

Universidade de Ribeirão Preto
Programa de Mestrado Saúde e Educação
Stricto sensu

MARCELO RIÊRA

A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR

RIBEIRÃO PRETO

2024

SILVIA SIDNÉIA DA SILVA

(ORIENTADORA)

A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva.

RIBEIRÃO PRETO

2024

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

RIÊRA, Marcelo, 1975-

R558a A alta hospitalar qualificada na clínica médica de um hospital
filantrópico do interior paulista na perspectiva da equipe
multidisciplinar / Marcelo Riêra. – Ribeirão Preto, 2024.

200 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2024.

MARCELO RIÊRA

**A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.


Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 01 de julho de 2024

Resultado: Aprovada


BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Rosemary Aparecida Furlan Daniel
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Maria Izaura Sedoguti Scudeler Agnollitto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP

**RIBEIRÃO PRETO
2024**

DEDICATÓRIA

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o címbalo que retine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria. E ainda que distribuísse todos os meus bens para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria. O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não se vangloria, não se ensoberbece, não se porta inconvenientemente, não busca os seus próprios interesses, não se irrita, não suspeita mal; não se regozija com a injustiça, mas se regozija com a verdade; tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. O amor jamais acaba; mas havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá; porque, em parte conhecemos, e em parte profetizamos; mas, quando vier o que é perfeito, então o que é em parte será aniquilado. Quando eu era menino, pensava como menino; mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de menino. Porque agora vemos como por espelho, em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei plenamente, como também sou plenamente conhecido. Agora, pois, permanecem a fé, a esperança, o amor, estes três; mas o maior destes é o amor.”

Dedico antes de tudo esse trabalho ao meu Senhor e Deus, que me deu o dom da vida e o dom do amor. Senhor, a Ti toda honra e toda a glória.

Dedico esse estudo aos meus pais, que abdicaram de muitos sonhos para tornarem os meus possíveis, mesmo sem a verdadeira percepção desse propósito. O nome disso é amor! Mom e Dad vocês são meu alicerce, razão da minha vida, porto seguro e amor maior!

Dedico ainda aos meus pacientes, pessoas que confiaram, confiam e confiarão a vida aos meus cuidados. Que eu seja cada dia mais superabundado de amor!

AGRADECIMENTOS

“Se vi mais longe foi por estar sobre os ombros de gigantes” Isaac Newton. Obrigado Silvia, minha querida orientadora, eu te olhava com olhos de admiração, algo tão distante, e ainda assim você me deu as mãos para percorrer essa jornada, espontaneamente. Obrigado por ter acreditado em mim!

Às minhas companheiras de mestrado, Patrícia e Daniela. Vocês foram imprescindíveis para chegar até aqui.

Ao meu querido amigo Professor Dr. Tufik José Magalhães Geleilete que sempre me incentivou para cursar o mestrado.

À minha Universidade querida, UNAERP, especificamente nas pessoas do Professor Dr. Reinaldo Bulgarelli Bestetti e da Professora Me. Sonia Maria Camargo dos Santos, que apostaram no meu potencial.

Agradeço aos Membros da Banca, Prof^a Dr^a Rosemary Aparecida Furlan Daniel e Prof^a Dr^a Maria Izaura Sedoguti Scudeler Agnollitto pelas sugestões que abrilhantaram esse projeto.

Agradeço aos mestres e doutores, juízes que analisaram e validaram o questionário aplicado na pesquisa, pela pronta resposta ao meu pedido e ao carinho na devolução da resposta.

À Tatiana que me levantou quando minha fé já não me sustentava, e sempre disse: “vai dar tudo certo!!!”. Tati, obrigado por tudo!!!

À uma pessoa que despretensiosamente entrou em minha vida, ou não! Geny Cristina Ruiz você, inicialmente, foi uma dádiva... aos poucos fomos nos tornando amigos, e sei que muito do que tenho, passa por você.

A Enfermeira Dra. Cinthia Mendes Rodrigues, minha companheira de trabalho, que deu o pontapé inicial ao projeto e me tolerava.

Ao Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva e Enfermeira Melina Monteiro que estão comigo no dia a dia. Eu não sei como agradecer a confiança, e se cheguei aqui tem o dedo de vocês.

Gostaria de mencionar a existência do meu sobrinho, Matheus Riêra de Oliveira, um quase médico, que optou por seguir um pouco da minha trajetória. Eu busco incessantemente a possibilidade de deixar um mundo melhor para os meus sucessores, mas também sucessores para um mundo melhor. Sucesso sem sucessor não é sucesso. Isso é para você Matheus, eu te amo!!!

RESUMO

O termo desospitalização refere-se a uma ação ampla, a qual objetiva a desinstitucionalização dos pacientes hospitalizados, agilizando o processo de alta, promovendo a reintegração social e viabilizando uma reinserção na rede. Essas ações seguem os princípios da humanização, do cuidado contínuo e da participação familiar, sendo um dos eixos principais do atendimento domiciliar. Neste contexto, o objetivo deste estudo é compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizou da pesquisa de campo como método de procedimento. Foram realizadas entrevistas organizadas e estruturadas com participantes selecionados através de uma amostragem não probabilística por quota, constituídas de: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 2 psicólogos, 2 farmacêuticos clínicos e 01 fonoaudiólogo. As entrevistas foram analisadas adotando a organização dos dados, a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados dessa pesquisa indicam que na perspectiva dos participantes do estudo, os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições e as executam satisfatoriamente no planejamento e elaboração da alta hospitalar qualificada e, ainda, evidenciam à instituição hospitalar do estudo a possibilidade de a alta hospitalar qualificada ser aplicada e extensiva às demais especialidades presentes no hospital. Sugere-se a possibilidade da realização de outras pesquisas que avaliem o impacto dessas intervenções da alta hospitalar qualificada sobre a saúde dos pacientes e seus familiares/cuidadores.

Palavras-chave: Planejamento de alta; Alta hospitalar qualificada; Sistema Único de Saúde; Desospitalização. Equipe de saúde.

ABSTRACT

The term dehospitalization refers to a broad action, which aims to deinstitutionalize hospitalized patients, speeding up the discharge process, promoting social reintegration and enabling reintegration into the network. These actions follow the principles of humanization, continuous care and family participation, being one of the main axis of home care. In this context, the objective of this study is to understand the involvement of the multidisciplinary team in planning high coordination in the Medical Clinic Service of a philanthropic hospital in the interior of São Paulo, from the perspective of the professionals involved in the process. This is a descriptive research, of an applied nature and a qualitative approach, which used field research as a procedural method. Organized and structured interviews were carried out with participants selected through non-probability quota sampling, containing: 2 doctors, 2 nurses, 2 physiotherapists, 2 social workers, 2 nutritionists, 2 psychologists, 2 clinical pharmacists and 01 speech therapist. The interviews were tested using a qualitative approach, adopting the organization of data based on the content analysis proposed by Bardin. The results of this research indicate that from the perspective of the study participants, the professionals who make up the multidisciplinary team are aware of their duties and perform them satisfactorily in planning and preparing qualified hospital discharge and, furthermore, demonstrate to the study hospital institution the possibility of qualified hospital discharge be applied and extended to other specialties present in the hospital. It is suggested that further research be carried out to evaluate the impact of these qualified hospital discharge interventions on the health of patients and their families/caregivers.

