientes internados, tendo como referência os modelos de comunicação baseados nas TIC. O propósito central da elaboração desse documento foi o de contribuir para a melhoria do processo de acolhimento e de comunicação profissional-paciente-familiar e rede de apoio social no período de pandemia, guiados pela humanização do cuidado. Além disso, a construção do Plano teve como propósito: incorporar novos fluxos de comunicação; implementar o teleatendimento pela equipe multiprofissional e a televisita aos pacientes internados; facilitar a distribuição de material audiovisual de orientação sobre o cuidado para acesso digital pelos pacientes e familiares; ampliar fluxo de comunicação entre equipe, usuários e familiares; garantir ao paciente e à família o acesso às informações e esclarecimento de dúvidas sobre seu tratamento.

A expectativa dos profissionais é que a implementação do Plano Norteador de Acolhimento, Comunicação e Orientação a Pacientes Internados leve a: redução de demandas de ouvidoria; ampliação da comunicação inter e extra-hospitalar; participação

das famílias na gestão do cuidado ao paciente; diminuição do tempo de internação dos pacientes nas unidades hospitalares, contribuindo para os processos de desospitalização e, consequentemente, impactando na redução de gastos com internação; garantia dos direitos do paciente e acesso a informações qualificadas sobre tratamento de saúde.

A elaboração do Plano Norteador foi concluída e, no momento da redação deste e-book, aguarda-se a aprovação do superintendente estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro para o prosseguimento à implementação das ações constantes do plano nas unidades hospitalares federais.

9.2 Experiência do Hospital Federal da Lagoa no atendimento no Projeto Acolhimento Integral em Oncologia (AIO) antes e durante a pandemia da Covid-19

O Hospital Federal da Lagoa (HFL), do Ministério da Saúde, situado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, é uma unidade hospitalar de média e alta complexidade, referência para a realização de cirurgias oncológicas, habilitado com uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) (BRASIL, ©2016).

A *International Union Against Cancer* (UICC), em 2005, fez uma projeção para 2020 de que mais de 15 milhões de pessoas morreriam de câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2006). A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) registrou, em 2018, que o câncer é a segunda patologia mais prevalente no mundo, contabilizando 70% das mortes em países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). No Brasil, a estimativa do Inca é de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) a cada ano de 2020 a 2022 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). Identificou-se, por consequência, o aumento dos casos atendidos pelas unidades hospitalares federais. Diante desse cenário, as equipes das áreas de desospitalização e de humanização do HFL concentraram-se em identificar os principais problemas que contribuíam para a internação dos pacientes em tratamento ambulatorial para o câncer.

Associado ao aumento significativo de pacientes com câncer surgiu, em 2020, outro contexto problemático: a pandemia de Covid-19.

Medidas sanitárias, tais como distanciamento social, higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscaras, limpeza e desinfeção de ambientes e isolamento domiciliar de casos suspeitos e confirmados utilizadas de forma integrada, essenciais

para conter a disseminação do vírus, prevenir o adoecimento e controlar a transmissão da Covid-19 provocaram desafios às Redes de Atenção à Saúde, em especial os pontos de atenção dos serviços hospitalares – ambulatórios especializados (BRASIL, 2010).

No HFL, assim como nas demais unidades federais no RJ, foi estabelecido acesso específico para os pacientes com Covid-19, reservados oito leitos de enfermaria e disponibilizados 10 leitos de CTI infantil e 12 de adultos. Foi mantido o atendimento ambulatorial e os procedimentos dos pacientes oncológicos. Embora sem emergência aberta, houve pronto atendimento clínico para os pacientes ambulatoriais.

9.2.1 Impacto da pandemia de Covid-19 para o atendimento em oncologia

A preocupação do Hospital Federal da Lagoa em investir em ações para redução das internações e reinternações teve início em janeiro de 2018, quando foi implementado um modelo-piloto de atendimento a pacientes recém-diagnosticados com câncer. O Projeto denominado Acolhimento Integral em Oncologia (AIO) para atender os pacientes recém-admitidos pelo setor de oncologia que foram encaminhados pelas clínicas especializadas do ambulatório, foi fundamentado nos preceitos da educação em saúde. Segundo Heidmann *et al.* (2006, p. 353), educação em saúde "[...] integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais".

9.2.1.1 Antes da pandemia de Covid-19

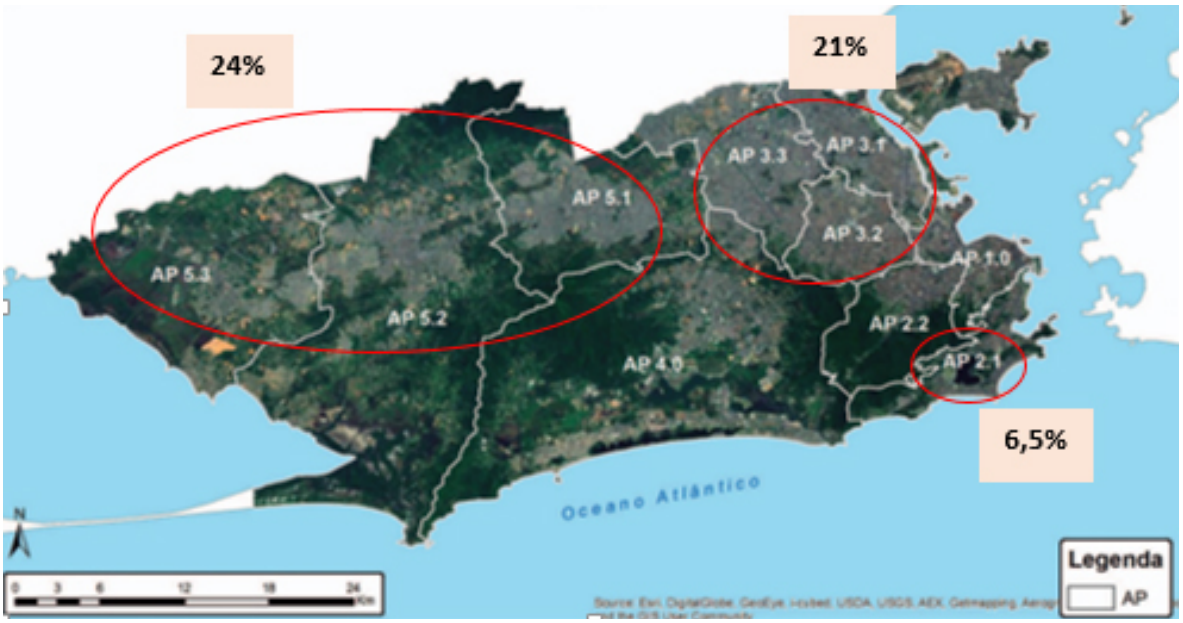
O Acolhimento Integral em Oncologia (AIO)**,** pautado nas estratégias de educação em saúde e pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006), implantou fluxo de acessibilidade e ambiência que se iniciava com a apresentação guiada do circuito territorial de prioridades e consistia em: acesso próximo ao desembarque do estacionamento e das cadeiras de rodas; investimentos em ambiência na sala de espera; brinquedoteca para uso dos filhos dos pacientes em quimioterapia; fila zero na coleta de sangue do laboratório. O atendimento era feito semanalmente, por médico, em grupos de no máximo 12 pacientes, cada um com seu acompanhante, em sala adequada. O objetivo educativo era apresentar os fatores de risco do câncer e os cuidados decorrentes dos tratamentos quimioterápico e radioterápico e, também, informar sobre o direito de acesso ao pronto atendimento, 24 horas, nos casos de emergência clínica.