Keywords: Discharge planning; Qualified hospital discharge; Health Unic System; Dehospitalization. Health team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Panorama das referências normativas relativas às Políticas Públicas no Brasil.27

Figura 2 - Fundação da Sociedade de Beneficência Portuguesa por Antônio dos Santos Martins em 28 de setembro e formação da 1ª diretoria.52

Figura 3 - Entrada do Hospital Beneficência Portuguesa.53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Parâmetros quantitativos e qualitativos para Monitoramento do Articulador de Humanização⁴⁰

Quadro 2 - Versão preliminar do “*Readiness For Hospital Discharge Scale*” (RHDS-Br) para uso no Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2014.43

Quadro 3 - Fases da Análise de Bardin.....56

Quadro 4- Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando como as disciplinas definem Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024.....73

Quadro 5 - Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.....76

Quadro 6 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como executam suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.....81

Quadro 7– Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando a interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024.....86

Quadro 8 – Distribuição das Categorias das entrevistas, de acordo com as respostas de quais profissionais são responsáveis pela AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.....89

Quadro 9 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes relativas à percepção quanto a como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.....92

Quadro 10 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como entendem o processo de AHQ, ao considerarem a segurança do paciente, após a alta hospitalar. Ribeirão Preto/SP, 2024.....96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Comissões Intergestores Tripartites
COREME	Comissão de Residência Médica
CRECI	Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso
CT	Câmaras Técnicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGH	Departamento de Gestão Hospitalar
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IdSUS	Índice de Desempenho do SUS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Leis Orgânicas da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASDEF	Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Programa de Integração Comunitária
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRODAF	Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e Fissurados

PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHDS	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale</i>
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades de Atenção Básica
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO16

1.1 Justificativa19

1.2 Objetivos20

1.2.1 Geral20

1.2.2 Específicos20

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA21

2.1 O Sistema Único de Saúde, a hospitalização e a desospitalização: histórico, legislação e aplicação na realidade21

2.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)21

2.1.2 O processo histórico da hospitalização24

2.1.3 A Desospitalização26

2.2 Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: conceitos e a realidade desses modelos no contexto hospitalar, utilizando o Projeto Terapêutico Singular (PTS)30

2.2.1 Conceitos30

2.2.2 A aplicação prática da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no contexto hospitalar33

2.3 Alta hospitalar qualificada no processo de desospitalização: realidades, possibilidades e desafios37

2.4 Rede de Atenção à Saúde45

3 CASUÍSTICA E MÉTODO50

3.1 Natureza do estudo50

3.2 Local do estudo51

3.3 População e amostra54

3.4 Instrumento de coleta de dados57

3.4.1 Entrevista padronizada ou estruturada57

3.4.2 Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas58

3.5 Procedimentos de coleta de dados61

3.6 Análise de dados62

3.6.1 Análise de conteúdo63

3.7 Aspectos éticos e legais67

3.8 Critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa69

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS105

REFERÊNCIAS107

APÊNDICE I118

APÊNDICE II119

APÊNDICE III121

APÊNDICE IV125

APÊNDICE V126

APÊNDICE VI172

APÊNDICE VII174

ANEXO A192

ANEXO B193

ANEXO C194

ANEXO D195

ANEXO E202

APRESENTAÇÃO

Graduei em Medicina, no ano de 1998, pela Faculdade de Medicina de Itajubá, localizada no estado de Minas Gerais. Ao final da graduação, por 2 anos, trabalhei como médico em uma Equipe do Programa de Saúde da Família, em uma área rural da cidade de Maria da Fé, no estado de Minas Gerais.

Em 2001 me mudei para Ribeirão Preto, onde iniciei minha Especialização Médica, no período de 08 de janeiro de 2001 a 31 de janeiro de 2003, na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Terminada a especialização, recebi um convite para estruturar e conduzir uma enfermaria de Clínica Médica para o Centro Universitário Barão de Mauá, que havia aberto seu curso de Medicina recentemente e sua primeira turma chegava ao internato. Essa instituição de ensino usava as dependências e os recursos humanos da Santa Casa para o ensino prático. Durante grande parte do meu trabalho na Barão de Mauá também atuei ministrando aulas na Disciplina de Gastroenterologia pelo modelo Tradicional de ensino. Aí permaneci por 10 anos, tendo a honra de ter sido Preceptor homenageado por todas as turmas que ali passaram durante o meu exercício profissional. No ano de 2003 fui aprovado no concurso para Médico Clínico Geral da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, onde me encontro como estatutário até os dias atuais.

Em janeiro de 2013, com meu desligamento do Centro Universitário Barão de Mauá, recebi o convite para integrar a equipe de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Exerço atividades de Médico Assistente na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Beneficência Portuguesa, vinculadas ao ensino de alunos do internato em medicina, sob o método *Problem-Based-Learning* (PBL). Ainda exerço a Coordenação da Equipe de Clínica Médica do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto e, em agosto de 2023, fui eleito Diretor Clínico desta mesma instituição.

Todos esses anos de trabalho com acadêmicos de medicina impõem a mim a necessidade, já tão antiga e protelada tantas vezes por razões inadmissíveis, de capacitação na área de Saúde e Educação, mediante o estudo de técnicas, processos e temáticas que atendam a demanda do meu trabalho. A minha busca pelo Mestrado profissional em Saúde e Educação, oferecido pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), tem como objetivo uma imersão profunda na aquisição desses conhecimentos, para que possa exercer com excelência a profissão que escolhi para

a minha vida. Além desse objetivo maior, outros também tomam relevância, como a melhor remuneração, ser especialista na minha área, ter acesso a novos métodos e técnicas de trabalho, consolidar a minha atuação como professor em nível superior, fortalecer o meu pensamento crítico e abrir as portas para as produções científicas.

1 INTRODUÇÃO

O termo “desospitalização”, no Brasil, teve origem a partir da década de 1970, com o processo de reforma psiquiátrica no país. Teve como um dos seus pilares a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais para cuidados em serviços ambulatoriais, o que redundou em um 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 e Waidman, 2013).

O termo desospitalização refere-se a uma ação ampla, que objetiva a desinstitucionalização dos pacientes hospitalizados, agilizando o processo de alta, promovendo a reintegração social e viabilizando a reinserção na rede. Essas ações seguem os princípios da humanização, do cuidado contínuo e da participação familiar, sendo um dos eixos principais do atendimento domiciliar. Os termos como ‘alta hospitalar’, ‘alta responsável’, ‘alta programada’, ‘alta referenciada’ e ‘alta especial’ estão intimamente interligados com a desospitalização (Brasil, 2012).

Por este motivo, considerando o ato de desospitalizar mais complexo e abrangente que a própria alta (e suas diversas apresentações teóricas), tomaremos como norte conceitual o termo desospitalização.

A desospitalização engloba ações de cuidado antes, durante e depois do atendimento hospitalar (Gomes et al., 2020). A desospitalização é uma medida antiga que abrange uma série de particularidades nas instituições hospitalares onde é aplicada; representa um valioso instrumento, pois promove a viabilização do princípio da integralidade - que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Vasconcelos et al., 2015). O princípio da integralidade garante que o paciente tenha uma assistência de saúde que vá além da prática curativa, sendo contemplado nos múltiplos níveis de atenção, levando em conta que o indivíduo está inserido dentro de um contexto social, familiar e cultural (Souza et al., 2012). Sobre este princípio, Ferla (2009, p. 28) afirma

A integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços capaz de responder às necessidades, que se ampliam enormemente da dimensão biológica (na qual é centrada a prática hegemônica), mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer

ações de promoção e proteção da saúde, integradas às ações assistenciais necessárias à demanda singular de cada usuário.

Desospitalizar é compreender que a prestação da assistência à saúde é pautada, portanto, no princípio da integralidade do SUS, é realizar um cuidado centrado no paciente, respeitando a participação, a opinião e a decisão sobre seu tratamento; além de possibilitar transições seguras, coordenadas, eficazes e efetivas do cuidado entre os diversos níveis de atendimento à saúde. Desenvolver ações de desospitalização é bastante desafiador, quando se está inserido num modelo hospitalocêntrico do cuidar e com processos de trabalho fragmentados, escancarando a necessidade de trilhar um caminho para a mudança de paradigmas e de cultura institucional (Brasil, 2012).

O Modelo Biomédico se caracteriza por um conceito de doenças que é, segundo Cutolo (2006, p. 16), “[...] unicasual, através do biologicismo, fragmentação, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização”. A unicausalidade leva em consideração qual é o agente etiológico, sendo que ele deve ser identificado e combatido, portanto, é um meio simplista, que prioriza a causa e efeito imediata (Barata, 1985). Em relação ao biologicismo, há o reconhecimento da natureza biológica das patologias, compreendendo que a causa pauta-se em agentes biológicos, físicos e/ou químicos. Portanto, há uma associação unicasual, com uma dimensão que é restritamente biológica do ser humano, sem levar em consideração sua posição biográfica, familiar e social, havendo uma valorização da entidade estrutural patológica (Cutolo, 2006).

Assim, o modelo biomédico não enxerga o corpo humano como se fosse uma máquina perfeitamente funcional; mas como uma que tem, ou virá a ter problemas, que somente os especialistas, ou seja, os médicos, podem diagnosticar e tratar (Koifman, 2001). Neste modelo, não havia espaço para a atuação de uma equipe multidisciplinar e a desospitalização era totalmente centrada na figura do médico.

Se no passado a desospitalização estava relacionada à reforma psiquiátrica, hoje está vinculada ao modelo de atenção à saúde proposto pelos princípios do SUS, como discutido anteriormente. 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 nesse local.