Os pacientes eram incentivados a avaliarem o atendimento com sugestões e críticas. O AIO elaborou cartão de agendamento das consultas em oncologia, odontologia e serviço social que era entregue aos pacientes, facilitando que organizassem os registros das consultas. Também era entregue aos pacientes envelope contendo fôlderes informativos sobre direitos de transporte; redes comunitárias de apoio aos pacientes com câncer, como Organizações Não Governamentais (ONGs); fôlder da Comissão de Infecção Hospitalar, voltado para a prevenção de infecção; e os telefones e sites da Ouvidoria do SUS.

A vinculação equipe-paciente-família revelou que alguns pacientes já compareciam ao AIO em estado avançado da doença, principalmente aqueles com câncer de cabeça e pescoço, o que pode ser devido ao retardo no encaminhamento dos pacientes com suspeita de câncer pelas Unidades Básicas de Saúde, situação-problema identificada pela equipe. O encaminhamento para atendimento nutricional foi mandatório. Os pacientes ostomizados ou com feridas tumorais eram encaminhados para consulta de enfermagem em curativos, prevenindo, desse modo, intercorrências clínicas devidas à infecção secundária, sangramentos locais e obstrução de sondas por erros de manejo. Alguns casos necessitaram de encaminhamento para pronto atendimento da unidade pela gravidade do quadro clínico.

Em 2018, foi feito levantamento de atendimentos realizados pelo AIO, do qual se extraíram os seguintes dados: 383 pacientes atendidos, absenteísmo de 105 pacientes, o que correspondeu a 27,41%, e a ocorrência de 8 óbitos antes da primeira consulta. Os locais de moradia no município do RJ foram distribuídos por Área de Planejamento (AP), que no plano interno da Secretaria Municipal de Saúde, desde 1993, divide a cidade em dez Áreas de Planejamento (AP) que são: AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3 (RIO DE JANEIRO, 2013). Conforme ilustrado na Figura 8, os maiores percentuais foram: 24% provenientes da AP5 (91), 21% da AP3 (81) e somente 6.5% (26) residiam na área de localização do HFL, a AP 2.1. Em relação à procedência de outros municípios, o mais recorrente foi Caxias (19), seguido de Nova Iguaçu (15) e São João do Meriti (13).

Figura 8 – Procedência dos pacientes por Área Programática



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do mapa produzido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2013).

A partir dos dados levantados, em 2019, os esforços do Acolhimento Integral em Oncologia voltaram-se para o esclarecimento das causas do absenteísmo. Foi identificada, como principal problema, a incomunicabilidade decorrente da desatualização dos dados do paciente no prontuário.

Nos casos de absenteísmo por superposição com outras consultas clínicas, do paciente já ter sido agendado para a consulta do oncologista antes de passar no Acolhimento Integral em Oncologia e de pacientes que na data do atendimento ambulatorial estavam internados, a solução foi negociar uma nova data para atendimento pelo AIO. Esse procedimento reduziu o absenteísmo de 2019 para 13%.

9.2.2 Durante a pandemia de Covid-19

A partir do surto da Covid-19, em março de 2020, houve suspensão de todas as consultas ambulatoriais, exceto as da oncologia e as atividades realizadas pelo Setor Lagoa Voluntário, um setor do HFL que tem como objetivo promover atividades alinhadas às ações de humanização, em prol da atenção aos pacientes atendidos pela unidade utilizando recursos humanos voluntários. (BRASIL, 2006).

Diante do cenário de readequação dos serviços e de adaptação para atendimento às novas demandas advindas da pandemia de Covid-19, as equipes de desospitalização

e humanização, por meio do Lagoa Voluntário, apresentaram como alternativa a criação de um projeto-piloto de Teleatendimento de Suporte Oncológico (Taso), iniciado com um grupo de voluntários mais experientes, que se reuniu por videoconferência para construir, de modo compartilhado, o modelo referencial de abordagem a distância.

O projeto-piloto objetivou dar continuidade aos trabalhos de acolhimento aos pacientes com câncer e seus familiares para orientações e informações educativas a distância sobre as condutas padronizadas relativas aos riscos de contaminação pela Covid-19.

A proposta de suporte foi apresentada aos pacientes nas salas de espera da quimioterapia que, quando interessados, preenchiam uma planilha com: nome, matrícula, telefone e e-mail. Foram selecionados dez voluntários e cada um deles recebeu cinco pacientes para acompanhamento. Ao final de dois meses os voluntários receberam cinco novos pacientes para iniciar acompanhamento pelo Taso.

O acolhimento gerado pelo Taso revelou grande valor humanitário, contribuiu na construção do vínculo institucional e foi muito importante para a adesão ao tratamento e, certamente, para o enfrentamento dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. Além disso, houve relato de pacientes de que as informações fornecidas contribuíram para amenizar o sentimento de pânico e as incertezas decorrentes da pandemia de Covid-19 em pacientes já tão vulneráveis. O contato dos profissionais superou o distanciamento permitindo uma proximidade com a realidade social dos pacientes.

O teleatendimento e a "visita familiar" realizada com utilização de tecnologias virtuais e redes sociais revelaram a gravidade da condição socioeconômica dos pacientes em tratamento para o câncer no HFL. A fala deles "ou eu como, ou eu me trato", revelou questões socioeconômicas e de vulnerabilidade social dos pacientes oncológicos em tratamento no HFL. Tais questões podem refletir em elevação do absenteísmo às consultas e aos procedimentos diagnósticos.

A escuta oportunizada por intermédio do teleatendimento direciona para ações que visam à construção de redes compartilhadas por meio de plataformas que propiciem interfaces com redes de assistência, de apoio e comunitárias para atender os pacientes que necessitem de amparo assistencial e de solidariedade.

As atividades realizadas pelas equipes da desospitalização e humanização do HFL apontam que investimentos no atendimento ambulatorial, com vistas ao planejamento para uma desospitalização segura, são chave para a superação da atuação assistencial

fragmentada do hospital rumo a práticas que percebam e considerem a interferência de determinantes sociais, econômicos e culturais na saúde no tratamento dos pacientes.

No ambulatório do Hospital Federal da Lagoa, o trabalho desenvolvido sob a perspectiva do planejamento da alta responsável encontra-se em fase embrionária. A expectativa dos profissionais é de que os projetos-pilotos Acolhimento Integral em Oncologia e Teleatendimento de Suporte Oncológico, assim como as ações já realizadas pelo Setor de Humanização da unidade, apontem ferramentas essenciais para a construção de planos de desospitalização. Estes devem ser iniciados a partir dos processos assistenciais ambulatoriais, com a identificação de situações de risco e vulnerabilidades que possam impactar a alta do paciente e progredir com a continuidade do cuidado.

Os processos desenvolvidos no período da pandemia de Covid-19 em decorrências das limitações impostas pelo distanciamento social – como: novos fluxos de comunicação, com o uso das Tecnologias de Informação e Telecomunicações para televisita aos pacientes internados; acolhimento e cuidado guiados pela humanização; e trabalho multiprofissional coordenado entre os diversos serviços – são exemplos positivos a serem incorporados como padrão de qualidade e segurança no cuidado aos pacientes, em todo o processo do acolhimento ambulatorial à desospitalização.

Referências

ABBAD, G.S.; LEGENTIL, J. Novas demandas de aprendizagem dos trabalhadores face à pandemia da Covid-19. *In:* MORAES, M. M. (org.). **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 47.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, jun. 2020. Supl. 1. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar. Hospitais Federais no Rio de Janeiro. **Hospital Federal da Lagoa**. Brasília, DF, ©2016. Disponível em: http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/hfl/. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília, DF: MS, 2020a. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 24-A, p. 1, 4 fev. 2020b. Edição extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília, DF: MS, 2020c. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00088920/. Acesso em: 24 ago. 2020.

FARIAS, H. S. de. A dispersão da COVID-19 na baixada fluminense: como o coronavírus avança pelas periferias do Rio de Janeiro. **Revista Continentes**, *[s. l.]*, ano 9, n. 16, p. 413-426, jan./jun. 2020. Disponível em: http://www.revistacontinentes.com.br/continentes/index.php/continentes/article/view/293/219. Acesso em: 24 ago. 2020.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, maio/ago. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142020000200025&script=sci_arttext. Acesso em: 16 ago. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Emerg%C3%AAncia%20do%20novo%20coronav%C3%ADrus%20e%20opapel%20da%20vigil%C3%A2ncia%20nacional.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

NEGRI, F. D.; MACHADO, W.; BRITO, R. **Quais são as pesquisas em andamento para prevenção e tratamento da Covid-19?**: uma análise dos ensaios clínicos

registrados na OMS. Brasília, DF: Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade/IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/198-quais-sao-as-pesquisas-em-andamento-para-prevencao-e-tratamento-da-covid-20. Acesso em: 24 ago. 2020.

OLIVEIRA, D. G. *et al.* Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102379. Acesso em: 24 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Câncer**. Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em: 13 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em: 31 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2014-2017)**. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em 16 ago. 2020

SOUZA, C. D. F. Evolução espaço temporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132020000401001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 ago. 2020.

VALENTE, J. **Ministério divulga diretrizes para construção de hospitais de campanha**: governo vai priorizar contratação de leitos de UTI privados. Brasília, DF: EBC, maio 2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/ministerio-fala-sobre-hospital-de-campanha-e-repasse-de-recursos. Acesso em: 30 ago. 2020.

10 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA DESOSPITALIZAÇÃO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Katy Conceição Cataldo Muniz Domingues
Marlea Chagas Moreira
Renata Brum
Ana Cecília Coelho Melo
Maria Beatriz Ribeiro
Ivyson Cardozo Braga

Este capítulo aborda as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no contexto da desospitalização. O termo desospitalização está relacionado à transferência do cuidar do ambiente intra-hospitalar para o domiciliar, de modo substitutivo ou complementar. Trata-se de um processo que integra ações articuladas desde a internação hospitalar até a transferência do cuidar para o domicílio (BRASIL, 2012).

No processo de transição do cuidado para o ambiente domiciliar, a equipe de profissionais da saúde responsável pela desospitalização deve criar condições para implementar ações que focalizam o usuário e a família como protagonistas, resgatando a autonomia e a participação da unidade familiar nas tomadas de decisão quanto ao cuidado que favoreça qualidade de vida e segurança dos envolvidos, em alinhamento com suas características socioculturais. Portanto, configura-se um espaço para o cuidado ético-político em que usuário, família e comunidade, em conjunto com a equipe, produzem novas práticas e inovações do cuidar em saúde (OLARIO, 2019; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1970, vem criando espaços de debates acerca das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como alternativas de cuidado exclusivo ou complementar às terapêuticas tradicionais, cujas evidências científicas ressaltam a efetividade, tendo em vista: a importância da valorização dos saberes e práticas de cuidado populares; o reconhecimento dos limites da biomedicina em sua dependência da alta tecnologia e à ênfase diagnóstica gerando

altos custos dos sistemas de saúde; e a deterioração da relação profissional-paciente, contribuindo para a desumanização das práticas (SILVA *et al.*, 2020).