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).

Já as ações para a construção de estratégias multiprofissionais para a desospitalização nos hospitais teve início no SUS em 2002, através da implementação da lei n. 10.424, promulgada em 15 de abril do mesmo ano. Essa lei regulamentava a assistência domiciliar de pacientes que receberam alta hospitalar (Brasil, 2002). A partir desta lei, houve um contínuo movimento ao longo do tempo, com inúmeras discussões e implementação de políticas públicas, com a publicação de documentos normativos e portarias legais responsabilizando toda a equipe assistencial para a qualidade da alta hospitalar. A desospitalização representa um processo que precisa 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 com responsabilidade, promovendo a segurança, a humanização e com atuação multidisciplinar (Gomes *et al.*, 2020).

Ainda de acordo com estudo publicado por Santos, Mishima 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.

Anteriormente, durante o atendimento hospitalar, havia uma fragmentação do cuidado aplicado pelas diversas equipes presentes no ambiente hospitalar: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e farmacêutico; por exemplo. Durante o processo de hospitalização, a assistência ocorria de forma isolada e não articulada, com os profissionais citados subordinados à Medicina, entendida erroneamente como única detentora do conhecimento científico do binômio saúde/doença (Merhy, 2002).

1.1 Justificativa

A motivação para a construção do objeto de estudo é fruto da minha trajetória profissional, da experiência adquirida ao longo dos anos e das percepções contínuas de minhas práxis. A atuação como médico na assistência direta aos pacientes hospitalizados me estimulou a refletir e ajudar com ações para a melhoria do atendimento dispensado a eles, de caráter clínico, no Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto e, portanto, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o encerramento do Programa de Especialização Médica passei a atuar no Campo Assistencial de unidades hospitalares públicas de Ribeirão Preto, e nos últimos anos em atividades de Gestão e Coordenação de Equipe de Clínica Médica. Durante a atuação como profissional de saúde, me deparei com questões que impactavam ou interferiam na efetivação do direito à saúde e na garantia de elementos fundamentais para a sua concretização, em especial, aqueles voltados à Alta Hospitalar Qualificada.

Com isso, existe uma inquietude em compreender como tem sido o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável/qualificada. Entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado, mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas. Esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os profissionais que prestaram os cuidados durante a internação.

Buscando compreender se os diversos protagonistas envolvidos nos cuidados e na alta dos pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Beneficência de Ribeirão Preto têm ciência dessas atribuições, surgem as seguintes perguntas de pesquisa:

- Os componentes da equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições em relação a alta responsável?
- Como é realizado o planejamento da alta responsável pelos agentes que compõem a equipe multidisciplinar?
- De que forma acontece a integração da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável, dentro do referencial da desospitalização do Ministério da Saúde brasileiro?

- Os encaminhamentos que surgem desse planejamento da alta responsável contribuem para a segurança dos pacientes, após a alta hospitalar?
- Na perspectiva dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, no processo da alta hospitalar, há integração desses diversos atores?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo.

1.2.2 Específicos

- a) Apresentar a instituição hospitalar e como está preconizado o processo de trabalho referente à organização da alta hospitalar qualificada ao paciente;
- b) Entender se os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições na alta hospitalar qualificada;
- c) Descrever como ocorre o planejamento da alta hospitalar qualificada por parte dos profissionais que fazem parte desse processo, na prática diária;
- d) Discorrer sobre a integração e contribuição dos diversos profissionais na elaboração da alta hospitalar qualificada.
- e) Criar instrumento para sistematizar a elaboração da alta hospitalar qualificada pela equipe multidisciplinar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Sistema Único de Saúde, a hospitalização e a desospitalização: histórico, legislação e aplicação na realidade

2.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é sustentado por princípios doutrinários essenciais, a saber: universalidade, equidade e integralidade. Adicionalmente, se fundamenta em princípios organizativos que englobam a regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular (Gonzaga e Ferreira, 2017). Reconhecido como a maior iniciativa global de saúde pública, o SUS atende diariamente cerca de 200 milhões de indivíduos, abrangendo diversos níveis de atenção à saúde. Tal alcance equivale a aproximadamente 80% da população brasileira, beneficiando-a por meio de uma ampla gama de serviços (Duarte; Eble e Garcia, 2018).

O surgimento do SUS ocorreu de maneira progressiva e emergiu do contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que surgiu no início da década de 70. Este movimento desafiou a ditadura militar, almejando, entre outras pautas, a democratização do acesso à saúde e o aprimoramento das condições de vida da população (Souto e Oliveira, 2016).

Essa efervescência culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marcando um ponto crucial na trajetória das políticas públicas brasileiras (Souto e Oliveira, 2016). Subsequentemente, as proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram oficializadas com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, solidificando a saúde como um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. O artigo 196 da CF estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (art. 196, CF/1988, p. 109)

É relevante mencionar que o SUS foi concebido pela CF/1988 e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde - Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990

- que definiram critérios organizativos, incluindo objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento e as competências de cada entidade federativa: União, Estados e Municípios (Brasil, 2009). A preocupação com a saúde não é um fenômeno recente, pois já em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu a saúde não somente como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Segre e Ferraz, 1997). Entretanto, esse conceito se tornou ultrapassado, unilateral e impraticável. No Brasil, o conceito de saúde foi ampliado pelo artigo 3º da Lei 8.080/1990, que destaca a influência de múltiplos determinantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e acesso a bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população refletem a organização social e econômica do país.

A trajetória da Saúde Pública no Brasil é caracterizada por sucessivas reestruturações administrativas e a promulgação de inúmeras normativas, decretos e leis. Embora sistemas de saúde análogos tenham surgido desde os tempos coloniais, eles eram direcionados apenas a setores e indivíduos privilegiados pelo império. Em 1923, a Lei Elói Chaves deu origem à Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), considerado um marco no início da história da previdência brasileira.

Um marco subsequente foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que delineou as diretrizes, princípios e função do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Estas diretrizes - universalização, equidade, integralidade e descentralização - serviram como base para a criação do SUS (Reis; Araújo e Cecílio, 2010).

A criação do SUS refletiu o contexto político de transição democrática na sociedade brasileira. Sua formulação visou resgatar o compromisso estatal com o bem-estar das pessoas, ampliando a definição de saúde e respondendo de forma social às necessidades de saúde dos cidadãos (Mendes, 2011; Mendes, 2012).

No entanto, devido a desigualdades socioeconômicas e regionais, a implementação do SUS não ocorreu uniformemente em todos os estados e municípios brasileiros. Essa disparidade poderia ter sido evitada se os recursos financeiros tivessem sido disponibilizados de forma adequada desde o início. É fundamental destacar que o financiamento do SUS é regulamentado por leis, incluindo as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) - Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b) - que estabelecem diretrizes para o financiamento das ações e serviços

de saúde pública. Essas leis continuam sendo a base para quaisquer atualizações ou mudanças no financiamento da saúde (Carvalho, 1993; Brasil, 2003; Figueiredo, 2009).

É evidente que a saúde pública no Brasil tem enfrentado muitos desafios ao longo do tempo. Os problemas de financiamento insuficiente e gestão ineficiente são interdependentes, resultando de uma falta de compromisso público, um modelo estatal burocrático e patrimonialista que prioriza carimbos e burocracia (Santos, 2018).

Conforme Figueiredo (2009, p. 8), "[...] os problemas estão enraizados desde a concepção do sistema de saúde brasileiro, e desde então, a saúde não tem sido verdadeiramente discutida como um direito". Portanto, é consensual que a má gestão dos recursos é uma fonte de inúmeras dificuldades, especialmente no que se refere a desvio de recursos ou à falta de habilidade na alocação dos fundos destinados à Atenção Básica e à rede de atendimento especializado. O cenário político e econômico atual do Brasil tem impactado negativamente o desenvolvimento do SUS, acentuado pelo alto desemprego que tem levado as pessoas a abandonarem os planos de saúde privados e recorrerem ao sistema público. Isso sobrecarrega ainda mais um sistema já subfinanciado, contribuindo para a fragilidade do SUS (Almeida *et al.*, 2018).

As deficientes condições de equipamentos, infraestrutura e insuficiência de recursos humanos são problemas recorrentes no SUS. Somado a isso, a falta de valorização salarial para os profissionais da saúde é reflexo de uma administração pública ineficaz. A participação popular no controle social também é insuficiente, essencial para o avanço e consolidação dos princípios do SUS (Mendes; Carnut e Guerra, 2018).

Outro grande desafio para o SUS é a inadequação entre o sistema de atenção à saúde e a realidade das doenças no país, com predominância de condições crônicas. As Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possível solução, integrando ações e serviços de saúde de diferentes complexidades para garantir um cuidado integral e coerente (Oliveira, 2016).

Apesar de o SUS ainda estar fragmentado em sua organização, a discussão também abrange a transição do SUS analógico para um SUS digital. Isso não envolve apenas a implementação de recursos tecnológicos, mas também uma transformação na atitude e na operação do sistema como uma rede integrada (Mendes, 2012). Outro ponto em pauta é a carência de dados qualificados, o que dificulta o planejamento e

a formulação de estratégias de gestão em saúde. A correta utilização de dados permite uma análise mais profunda da "[...] situação de saúde brasileira, que está em meio a uma rápida transição demográfica e enfrenta uma carga tripla de doenças com uma marcante predominância das condições crônicas" (Mendes, 2012, p. 24).

Portanto, o Sistema Único de Saúde é um modelo complexo e singular, tornando-se imperativo que mudanças sejam implementadas nos próximos anos de sua existência. Os desafios são tão vastos quanto o próprio sistema, e após três décadas de existência, a batalha por sua continuidade como política pública gratuita, equitativa, resolutiva e coordenadora do cuidado abrangente de todos os cidadãos brasileiros continua inegável (Santos, 2018).

2.1.2 O processo histórico da hospitalização

A história do próprio hospital desempenha um papel significativo na percepção e no processo de hospitalização do paciente. A palavra "hospital" tem raízes no latim, derivando de "*hospitalis*," relacionada a "*hospes*" (hóspede, estrangeiro, conviva viajante), refletindo sua função de acolhimento e tratamento. No mundo antigo, a cura das doenças estava associada a divindades como o Deus da medicina, Apolo, e templos dedicados a Asclépio desempenhavam um papel na assistência à saúde. Durante a era greco-romana, surgiram instituições para cuidar de cidadãos específicos, como escravos, gladiadores e soldados.

Com a chegada do cristianismo, a assistência caritativa oferecida por religiosos tornou-se obrigatória, dando origem às salas de cuidados para doentes, conhecidas como "*infirmitorium*," frequentemente ligadas a mosteiros. Essa evolução histórica demonstra como a assistência à saúde e o conceito de hospital passaram por transformações significativas ao longo dos tempos, desde abordagens religiosas até o desenvolvimento da medicina científica e das modernas estruturas hospitalares (Neder Filha e Monteiro, 2003).

A Igreja desempenhou um papel fundamental na institucionalização da assistência em massa com forte ênfase religiosa. Os hospitais eram concebidos como casas sob proteção divina, chamadas de "*domus Dei*" (casa de Deus), e seu propósito ia além do tratamento físico, visando a salvação da alma. A caridade praticada nesses

estabelecimentos se estendia não apenas aos doentes e carentes, mas também aos cuidadores, muitos dos quais eram religiosos católicos.

Os hospitais atendiam pessoas desfavorecidas como pobres, mulheres em situações precárias, idosos e doentes crônicos, sendo administrados por monges e religiosos. Pacientes mais abastados eram tratados em suas próprias casas. Durante a Era Cristã, a prática médica estava profundamente associada à fé e à espiritualidade, enfatizando a cura pela fé em vez de intervenções físicas, uma vez que o corpo humano era considerado sagrado (Neder Filha e Monteiro, 2003).

Os séculos XIV e XV marcaram uma fase de transição, quando os antigos ensinamentos ainda predominavam, mas questionamentos surgiam, preparando o terreno para futuras transformações. Estudiosos absorviam conhecimentos antigos e compartilhavam textos em latim, refinando as ideias de Galeno e Avicena. A medicina, até então predominantemente individualista, começou a incorporar a perspectiva de que as doenças estavam ligadas à perturbação da alma, levando à medicina psicossomática contemporânea (Neder Filha e Monteiro, 2003).

Na Era Moderna, alguns hospitais expandiram-se para acomodar um grande número de pacientes, frequentemente devido a guerras e epidemias. Muitos desses hospitais enfrentavam condições insalubres e superlotação, com leitos compartilhados por vários pacientes. A assistência hospitalar ainda mantinha uma abordagem caritativa, com leigos e religiosos desempenhando papéis fundamentais.

Por volta dos séculos XVII e XVIII, a medicina hospitalar não havia se estabelecido completamente, e os médicos frequentemente tratavam os pacientes em suas próprias casas. O hospital e a medicina permaneciam separados, e a observação detalhada das doenças e dos pacientes era limitada. No entanto, durante o século XVIII, as condições precárias do sistema de assistência à saúde levaram a reformas que culminaram no surgimento do hospital moderno ((Neder Filha e Monteiro, 2003).

O hospital moderno se caracterizou por sua estrutura organizada, com enfermarias específicas, quartos individualizados e protegidos. A influência médica no ambiente hospitalar cresceu, tornando-o um local de diagnóstico e tratamento, além de cuidado. Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde passaram a trabalhar de maneira coordenada para oferecer assistência abrangente. Ao longo do século XX, os hospitais expandiram seus serviços, incluindo a prevenção de doenças, vacinação e terapias médicas especializadas. Diversas especialidades médicas e técnicas foram incorporadas ao processo de tratamento do paciente, tornando o

hospital um centro completo de diagnóstico e tratamento (Neder Filha e Monteiro, 2003).

No contexto brasileiro, o hospital também evoluiu para oferecer assistência médica integral, curativa e preventiva, sob diversos regimes de atendimento. Hoje, o hospital desempenha um papel multifuncional, não apenas como local de tratamento médico, mas também como centro de pesquisa, educação e formação de recursos humanos em saúde. A experiência de hospitalização continua a ser moldada pela história do hospital, influenciando a percepção do paciente e destacando a importância de considerar a pessoa como um todo, indo além do aspecto clínico e dando ao paciente um papel mais ativo em seu próprio processo de tratamento. Os profissionais de saúde reconhecem a singularidade de cada paciente e suas necessidades individuais, indo além dos exames clínicos para promover uma abordagem holística da assistência à saúde.

2.1.3 A Desospitalização

2.1.3.1 *Histórico e legislação*

O conceito de desospitalização surgiu na década de 1990, impulsionado pelas Reformas Psiquiátrica e Sanitária brasileiras, as quais introduziram uma nova abordagem no tratamento e acompanhamento de indivíduos com transtornos mentais. Isso foi realizado por meio da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da integração de intervenções em saúde mental em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Essas mudanças desempenharam um papel vital na promoção das novas práticas de saúde mental, desafiando o antigo paradigma hospitalocêntrico (Brasil, 2004a; 2005).

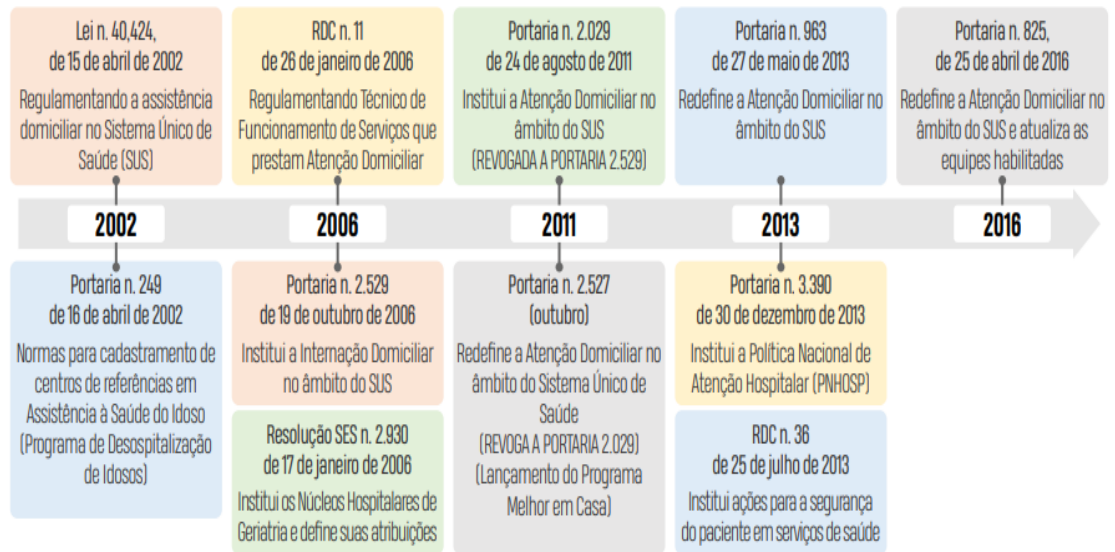
Em 2001 foi promulgada a Lei 10.216, a chamada Lei de Reforma Psiquiátrica, buscando implementar no Brasil os resultados da longa luta antimanicomial, resultado das inúmeras discussões que surgiram após o início das reformas psiquiátricas e sanitárias (BRASIL, 2001). Também conhecida como Lei Paulo Delgado, destaca-se em seu texto:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Figura 1 - Panorama das referências normativas relativas às Políticas Públicas no Brasil.