10.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS

As práticas integrativas e complementares em saúde são sistemas e recursos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, estimulando a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

Seu processo de criação iniciou-se no final da década de 70, em paralelo a criação do Programa de Medicina Tradicional pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em impulsionar os estados-membros a elaborar e colocar em prática políticas públicas para aplicação racional e integrada da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como para o desenvolvimento de estudos científicos para acurar conhecimentos de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006).

Após as diversas demandas das conferências nacionais de saúde e de formulação de políticas estaduais e municipais timidamente isoladas, em 2006, o Ministério da Saúde institui pela Portaria n. 971, de 3 de maio, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), contemplando cinco práticas: homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2006).

Em detrimento do panorama de mais de 9 mil estabelecimentos que ofertavam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em todo território nacional e pela avaliação de mais de 30 mil equipes de atenção básica, durante o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq), no qual evidenciou-se que mais 14 práticas estavam sendo ofertadas, o Ministério da Saúde institui, em 2017, pela Portaria n. 849, de 27 de março, a inclusão das seguintes práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017).

O Brasil passa a ser referência na área e, para tratar desse assunto, o Ministério da Saúde promoveu, em março de 2018, o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (INTERCONGREPICS) e o 3º Congresso Internacional de Ayurveda. Os dois eventos foram realizados no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções Riocentro, com programação integrada, onde foi anunciada a ampliação da Política, por meio da Portaria n. 702, de 21 de março, incluindo mais dez práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018).

À vista disso, o Brasil torna-se o país com o maior número de práticas integrativas e complementares reconhecido mundialmente, contando, agora, com 29 práticas oferecidas pelo SUS, instituídas como política pública. No referido evento, o ministro da saúde em exercício, Ricardo Barros, assinou também o ato que institui a Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares no organograma do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

Dados mais recentes do Ministério da Saúde, segundo os sistemas de informação em saúde (Sisab, SIA e SCNES) relativos aos anos de 2017 e 2018, apontam que as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 989.704 atendimentos individuais, 81.518 atividades coletivas com 665.853 participantes e 357.155 procedimentos em PICS (BRASIL, 2020).

Já nas parciais para o ano de 2019, as PICS estiveram presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 15.603 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.296 municípios (77%) – APS e média e alta complexidade – e em todas das capitais (100%). Foram ofertados 693.650 atendimentos individuais, 104.531 atividades coletivas com 942.970 participantes e 628.239 procedimentos em PICS (BRASIL, 2020).

Cabe informar que os dados referentes ao ano de 2019 são parciais, pois os estados, os municípios e o Distrito Federal têm o prazo de 12 meses para registrarem a produtividade nos sistemas de informação (BRASIL, 2020).

O inegável aumento de interesse pelas PICS pode ser conjecturado por diferentes razões, entre as quais destacam-se: a busca por terapias mais naturais que tratem não só o sintoma de uma doença específica, mas que contemplem o ser humano como um todo; sua utilização de forma isolada quando as terapias convencionais não conseguem oferecer mais recursos satisfatórios, como no caso de doenças avançadas e crônicas;

por influências culturais, econômicas e ideológicas; e na busca por tratamentos cada vez menos invasivos, de baixo custo, em que todos possam ter acesso, fortalecendo os princípios do SUS de equidade e integralidade.

10.2 Processo de implantação das Práticas Complementares e Integrativas em Goiânia: uma experiência exitosa

Antes da criação da PNPIC, em 2006, o Brasil já se destacava enquanto pioneiro na utilização destes recursos naturais em saúde com o convênio realizado em 1985 entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), no qual se estabeleceram ações de atendimento médico envolvendo acupuntura, homeopatia e fitoterapia e também atividades de pesquisa (LUZ, 2005).

A criação do Hospital de Medicina Alternativa (HMA), em 1986, pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) também merece destaque. O hospital foi criado em parceria com médicos indianos, atraídos pela geografia e clima do cerrado propícios à criação de horto medicinal e produção de fitoterápicos. A permanência dos indianos no estado por alguns anos contribuiu muito na capacitação dos profissionais vinculados a rede estadual de atendimento, e, após o retorno dos profissionais à Índia, o serviço passou a ser realizado pelos profissionais da rede pública e tornou-se uma referência nacional.

Em 2015, 28 anos depois, o HMA foi renomeado como Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (Cremic), passando a definir melhor seu perfil institucional, por ser atualmente palco de diversas pesquisas nacionais e internacionais, oferecendo assistência multidisciplinar em 18 das 29 práticas preconizadas na PNPIC do Ministério da Saúde (auriculoterapia, ayurveda, arteterapia, aromaterapia, cromoterapia, florais de Bach, quiropraxia, acupuntura com eletroestimulação, reflexologia, massagem terapêutica, moxabustão, ventosaterapia, reiki, homeopatia, meditação, musicoterapia, fitoterapia e yoga). Atualmente, em média, o ambulatório atende 200 pacientes por dia, e o acesso dos pacientes se dá por meio do Complexo Regulador Municipal de Goiânia, que faz encaminhamentos de todo o estado.

Porém, o movimento de implantação das PICS no município de Goiânia só foi alavancado em 2009, por profissionais que não faziam parte da equipe do HMA, e demonstraram interesse espontâneo em oferecer aos pacientes do SUS um cuidado humanizado e focado no ser como um todo, pelo movimento da criação da Lei

Complementar Municipal n. 195, de 16 de julho de 2009, em paralelo a criação da Lei Estadual n. 16.703, de 23 de setembro de 2009, que, finalmente, instituiu a implantação das PICS no estado de Goiás.