Fonte: Gomes et al. (2020).

Em 2002, com a promulgação da Lei 10.424, de 15 de abril, foram delineadas as primeiras estratégias para impulsionar a desospitalização nas instalações hospitalares, por meio da Regulamentação da Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano, a Portaria nº 249, de 16 de abril, estabeleceu as Normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRECI), que veio a ser compreendido como o Programa de Desospitalização de Idosos.

As diretrizes salvaguardando a Assistência Domiciliar no âmbito do SUS ecoaram, desencadeando reflexões sobre o potencial da desospitalização e sua implementação. Elas se configuraram como um meio de apontar para a prestação de cuidados fora do ambiente hospitalar, enfatizando a participação ativa dos pacientes atendidos e suas famílias, além da interconexão com outros níveis de atenção à saúde.

Em 26 de janeiro de 2006, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC n. 11, estabeleceu o

Regulamento técnico para o funcionamento de serviços que oferecem Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar. Em 19 de outubro do mesmo ano, a Portaria nº 2.529 instituiu a prática da Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

No ano de 2011, a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto, revogou a Portaria nº 2.529 e instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Em outubro, a Portaria nº 2.527 revogou a portaria anterior e redesenhou a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, lançando o Programa "Melhor em Casa". Esse programa consolida a oferta de cuidados de saúde no domicílio, abrangendo diferentes níveis de complexidade e destacando sua articulação em rede como parte essencial do planejamento de desospitalização (Brasil, 2013a).

No ano de 2012, ocorreu a dissolução dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). A ausência dos SAD em suas estruturas criou desafios adicionais para as unidades hospitalares em termos de continuidade e segurança na transição do cuidado, especialmente considerando a complexidade de seus pacientes. Um fator adicional está relacionado à escolha do plano terapêutico, o qual gerou um aumento na demanda por parte das unidades hospitalares, dada a complexidade dos casos. Nesse contexto, surgiram problemas como abandono do tratamento, dificuldades na transição para outros níveis da rede de assistência, prolongamento do tempo de internação hospitalar e sobrecarga nas unidades de emergência, devido ao atendimento de pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em estado avançado.

A partir da dissolução dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em Hospitais e Institutos Federais em 2012, o processo de desospitalização ganhou novo significado em cada unidade, sendo reestruturado de acordo com os recursos humanos, técnicos e operacionais de cada instituição. Essa reestruturação foi sempre guiada pelas necessidades e perfis dos pacientes, com o intuito de garantir a segurança do paciente e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Diante desse contexto, a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) por meio da Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013 (Brasil, 2013b), aliada ao lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente e à RDC n.36, de 25 de julho de 2013, tornaram premente a necessidade de promover debates nas instituições de saúde sobre a segurança do paciente e a continuidade do

atendimento durante a transição do cuidado do hospital para qualquer ponto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013c; ANVISA, 2013).

A PNHOSP traz o conceito de alta responsável/ alta hospitalar qualificada – AHQ como um mecanismo de transferência de cuidados realizado por meio da orientação dos pacientes e familiares, quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2017).

A AHQ visa preparar pacientes, familiares e cuidadores, desde o momento da admissão do usuário no hospital, contanto com um processo avaliativo e educacional para cada caso, elaboração de projeto terapêutico singular, com a responsabilização dos serviços de saúde (Hospital e demais pontos de atenção à saúde), com a efetivação da transição do cuidado.

No ano de 2015, após todo esse período de reformulação do planejamento com o objetivo de mitigar os problemas e garantir alta responsável, algumas instituições de saúde no Estado do Rio de Janeiro estabeleceram as Câmaras Técnicas de Desospitalização (CT de Desospitalização). Essas câmaras foram incorporadas, em 2016, às Câmaras Técnicas Assistenciais do extinto Departamento de Gestão Hospitalar (DGH), agora conhecido como Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS-RJ).

Em 2016, a Portaria nº 825, de 25 de abril, redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualizou as equipes habilitadas para fornecer esse tipo de cuidado.

A PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS está instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pag. 142 à 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As discussões que emergiram no âmbito das CT de Desospitalização culminaram na realização de seminários anuais entre 2015 e 2019, gerando uma série de reflexões e impulsionando novas práticas em diversas áreas.

Segundo Ferreira e Nunes (2010, p. 257), uma Diretriz é "uma linha ao longo da qual um plano é traçado em uma estrada ou caminho", uma "maneira de proceder ou se comportar, conduta" ou "uma linha ao longo da qual outra linha ou superfície é traçada". A desospitalização, como ferramenta, carece de embasamento teórico e literário, especialmente no que diz respeito à existência de Diretrizes, Normativas Legais e Políticas que orientem essa temática.

2.2 Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: conceitos e a realidade desses modelos no contexto hospitalar, utilizando o Projeto Terapêutico Singular (PTS)

2.2.1 Conceitos

A maioria dos desafios na área da saúde não está mais limitada às fronteiras de uma única disciplina. Profissionais capazes de ampliar suas perspectivas e pensar de forma interdisciplinar são essenciais. Uma compreensão mais profunda de diversas perspectivas e a integração de conhecimentos provenientes de diferentes disciplinas podem levar a uma maior precisão e à redução de disparidades (Maldonado e Canella, 2003; Martin *et al.*, 2022).

No entanto, na prática, é crucial fazer distinções conceituais em relação aos programas de equipes clínicas: multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. Para superar a abordagem meramente multidisciplinar e permitir que o conceito de transdisciplinaridade se destaque além da sombra da interdisciplinaridade, é necessário compreender claramente esses conceitos e diferenciá-los de maneira concreta (Van Bower, 2017).

A compreensão dos conceitos subjacentes às interações entre profissionais durante a prática clínica é fundamental. A composição das equipes terá influência sobre o desempenho e a eficácia das ações, além de orientar a distribuição de responsabilidades e competências ao longo dos atendimentos (Martin *et al.*, 2022). Nesse sentido, três modelos de trabalho em equipe podem ser definidos da seguinte forma:

a) Multidisciplinaridade

O paciente passa por uma avaliação individual conduzida por diversos profissionais de diversas áreas, incluindo enfermagem, medicina, serviço social, farmácia clínica, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outras. Esses participantes podem desempenhar papéis distintos, porém inter-relacionados, enquanto mantêm os limites das suas próprias disciplinas. No entanto, esse processo frequentemente é caracterizado como aditivo, em vez de integrativo (Maldonado e Canella, 2003; Martin *et al.*, 2022).

A abordagem multidisciplinar se baseia no conhecimento oriundo de diferentes disciplinas, mas permanece dentro dos contornos desses campos. Por outro lado, a interdisciplinaridade envolve a análise, síntese e harmonização das interconexões entre as disciplinas, formando um todo coordenado e coerente. Por fim, a transdisciplinaridade vai além, ao integrar não apenas as ciências naturais, sociais e da saúde, mas também as humanidades, transcendendo as fronteiras tradicionais de cada uma (Choi e Pak, 2006).

As perspectivas disciplinares não são transformadas, apenas colocadas lado a lado para contrastar (Choi e Pak, 2007). Um exemplo desse cenário é uma equipe multidisciplinar que lida com casos de desnutrição pediátrica. Nesse contexto, os membros atuam como especialistas independentes, ao invés de colaboradores interativos da equipe. Cada profissional (enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros) conduz sua avaliação individual da criança ou da família, em geral a critério do líder da equipe, em ambientes com hierarquia pré-definida e protocolos multidisciplinares. Normalmente, um profissional médico assume a avaliação clínica e a liderança (Choi e Pak, 2007).

b) Interdisciplinaridade

Na interdisciplinaridade, os profissionais se congregam para debater suas avaliações individuais e elaborar um plano de serviço conjunto voltado ao paciente. Durante esse processo, os praticantes podem transpor algumas fronteiras disciplinares, contudo, preservam ainda os fundamentos específicos de suas áreas de atuação. Nesse contexto, observa-se uma maior proximidade das equipes na busca pela concretização de um objetivo compartilhado, caracterizando-se por uma integração que visa alcançar o tratamento ótimo ((Maldonado e Canella, 2003; Martin *et al.*, 2022).