Entretanto, somente em março de 2017, após audiência pública na Câmara de Vereadores, com o auditório totalmente lotado e com pessoas em pé, na presença de representantes do Ministério da Saúde, dos conselhos de categoria de classe das profissões da área da saúde, representantes da Atenção Primária do estado e do município, Conselhos de Saúde Estadual e Municipal, universidades e com a população a reivindicar ao gestor municipal da saúde a oferta das PICS no SUS, é que a implantação das PICS foi consolidada no município de Goiânia.

Nos dias atuais, o município de Goiânia apresenta o seguinte diagnóstico situacional: 193 equipes de saúde da família em 59 unidades, 22 unidades de saúde convencional, 11 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e 14 unidades de urgência. Nessas unidades estão lotados profissionais de diversas categorias entre: enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e os profissionais de nível médio e administrativos, em que foi detectado o desejo e a necessidade premente de capacitação em PICS por parte desses profissionais.

Com os entraves políticos e financeiros enfrentados no município, a opção mais viável foi iniciar o projeto de capacitação pela auriculoterapia chinesa, por ser uma prática relativamente de baixo custo e capaz de ser realizada sob a forma de curso livre. Foi disponibilizado, então, um link de inscrição para profissionais da área da saúde com atuação na Atenção Básica e Caps, e, para a surpresa da coordenadora do projeto, o interesse foi tão grande que as 40 vagas oferecidas foram preenchidas em menos de 24 horas, necessitando a criação de lista de espera para a próxima turma.

O projeto já capacitou de forma presencial 3 turmas de 40 alunos em 2018, 2 turmas em 2019 e 1 turma em 2020, totalizando 240 profissionais da área da saúde capacitados em auriculoterapia chinesa. Esses profissionais realizam atendimentos tanto a colegas servidores quanto aos usuários do SUS. Muitos contribuem com grupos de tabagismos e outros em diversos programas nas unidades de saúde. São monitorados pela coordenação das PICS do município quanto ao registro dos dados no sistema e às dúvidas técnicas. Pelo fechamento do relatório anual de 2019, acredita-se que 80% dos profissionais capacitados mantêm os atendimentos de auriculoterapia chinesa.

Diante do cenário da pandemia da Covid-19, foi criada uma nota técnica sobre o uso da auriculoterapia chinesa, como modalidade de atendimento aos servidores

em sofrimento físico e emocional, e lançado um Fórum SUS para que os servidores se inscrevessem de forma remota em atendimentos como: reiki, alinhamento de chakras com cromoterapia, acupuntura coreana, dietoterapia oriental, floral de Bach e aromaterapia.

Consideramos um nó crítico na Política Municipal de Goiânia o sub-registro dos atendimentos realizados. Fatores intervenientes para a falta desse registro têm sido apontados pelos próprios colaboradores, tais como as mudanças frequentes do sistema de informação e registros e dificuldades no manuseio do sistema, como, por exemplo, em encontrar campos específicos para o registro dos atendimentos. Esperamos que os setores responsáveis possam se articular cada vez mais na resolutividade dos problemas apontados, a fim de que possamos continuar avançando com a oferta das PICS no município.

10.3 Práticas Integrativas e Complementares no processo de desospitalização do Hospital Federal Cardoso Fontes – Rio de Janeiro: uma experiência inovadora

Em estudo acerca do panorama brasileiro da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família, a partir dos bancos de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2013-2014) e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (2015-2016), foi evidenciado que a Região Sudeste obteve o maior percentual de práticas ofertadas entre os municípios brasileiros (BARBOSA *et al.*, 2020b).

Em pesquisa realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em julho de 2020, acerca da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no estado do Rio de Janeiro, verificou-se 565 registros de estabelecimentos de saúde, distribuídos nas regiões administrativas: Baía da Ilha Grande (16), Baixada Litorânea (19), Centro Sul (27), Médio Paraíba (45), Metropolitana I (354), Metropolitana II (14), Noroeste (01), Norte (22) e Região Serrana (53).

Cabe destacar que, no interesse das discussões acerca das possibilidades e desafios para o uso das PICS para favorecer o processo da desospitalização, foram identificados o cadastro de 16 hospitais que integram a rede hospitalar do estado e que possuem atendimento com utilização das Práticas Integrativas e Complementares nas seguintes regiões: Região Médio Paraíba (Pinheiral, Resende e Quatis); Região Serrana (Petrópolis); e Região Metropolitana I (São João de Meriti, Duque de Caxias; e 9 hospitais no município do Rio de Janeiro). Resultados que indicam o crescimento da oferta no estado.

Contudo, pesquisadores ressaltam que a expansão no cadastro das PICS não significa institucionalização e sustentabilidade da política no território brasileiro. A análise dos referidos bancos de dados indicou situações de alerta como: problemas na qualidade de registro devido ao preenchimento descentralizado pelos gestores municipais, desatualização e fiscalização insuficiente; ausência de oferta estruturada de PICS na maioria dos municípios respondentes; oferta ocasional e pontual por profissional, sem oferta sistemática e institucionalmente apoiada pelo gestor. Desse modo, o estudo alerta que

> As principais consequências para a não institucionalização são a fragilidade e a instabilidade da oferta, além da dificuldade de realizar o adequado monitoramento e avaliação para garantir segurança e qualidade. Quando a prática é implantada, financiada e desenvolvida pelos profissionais, sem apoio da gestão, no momento em que esse profissional deixa o serviço ou por algum motivo interrompe a oferta, a prática deixa de ser ofertada, caracterizando uma política de "pessoas" e não de Estado (BARBOSA *et al*., 2020b, p. 10).

A institucionalização da implementação de PICs no processo de desospitalização pode ser observada no Hospital Federal Cardoso Fontes, localizado no município do Rio de Janeiro, que possui um Serviço de Atenção à Desospitalização (Sades) desde 2012. Essa unidade coordena a assistência a pessoas em cuidados paliativos matriculadas na instituição, conduzindo o processo de transição do hospital para o domicílio. De acordo com estudo realizado por Olario *et al*. (2018), no período de 2012 a dezembro de 2016, a equipe multiprofissional que integra o Sades realizou 655 atendimentos de usuários com diagnósticos de câncer (61,9%), entre outras situações crônicas (38,1%), dos quais houve predomínio dos casos de Alzheimer (16,6%).