A interdisciplinaridade configura-se como uma fusão de duas ou mais disciplinas, inaugurando um novo patamar de diálogo e integração de saberes (Choi e Pak, 2007). Por exemplo, a combinação da física nuclear com a medicina resulta em novas abordagens para o tratamento do câncer. Em cenários interdisciplinares, é possível até mesmo a emergência de novas áreas do conhecimento. Tomemos como exemplo uma equipe interdisciplinar focada em lidar com a desnutrição pediátrica: os membros engajam-se em um diálogo sistêmico abordando o contexto como um todo, a fim de debater suas avaliações individuais e conceber um plano de serviço unificado para a criança em questão (Choi e Pak, 2007).

c) Transdisciplinaridade

Nesse modelo, os membros da equipe compartilham papéis e metas, requerendo que profissionais especializados dividam suas habilidades, permitindo a aprendizagem e aquisição de competências por parte dos outros membros, bem como a aquisição de novas habilidades em áreas de atuação de outros profissionais. Esse processo resulta em uma equipe mais coesa, que compartilha objetivos e diversos conjuntos de habilidades essenciais, integrando conhecimentos para diagnóstico, tratamento e alcance de metas clínicas (Maldonado e Canella, 2003; Martin *et al.*, 2022).

A transdisciplinaridade fornece esquemas holísticos que transcendem as disciplinas, analisando a dinâmica de sistemas completos (Choi e Pak, 2007). Ao adotar abordagens diversas, a transdisciplinaridade possibilita a análise de problemas altamente complexos pela contribuição de cada disciplina, aprofundando e explorando várias dimensões para esclarecer diferentes situações. Diversos filósofos abordam a transdisciplinaridade como a "reafirmação e constante epistemológica do agrupamento de conhecimentos" (Sánchez, 2010).

Em uma equipe transdisciplinar voltada para o tratamento da desnutrição pediátrica, os membros compartilham funções, permitindo que cada especialista auxilie outros membros a expandirem seu conhecimento na área de especialização de cada profissional (Choi e Pak, 2007). Assim, contribui para uma compreensão mais profunda e consciente dos processos saúde-doença, proporcionando uma percepção refinada das interações humanas, além do conhecimento técnico (Chaves, 1998).

Nesse sentido, uma flexibilidade de papéis se faz necessária, aceitando que outros membros tenham conhecimento em diferentes áreas/especialidades, a fim de

contribuir com uma gama ampla de informações, promovendo uma avaliação holística. Isso não transforma o indivíduo que recebe conhecimento de uma especialidade em especialista nessa área; contudo, o capacita para atividades transdisciplinares de grande importância para o desenvolvimento de sistemas interpessoais, especialmente no âmbito da saúde. Isso envolve uma expansão dos papéis a serem desempenhados, permitindo que o trabalho de um profissional abranja mais do que apenas sua formação específica (Choi e Pak, 2007).

Diante das definições de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade apresentadas, algumas considerações podem ser feitas. Conforme argumentado por Maldonado e Canella (2003), a saúde não se limita à competência de um único profissional, mas sim exige uma abordagem interdisciplinar, na qual profissionais de diversas áreas, representantes de diversas disciplinas, se unam em equipes de saúde com o objetivo de explorar interações fisiopatológicas, somáticas e psicossociais ao longo de todo o processo saúde-doença, a fim de encontrar abordagens integrativas adequadas (Chaves, 1998).

Normalmente, os membros da equipe têm conhecimento em várias disciplinas, embora trabalhem independentemente uns dos outros. Os grupos de intervenção adotam uma abordagem integrada para avaliação das necessidades, definição de metas e planejamento terapêutico. Ao longo do tempo, na prática clínica, as equipes podem evoluir para atividades interdisciplinares e transdisciplinares.

Enquanto a multidisciplinaridade leva ao acúmulo, sem necessariamente promover a integração dos saberes, a interdisciplinaridade envolve um diálogo entre disciplinas, com transferência de métodos entre elas (Silva *et al.*, 2022). Já a transdisciplinaridade propõe uma maneira de conhecer e produzir conhecimento que transcende, atravessa e vai além das disciplinas. Portanto, é necessário repensar os métodos de ensino com base em mudanças paradigmáticas, buscando estratégias e reflexões que envolvam a prática complexa e transdisciplinar (Orsati *et al.*, 2020).

2.2.2 A aplicação prática da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no contexto hospitalar

No contexto hospitalar, existem diversas formas de organização das equipes de saúde; no entanto, essa organização não se estabelece apenas pela reunião de profissionais em um mesmo local de trabalho. É essencial que haja um objetivo

comum que os norteie, mesmo diante das diferentes intensidades de interação e suas flutuações, de modo que em uma equipe dada possam ocorrer momentos de maior ou menor interdependência entre os profissionais (Galván, 2007).

As variadas abordagens de organização das equipes e do trabalho no ambiente hospitalar geram desafios, como a intensificação das dinâmicas de poder, o reforço da hierarquia institucional, a fragmentação e a individualização das práticas de saúde. Além disso, questões estruturais, sociais e históricas que permeiam a lógica de atendimento no contexto hospitalar são obstáculos recorrentes na construção de um cuidado resultante da integração dos saberes interprofissionais (Wanderbroocke *et al.*, 2018).

Há, ainda, os chamados "obstáculos epistemológicos", que representam desafios à interação efetiva entre as disciplinas e que emergem da resistência dos profissionais em relação a trocas, abertura e criatividade. Resumidamente, trata-se de uma relutância à integração das disciplinas (Japiassu, 1976). É possível também observar a resistência das instituições de ensino, que promovem o especialismo e a fragmentação das disciplinas (Leis, 2005).

Caprara e Franco (1999, p. 650) definem o modelo biomédico como "fundamentado em uma perspectiva mecanicista", ou seja, sustentado na exclusão de elementos – tais como aspectos psicológicos, sociais e comportamentais – que vão além do enfoque objetivo. Apesar da relevância desse modelo para transformações positivas na área da saúde e seus benefícios para a sociedade, "as dimensões humanas, vivenciais, psicológicas e culturais" (Caprara e Franco, 1999, p. 651) têm sido negligenciadas, resultando em desafios na relação médico-paciente tanto no aspecto comunicacional quanto na dimensão institucional. Em grande medida, esse modelo ainda orienta o funcionamento dos hospitais e a estruturação das equipes, gerando limitações para a prática de trabalho em equipe ao colocar outros profissionais em uma posição periférica em relação ao médico.

Essas características ocasionam diversos problemas que se manifestam até mesmo na assistência direta ao paciente, resultando em um cuidado impessoal e fragmentado. Além disso, a segmentação por categorias profissionais dificulta a interação e o trabalho em equipe. O ambiente hospitalar frequentemente promove relações de saber/poder, agravadas, principalmente, pela disparidade significativa nos níveis de remuneração entre os profissionais (Pasche, 2011).

De acordo com Matos, Pires e Sousa (2010), o modelo fragmentado de organização do trabalho, no qual os profissionais exercem suas funções sem interação com outras áreas, é uma das principais razões para a dificuldade em alcançar um trabalho em saúde mais integrado. A prática interdisciplinar pode facilitar a colaboração coordenada, influenciando os profissionais a reconsiderar sua abordagem ao trabalho e a qualidade dessa abordagem.

Em contrapartida a esse modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se na premissa de atenção integral à saúde, que reconhece a validade dos diferentes profissionais e saberes relacionados à saúde humana. Para superar os modelos organizacionais que resultam em efeitos adversos para os indivíduos e para a prestação de cuidados, novas concepções foram desenvolvidas para promover processos de integração e interação entre os profissionais, como a Política Nacional de Humanização (PNH) (Pasche, 2011).

A PNH, criada em 2003, tem como objetivo fortalecer os princípios do SUS e estimular a comunicação entre diversos papéis sociais: profissionais de saúde, população e gestão. Essa troca se baseia na comunicação, na partilha de responsabilidades, na criação e no fortalecimento de vínculos, gerando novas formas de cuidado e organização dos serviços (Brasil, 2004b).