10.3.1 Relato de experiência das Práticas Integrativas e Complementares no Ambulatório Clínica da Dor

Ao iniciar meu trabalho como médica anestesista na clínica de Dor no Hospital Federal Cardoso Fontes, em 2007, deparei-me com o projeto de uma colega, também anestesista, que havia implantado o ambulatório de controle de dor e cuidados paliativos com a equipe oncológica do hospital. O objetivo dessa união era de que o médico oncologista pudesse focar no tratamento específico da doença e nós, anestesistas, cuidássemos do controle da dor e sintomas relacionados à doença (sintomas iniciais, sintomas avançados e relacionados ao tratamento).

Por ter feito o curso de acupuntura (ramo de abordagem da Medicina Tradicional Chinesa e também uma modalidade das PICS), logo vi nos pacientes oncológicos várias possibilidades de utilização como parte do tratamento. Não havia (e até a data de hoje

ainda não existe), ambulatório de acupuntura ou esse tipo de tratamento disponível, assim, iniciei de maneira "não oficial" a utilizar acupuntura no atendimento aos pacientes.

Em pacientes oncológicos vários são sintomas em que podemos utilizar acupuntura:

- **Dor**: sintoma com grande prevalência desde início da patologia (pode ser da causa oncológica ou até mesmo de causa benigna já preexistente) e, por meio da utilização de acupuntura, conseguimos reduzir bastante a queixa de dor em vários pacientes. Em alguns pacientes há a diminuição do uso de analgésicos (inclusive opioides) e, em pacientes com dor benigna, conseguimos manter boa analgesia apenas com a utilização da acupuntura. Espasmos musculares, doenças reumatológicas, doenças osteoarticulares são patologias benignas encontradas nos pacientes oncológicos e que também podemos conseguir benefício muito satisfatório com o uso da acupuntura.
- **Náusea e vômitos**: outro sintoma bem prevalente nos pacientes, principalmente durante o período da quimioterapia. Pacientes beneficiam-se bastante com a utilização da acupuntura para controle desse sintoma.
- **Sintomas emocionais**: todo diagnóstico de patologia crônica gera medo, ansiedade, incerteza, e a acupuntura consegue, em grande parte dos casos, aliviar os sintomas (junto a outras medidas terapêuticas).

A vista disso, vários pacientes conseguem receber alta da doença oncológica (exceto nos casos de doença avançada), porém alguns pacientes, mesmo com a alta oncológica, mantêm-se inseguros do distanciamento do hospital, e quando isso acontece os mantenho ainda em tratamento com acupuntura, garantindo os benefícios de sintomas álgicos por quaisquer causas e alívios de sintomas emocionais.

A acupuntura é comprovadamente considerada efetiva para tratamento de vários sintomas e deveria já estar beneficiando grande parte da nossa população nos hospitais públicos. Diversas são as vantagens, tais como: custo mais baixo em comparação com a larga escala de medicações e espaço físico, requerendo poucos aparatos sofisticados. O que se faz necessária é a presença de profissionais de saúde qualificados (abordagem multiprofissional, podendo ser praticada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) e a divulgação dentro das unidades hospitalares para conhecimento dessa modalidade.

Atualmente, no HFCF continuo de maneira "não oficial" a fazer utilização dessa técnica e no aguardo, com esperança, que outros venham comigo formar uma equipe oficial para formalizar um ambulatório de acupuntura em nossa instituição.

10.3.2 Relato de experiência das Práticas Integrativas e Complementares no Sades

Como psicólogo iniciei meus atendimentos com as PICS há dois anos pela atenção básica (centro municipal de saúde e clínica da família) no bairro de Irajá, onde, no grupo terapêutico denominado equilíbrio (formado por usuários destes serviços de saúde e seus cuidadores), conduzido por uma equipe multiprofissional, trabalhávamos diversas questões como: depressão, ansiedade, sofrimentos psíquicos em geral e elaboração do processo de luto. As demandas dos atendimentos surgiam a partir da fala e do sofrimento experenciado pelos participantes, que muito contribuiu para a construção de uma potente frente de trabalho na utilização das PICS.

A partir dos conceitos de bioenergética que ressalta o quanto é possível produzir saúde por meio do conhecimento do próprio corpo, utilizávamos técnicas de relaxamento e respiração diafragmática como metodologia nos nossos encontros, objetivando a qualidade de vida dos participantes.

As técnicas de relaxamento viabilizaram o contato saudável ou pleno, que propicia ao sujeito a experiência de ser valorizado pelo "outro" e por si mesmo, em sua singularidade. De acordo com a Abordagem Teórica Gestalt, é pelo contato com o outro que me percebo como ser existente. Para Ribeiro (2007) contato é a troca de experiências e sentimentos de relação não apenas com o outro, mas consigo. Fazer contato tem a ver com relacionar-se, com encontrar-se consigo mesmo e com o outro, sem nunca perder a perspectiva de que tudo ocorre no mundo. O contato, portanto, é aqui e agora.

Constatou-se, nesses dois anos de trabalho, que a utilização das técnicas de relaxamento, em especial respiração e meditação, produziram aumento significativo na qualidade de vida dos integrantes do grupo, pelos diversos relatos do alívio de sintomas físicos e emocionais, bem como o desenvolvimento da inteligência emocional ao lidar com seus processos psíquicos em geral.

Alicerçado por esta experiência exitosa, atualmente integro a equipe multiprofissional do Sades do HFCF, onde venho trabalhando com essas técnicas de relaxamento e meditação, visando, por meio das PICS, melhorar a qualidade de vida e alívio de sintomas indesejáveis que tanto necessitam de atenção e monitoramento, especialmente em pacientes desospitalizados.

10.4 Considerações finais

No contexto do SUS, a desospitalização proporciona à pessoa doente acolhimento e humanização ao viabilizar seu retorno a atividades cotidianas em seu ambiente domiciliar,

favorecendo a diminuição do estresse e, consequentemente, melhor possibilidade de recuperação. E para tal, a Atenção Domiciliar precisa se reinventar a cada dia no sentido de garantir a continuidade de cuidados em suas ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestada no domicílio, sem descuidar da garantia da continuidade e integralidade do cuidado com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta nova perspectiva do cuidar, consideramos muito oportuno a inserção das PICS durante o processo de desospitalização, por serem comprovadamente tecnologias eficazes e seguras, capazes de vislumbrar o indivíduo em sua dimensão global e individualidade, além de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde, o desenvolvimento do vínculo terapêutico, a integração do ser humano com o meio ambiente e o autocuidado.

Temos consciência do árduo caminho a percorrer, mas carregamos conosco a certeza de que sempre haverá novos começos, novos desafios e, principalmente, novas possibilidades de acolhimento e oferta de cuidado àqueles que sofrem.

Referências

BARBOSA, F. E. S. *et al.* Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. e00208818, 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho_2020_v1_0.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a política Nacional de Práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. v. 1.

BRASIL. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 56, p. 74, 22 mar. 2018.

BRASIL. Portaria n. 849, de 17 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 60, p. 68, 28 mar. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 3, n. 24, p. 180-188, 2008.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. Suplemento.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora:

Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLARIO, P. S. *et al.* Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade do Rio de Janeiro/Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018.

RIBEIRO, M. A. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75-91, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-371720070 00100006 &script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 2 ago. 2020.

SILVA, G. K. F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e300110, 2020.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O livro *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional* traz como questão norteadora as perspectivas da desospitalização como mecanismo para processos de alta responsável, transição segura e continuidade do cuidado.

Desospitalizar é compreender que a prestação da assistência à saúde é pautada no princípio da integralidade do SUS, é realizar um cuidado centrado no paciente, respeitando a participação, a opinião e a decisão sobre seu tratamento, e possibilitar transições do cuidado seguras, coordenadas, eficazes e efetivas. Desenvolver ações de desospitalização é bastante desafiador quando se está inserido num modelo hospitalocêntrico do cuidar, com processos de trabalho fragmentados. Há um caminho a ser trilhado na mudança de paradigmas e de cultura institucional.

Esta obra expressa a construção de um trabalho realizado por vários atores: profissionais de saúde, estudiosos do tema e gestores. É fruto de reuniões técnicas, encontros e debates que objetivam elaborar, pensar e pactuar processos, fluxos e sistematizar práticas que corroborem com a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente. O principal intuito deste trabalho é refletir e contribuir com a formação de multiplicadores que compreendam e incentivem atuação multiprofissional, favorecendo que serviços atuem integrados com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir do entendimento central de que desospitalizar *é o tempo todo em todos os pontos de cuidado*.

Os capítulos apresentam experiências exitosas, desafios e possibilidades. Pode-se identificar as lacunas que os serviços de saúde, em destaque os hospitalares, precisam trabalhar no processo de desospitalização para o alcance de melhores resultados, tais como: planejamento para alta; orientações de alta, escuta do paciente e família, comunicação interequipes e com as RAS e acompanhamento após a alta.

O livro não esgota as discussões, ele as amplia, propondo que profissionais de saúde, estudantes, gestores e pessoas interessados no tema reflitam sobre os diversos aspectos e conceitos apresentados acerca da desospitalização. E mais, intenciona-se que seja uma semente para novas possibilidades e para respostas (ou novas perguntas) sobre a desospitalização.

EQUIPE TÉCNICA

Adelia Quadros Farias Gomes – Médica. Mestre em Ciências da Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Membro da equipe da Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Sems-RJ. Membro da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente. Coordenadora das Câmaras Técnicas Assistenciais dos hospitais e institutos federais no RJ. Apoiadora da Câmara Técnica de Desospitalização.

Adriana da Costa Coelho – Enfermeira. Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Especialista em Administração em Serviços de Saúde (UERJ). Gerente de enfermagem da enfermaria de cardiologia e sala de exames cardiológicos.

Alexandre Ernesto da Silva – Enfermeiro. Doutor e mestre em Cuidados Paliativos. Docente da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJR).

Aline Saraiva da Silva Correa – Médica geriatra titulada SBGG/AMB. Médica geriatra do HUCFF/UFRJ. Chefe do Serviço de Clínica Médica do HFCF. Professora do Curso de Graduação em Medicina da Unigranrio. Mestranda da UFRJ.

Almiro Domiciano da Cruz Filho – Médico. Mestre em Ciências (IFF/Fiocruz). Coordenadora-Geral do Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Ana Cecília Coelho Melo – Enfermeira Acupunturista. Mestre em Reiki. Coordenadora da Comissão de PICS do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren/GO). Coordenadora das Práticas Integrativas e Complementares na Secretaria de Saúde de Goiânia.

Ana Paula Fernandes da Silva – Médica. MBA em Gestão em Saúde. Diretora-Geral do Hospital Federal Cardoso Fontes.

Antônio da Silva Ribeiro – Enfermeiro. Doutor em enfermagem (EEAP/Unirio). Mestre em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Especialista em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Enfermeiro da Secretaria Municipal de Itaguaí-RJ.

Areti Antoine Xirus Vilela Bastos – Médica. Especialista em Regulação em Saúde no SUS. Membro da equipe do NIR do HFL. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Aydée Valério de Souza Albino – Assistente social. Mestre em Serviço Social (UERJ). Membro da equipe da Visita Domiciliar do Into.

Bianca Ribeiro Sales – Enfermeira. Especialista em Oncologia pelo Programa de Residência do Inca. Especialista em Saúde Pública (Unesa). Coordenadora-Geral de Enfermagem do Inca/HC IV. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Christine Pereira Gonçalves – Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Fisiológicas (Ufes). Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória (USP). Fisioterapeuta da Unidade Intermediária do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Cinthia de Mello Vitório – Assistente social. Mestre em Serviço Social pela UFRJ. Especialista em avaliação em saúde (Ensp/Fiocruz). Membro da equipe do Serviço Social do HFSE.

Cláudia Mendes de Araújo – Enfermeira. Mestre em Política e Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (ENSP/Fiocruz). Chefe da Visita Domiciliar do Into. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Daniele Santos da Conceição – Enfermeira. Mestre em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Enfermeira do Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Elaine Cristine da Conceição Vianna – Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Especialista em Cuidados Intensivos – Unesa; Coordenadora Administrativa do Serviço e de Enfermagem do Serviço de Emergência – Hospital Federal Cardoso Fontes/MS; Gerente de apoio projeto Lean nas emergências no HFCF.