Dentre as abordagens de cuidado propostas pela PNH, a clínica ampliada ganha destaque, caracterizando-se pelo "compromisso com o indivíduo e seu coletivo, estímulo a práticas terapêuticas diversas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde" (Brasil, 2010, p. 12).

A PNH proporciona a criação de novas perspectivas diante dos impasses enfrentados pelos indivíduos. Além disso, introduz um método permeado por inclusões, denominado "método de tríplice inclusão", que engloba a inclusão de indivíduos, grupos e perturbações causadas por essas inclusões no gerenciamento dos serviços de saúde. Essas "perturbações" estão diretamente ligadas à diversidade e à diferença, e têm importância ética significativa (Pasche, 2011, p. 32).

Esse método frequentemente gera desconforto, uma vez que dá voz e oportunidade de fala ao outro, mesmo quando ele parece estranho. Assim, percebe-se que a inclusão traz consigo movimentos contraditórios que fazem parte do processo e necessitam de sustentação. Em outras palavras, causar estranhamento é o principal efeito da inclusão. Trata-se de abrir espaço para o outro e sua área de atuação, desestabilizando as práticas cotidianas estabelecidas no modelo biomédico,

que normalmente dá voz apenas a algumas perspectivas. As tensões geradas por esses processos impulsionam a construção de novos métodos de gestão alinhados ao interesse coletivo (Pasche, 2011).

A ação interdisciplinar é fundamentada na criação de espaços que acolham essas diferenças e na construção de abordagens que unam diferentes saberes e práticas. A articulação entre esses saberes caracteriza o trabalho interdisciplinar; sem essa ação, o trabalho tende a ser apenas multidisciplinar. Por outro lado, Puppim e Sabóia (2017) ressaltam a urgência de reformular os modelos pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação a fim de superar a lógica fragmentada e desarticulada do cuidado.

Por fim, partindo do pressuposto de que as ferramentas são tanto os meios que nos levam a determinados fins, como os instrumentos necessários a prática profissional, a ação em equipe interdisciplinar também deve ser capaz de criar ferramentas interdisciplinares, possibilitando sua utilização por todas as áreas de forma igualitária, ao mesmo tempo que propicia a integração dessas mesmas áreas. (Andrade, 2019).

Podemos apontar como ferramentas da interdisciplinaridade em uma equipe de saúde, isto é, como instrumentos que nos possibilitarão analisar e atender o paciente e a família em sua totalidade: as reuniões interdisciplinares, os estudos de caso, os prontuários coletivos, os atendimentos em conjunto e as reuniões de família (Andrade, 2019).

2.2.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado com o usuário da saúde não o considerava como sujeito ativo de seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do SUS, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (Pinto *et al.*, 2011).

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atualmente. Para tanto, são repensadas estratégias de

ação e produção do cuidado que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo, do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (Brasil, 2007).

O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Nesse sentido, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (Pinto *et al.*, 2011).

2.3 Alta hospitalar qualificada no processo de desospitalização: realidades, possibilidades e desafios

Com base no termo "Alta qualificada/responsável" presente na Portaria MS nº 3.390 (Brasil, 2013), que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, buscase definir o conceito de "alta responsável". Esse conceito implica em um processo estratégico de planejamento e transferência do cuidado entre unidades de saúde, sejam hospitalares ou ambulatoriais. O objetivo é assegurar a continuidade do cuidado por meio de três pilares principais: I) orientação a usuários e familiares/cuidadores para promover a autonomia e o autocuidado; II) conexão com outros pontos de atenção nas Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na Atenção Básica; e III) implementação de alternativas às práticas hospitalares, como cuidados domiciliares, alinhados com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A operacionalização desse indicador está intrinsecamente ligada à integralidade do cuidado, que exige uma coordenação harmônica entre os

profissionais dentro da mesma equipe e dos serviços presentes nos hospitais, assim como entre diferentes unidades de saúde inseridas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para garantir um cuidado de qualidade, é essencial combinar a intenção de implementar um modelo de atendimento voltado às necessidades e riscos dos usuários com a habilidade de identificar recursos e combiná-los em diversas formas possíveis. Isso viabiliza o planejamento e a cooperação entre os responsáveis para garantir a oferta desses recursos.

Diversos documentos oficiais destacam a importância da qualificação da alta hospitalar, visando à continuidade do cuidado nas distintas fases das redes de atendimento, a saber:

a) Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 – que estabelece a obrigatoriedade das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de realizarem o contra referenciamento dos usuários para os serviços da rede, de modo a manter a continuidade do cuidado pela equipe de atenção básica ou de referência. Também enfatiza a necessidade de interação entre as enfermarias clínicas de retaguarda e os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando cabível.

b) Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 - define diretrizes para as unidades de cuidados prolongados, enfatizando a articulação das equipes multidisciplinares dessas unidades com as equipes de atenção básica e outros pontos de atendimento no território. Além disso, preconiza a garantia da alta hospitalar responsável e o envolvimento da família no processo de cuidado.

c) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 - redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, caracterizando-a como uma modalidade de atendimento à saúde complementar ou substitutiva, que deve ser integrada às redes de atenção à saúde.

d) Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no contexto do SUS, destacando a necessidade de continuidade do cuidado por meio da integração hospitalar com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

e) Resolução SS/SP nº 13, de 5 de fevereiro de 2014 - define critérios para o acompanhamento e repasses financeiros às Instituições Filantrópicas - Santas Casas Sustentáveis. Entre eles, está a exigência de contribuição desses hospitais na elaboração e adoção de Protocolo de Alta Hospitalar Qualificada para áreas específicas.

Nesse contexto, a implantação e implementação do indicador propõem um Plano de Ação Regional que abarca duas abordagens, apontadas a seguir.

a) Ações de apoio internas aos hospitais:

- Estabelecimento de reuniões regulares para melhorar a comunicação entre os profissionais, revisar protocolos, fluxos e instrumentos de alta hospitalar, visando fortalecer a capacidade de comunicação entre eles.
- Promoção da participação ativa dos profissionais na discussão de casos, fomentando a troca de informações e o compartilhamento de decisões para facilitar o planejamento da alta com base no histórico dos usuários e suas necessidades.
- Estímulo à orientação adequada aos usuários e seus familiares/cuidadores, a fim de promover a corresponsabilidade no cuidado durante e após a alta hospitalar.
- Criação de uma Equipe de Alta Responsável para aprimorar a comunicação e articulação entre hospital, Departamento Regional de Saúde (DRS) e unidades de saúde municipais, assegurando a troca de informações necessárias para uma articulação eficaz.

b) Ações de apoio para colaboração com o Departamento Regional de Saúde (DRS) e os municípios:

- Discussão conjunta do indicador "Alta Responsável" com a equipe do DRS para elaboração de estratégias de implementação.
- Engajamento de hospitais, técnicos do DRS e municípios de referência, com o objetivo de compartilhar experiências, estabelecer diretrizes e acordos para garantir a continuidade do cuidado.
- Manutenção de um grupo de trabalho contínuo com representantes dos municípios, equipes de alta hospitalar e técnicos do DRS para a gestão das altas de casos mais complexos.

Por fim, a avaliação e o monitoramento desse processo são essenciais para verificar o progresso das ações e a eficácia das implementações. O cálculo desse indicador é feito por meio do Relatório de Monitoramento do Articulador de Humanização e é enviado trimestralmente, com responsabilidade do Articulador de

Humanização e validação pela Comissão de Monitoramento. O escore atribuído é de "Implantado" (2), "Em implantação" (1) ou "Não implantado" (0); refletindo o estágio de aplicação do indicador (Quadro 1).

Quadro 1 - Parâmetros quantitativos e qualitativos para Monitoramento do Articulador de Humanização

Score	Parâmetros Quantitativos	Parâmetros Qualitativos
Não implementado	Nenhum item identificado	Não participação nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; Ausência de movimentos para revisão de fluxos e instrumentos de alta e encaminhamento hospitalar; Ausência de processos de qualificação de orientação para a alta e encaminhamento hospitalar aos usuários e familiares/cuidadores.
Em implementação	Itens de 1 ao 3 em processo de implementação	Participação esporádica nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; Indícios de processo de revisão de fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento hospitalar; Participação esporádica nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; Indícios de processo de revisão de fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento hospitalar; Alguma qualificação nos processos de orientação para a alta e encaminhamento hospitalar aos usuários e familiares/cuidadores.
Implementado	Itens de 1 ao 4 implementados	Participação frequente nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; Efetiva revisão dos fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento hospitalar; Processos de orientação aos usuários e familiares/cuidadores para a alta e encaminhamento hospitalares qualificados; Equipes de alta responsável criadas e em funcionamento.