Ernani da Costa Mendes – Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde (Ensp/Fiocruz). Membro da equipe de Cuidados Paliativos do Inca/HC IV.

Fabiana Andrade Pessoa – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (MS/Unirio). Enfermeira Sades/HFCF.

Flavia Firmino – Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Mestre pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Especialista em Oncologia pelo Programa de Residência do Inca. Estomaterapeuta (UERJ). Enfermeira Inca/HC IV.

Flavia Navi de Souza – Médica. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Especialista em Geriatria (UFRJ). Especialista em Clínica Médica (Hfag). Coordenadora-Adjunta do Serviço de Assistência Domiciliar Inca/HC IV.

Gabriel Alves Silva – Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei.

George da Silva Divério – Bacharel em Ciências Militares e em Administração de Empresas pela Academia Militar das Agulhas Negras. Mestre em Operações Militares pela Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais. Doutor em Ciências Militares pela Escola de Comando e Estado-Maior do Exército (Eceme). Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos – Enfermeira. Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Membro da equipe da Visita Domiciliar do Into.

Ivyson Cardoso Braga – Psicólogo. Especialista em Saúde da Família e Psicologia do Trânsito. Psicólogo do Sades/HFCF.

José Luiz de Carvalho – Médico. Mestre pela UERJ. Coordenador da Unidade Intermediária do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Karina Ferreira dos Santos – Fonoaudióloga. Graduada pela UVA. Fonoaudióloga do Sades/HFCF.

Katy Conceição Cataldo Muniz Domingues – Enfermeira. Doutoranda em Educação (Nutes/UFRJ). Professora substituta da EEAN/UFRJ.

Leonor Maria da Silva Gomes – Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH/Unirio). Especialista em Qualidade e Segurança do Cuidado ao Paciente. Membro da equipe da Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde da Sems-RJ. Coordenadora da Câmara Técnica de Desospitalização.

Lívia Almeida de Menezes – Médica. Especialista em Gestão Hospitalar (IEP/HSL). Coordenadora da Unidade de Pacientes Internos do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Coordenadora do Projeto de Ações Estratégicas na Desospitalização de Pacientes Pediátricos com Condições Crônicas de Saúde do IFF/Fiocruz.

Luciana de Almeida Marques Oliveira – Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho (UFF). Chefe Substituta da Visita Domiciliar do Into.

Luciana Vicente da Silva – Assistente Social. Especialista em Direitos Humanos (DIHS/ENSP/Fiocruz). Assistente Social do Sades/HFCF.

Luciano Teixeira Rocha – Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva (UERJ). Coordenador do Eades/HFB. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Maria Alice Costa e Silva – Assistente Social. Pós-graduação em Gestão de Recursos Humanos. Chefe do Serviço Social do HFI.

Maria Antônia de Almeida Santana – Médica. Membro da equipe do NIR do HFL.

Maria Beatriz Ribeiro – Médica. Membro da Clínica da Dor do Hospital Federal Cardoso Fontes.

Maria da Conceição Coelho de Moraes – Assistente Social. Especialista em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Coordenadora da Comissão de Desospitalização do HFSE. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Mariana de Souza Malnati – Cientista Política. Analista Técnica de Políticas Sociais. Membro da equipe da Área da Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde da Sems-RJ. Apoiadora da Câmara Técnica de Desospitalização.

Mariana Setúbal Nassar de Carvalho – Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Especialista em Gestão Hospitalar (IEP/HSL). Coordenadora da Unidade de Pacientes Internos do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Coordenadora do Projeto

de Ações Estratégicas na Desospitalização de Pacientes Pediátricos com Condições Crônicas de Saúde do IFF/Fiocruz.

Marléa Crescêncio Chagas – Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Mary Paixão Maçanti – Assistente Social. Mestre em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Membro da equipe da Visita Domiciliar do Into.

Mirian Grayce Motta Guimarães – Psicóloga. Técnica em Assuntos Educacionais, pós-graduação em Gestão Pública e especializanda em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Monique dos Santos Leandro – Enfermeira. Enfermeira do SADES/HFCF.

Patrícia da Silva Olario – Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora do curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária do DIHS/ENSP/Fiocruz. Coordenadora do Sades/Hospital Federal Cardoso Fontes. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Patrícia de Souza – Enfermeira. Mestre em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora do curso de graduação em Enfermagem Unisuam.

Paulo Cesar Cerdeira Campos – Médico. Mestre em Biociências e Saúde (Fiocruz). Especialista em Educação Popular (Fiocruz). Chefe do Setor Lagoa Voluntário do Hospital Federal da Lagoa. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Regina Lúcia de Jesus Esteves – Nutricionista. Nutricionista Sades/HFCF.

Renata Brum Viana – Enfermeira. doutoranda em Enfermagem (EEAN/ UFRJ). Professora substituta da UERJ. Enfermeira do Instituto Nacional do Câncer (Inca).

Renata de Figueiredo de Lamare – Médica. Pós-graduação em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária (Ensp/Fiocruz). Especialista em Geriatria e Gerontologia (UERJ). Médica do Serviço de Clínica Médica do Hospital Federal Cardos Fontes.

Rogério Romão José – Administrador e Bacharel em Direito. Especialista em Direito Público, Administrativo e Constitucional. MBA em Logística. Coordenador de Planejamento FHP Tecnologies.

Sidnei Vieira Beja Junior – Fisioterapeuta. Pós-graduado em Ortopedia. Fisioterapeuta do SADES/HFCF.

Vanessa Gomes da Silva – Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Biociências e Saúde/Fiocruz. Mestre e Especialista em Educação Profissional em Saúde pela Fiocruz/EPSJV. Especialização em Oncologia/AVM. Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliar Inca/HC IV.

Verônica Pinheiro Simões – Assistente Social. Especialista em Direitos Sociais e Competências Profissionais (UnB), Membro da equipe da Visita Domiciliar do Into. Membro do Núcleo Executivo da Câmara Técnica de Desospitalização.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Responda a pesquisa disponível por meio do link:
https://ncv.microsoft.com/BazoIU6zAn

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
http://bvsms.saude.gov.br

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE Governo Federal