Fonte: São Paulo (2019).

O período de hospitalização é composto por três etapas distintas: admissão, estadia e alta. O planejamento da alta hospitalar envolve uma série de procedimentos executados pela equipe multidisciplinar que cuida do paciente durante sua internação, com o objetivo de garantir uma transição contínua dos cuidados após a saída do hospital. Esse processo constitui uma cadeia interconectada, já que a forma como o paciente é admitido determina o desenrolar de sua estadia, e ambos os momentos influenciam os procedimentos relacionados ao planejamento da alta (Seibert *et al.*, 2019).

A decisão de dar alta hospitalar deve ser tomada pela equipe médica quando se identifica que o paciente está recuperado. A equipe é responsável por assinar a documentação necessária para a liberação dos leitos hospitalares. No entanto, esse processo é muitas vezes afetado pela superlotação da unidade e pela pressão

administrativa para desocupar leitos, assim que o paciente apresenta sinais de recuperação biológica (Seibert *et al.*, 2019).

Nesse contexto, é essencial adotar uma visão abrangente de saúde para orientar as ações relacionadas à alta hospitalar; ação que envolve compreender que o sistema de saúde deve se alinhar com a escuta, compreensão e contextualização da vida do usuário, de modo a oferecer um cuidado que vá além do binômio adoecimento e cura (Seibert *et al.*, 2019). Exige uma mudança na abordagem profissional que historicamente se concentrou excessivamente na dimensão biológica da doença, conforme preconizado pelo modelo biomédico. Portanto, é crucial resgatar a concepção ampliada de saúde, que considera os múltiplos determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a saúde do indivíduo (Seibert *et al.*, 2019).

A alta hospitalar, por vezes, pode trazer momentos de insegurança e instabilidade, especialmente quando os desafios associados à limitação, incapacidade ou tratamentos prolongados surgem como consequências do processo de adoecimento (Seibert *et al.*, 2019). Portanto, é fundamental um processo multidisciplinar que avalie as condições de recuperação do paciente após a alta, identificando possíveis necessidades de cuidados contínuos. Isso envolve aconselhamento à família do paciente, identificação de recursos e coordenação dos cuidados necessários na comunidade.

A análise desses fatores é crucial para avaliar se os pacientes possuem uma rede de apoio sociofamiliar, se precisarão de assistência para o autocuidado e tarefas diárias, e se terão recursos financeiros para custos relacionados aos cuidados adicionais. Além disso, deve-se considerar se familiares precisarão se afastar do trabalho para cuidar do paciente, o que pode impactar a situação socioeconômica da família, de acordo com Flesch e Araujo (2014 *apud* Seibert *et al.*, 2019).

Considerar esses aspectos é fundamental para garantir a qualidade das práticas e do processo de alta hospitalar, com foco na realização de cuidados integrais. Nessa direção, implica em uma intervenção contínua durante a internação, reconhecendo que a dinâmica familiar é alterada ao longo do processo de doença. O objetivo não é apenas cuidar do paciente, mas também fornecer suporte a toda a rede de apoio, permitindo uma intervenção social dinâmica que une as competências profissionais com as da família e/ou rede de apoio do paciente.

A alta hospitalar não se resume a um evento único, marcando o fim da hospitalização. Pelo contrário, trata-se de um processo complexo que ocorre ao longo da internação e exige uma coordenação efetiva entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e os prestadores de cuidados na comunidade (Weiss *et al.*, 2015). Durante a transição pós-alta, é necessário implementar intervenções desde cedo, com o intuito de garantir uma transição segura e bem-sucedida, especialmente em populações de alto risco, como idosos, indivíduos com múltiplas condições crônicas e aqueles que necessitam de cuidados complexos de longo prazo (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013).

Pesquisas apontam que para essa população, até metade das readmissões pode ser atribuída à alta hospitalar, muitas das quais poderiam ser evitadas. Essas readmissões frequentemente surgem devido a falhas na coordenação do cuidado, baixo seguimento após a alta e informações inadequadas fornecidas no momento da alta (Snow *et al.*, 2009). Especialistas que estudam o cuidado transicional têm investigado a eficácia de várias intervenções em saúde para facilitar a transferência adequada de informações entre a equipe de saúde, pacientes e familiares envolvidos no processo de alta, com o objetivo de reduzir o número de readmissões (Weiss *et al.*, 2015).

Dentre essas intervenções, o preparo adequado para a alta hospitalar tem se destacado pelos resultados promissores que oferece. Isso inclui a diminuição das taxas de erros de medicação, das readmissões evitáveis e dos custos associados, além do aumento da satisfação tanto do paciente quanto da família em relação ao processo de alta hospitalar (Snow *et al.*, 2009; Norbush; Weiss e Bobay, 2011; Weiss *et al.*, 2015).

O preparo para a alta envolve uma abordagem complexa e multidimensional, que demanda avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisões (Weiss *et al.*, 2015; Harrison *et al.*, 2016). A avaliação do grau de preparo do paciente para a alta é um componente crucial desse processo de planejamento e tem o potencial de prever o risco de readmissão (Harrison *et al.*, 2016).

Estudos que analisaram esse conceito indicaram que pacientes que relataram ter baixo preparo para a alta apresentaram maior probabilidade de complicações em casa, dificuldades de enfrentamento e maior chance de readmissão (Harrison *et al.*, 2016). Muitas vezes, a percepção de preparo para a alta, na perspectiva do paciente, difere da avaliação feita por seus cuidadores formais e informais (Weiss *et al.*, 2015).

Como resultado, a avaliação do preparo para esse momento tem sido considerada uma intervenção eficaz para orientar o planejamento e contribuir para a prevenção de complicações. Além disso, promove o empoderamento e a participação ativa do paciente e de sua família na gestão própria durante a fase de transição do cuidado (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013).

Dentre as ferramentas disponíveis, a Escala de Prontidão para Alta Hospitalar (*Readiness for Hospital Discharge Scale* - RHDS) é a única reconhecida no meio acadêmico para avaliar o preparo para a alta na perspectiva do paciente. Essa escala oferece a possibilidade de avaliar as intervenções antes da alta hospitalar (Snow *et al.*, 2009; Mabire; Coffey e Weiss, 2015). Desenvolvida por pesquisadores americanos (Weiss e Piacentini, 2006), essa ferramenta tem sido aplicada em diferentes contextos e foi traduzida e validada em termos psicométricos para uso em países como Estados Unidos, Suíça e China. Ela tem se mostrado confiável e passou por adaptações em diferentes cenários, para oferecer uma medida confiável do grau de preparo.

A implementação dessa medida no Brasil pode significar uma avaliação mais abrangente do conceito de preparo para a alta hospitalar; pois vai além do modelo biomédico tradicional, pois inclui a mensuração de aspectos subjetivos em adição aos parâmetros clínicos. Conseqüentemente, os profissionais de saúde terão uma ferramenta valiosa para elaborar planos de cuidados que efetivamente preparam os indivíduos para a transição do cuidado após a alta. Uma versão preliminar do RHDS é apresentada para o Brasil, segundo o trabalho de Siqueira, Vila e Weiss (2018) (Quadro 2).

Quadro 2 - Versão preliminar do “*Readiness For Hospital Discharge Scale*” (RHDS-Br) para uso no Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2014.

Questões da versão preliminar para uso no Brasil	
Item 1 - Preparo para a alta hospitalar	Quando você pensa sobre a alta hospitalar,
Subescala - Estado pessoa	
Item 2 - Preparo físico	Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa?
Item 3 - Dor / desconforto	Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje?
Item 4 - Força	Como você descreveria a sua força hoje?
Item 5 - Energia	Como você descreveria a sua energia hoje?
Item 6 - Estresse	Quanto estresse você sente hoje?
Item 7 - Preparo emocional	Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje?
Item 8 - Capacidade física para se cuidar	Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?
Subescala - Conhecimento	

Item 9 - Conhecimento sobre cuidar de si	Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa?
Item 10 - Conhecimento sobre necessidades pessoais	Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) depois que for para casa?
Item 11 - Conhecimento sobre necessidades de saúde	Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa?
Item 12 - Conhecimento sobre complicações	Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento (a) depois que for para casa?
Item 13 - Conhecimento sobre quem e quando deve chamar	Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa?
Item 14 - Conhecimento sobre restrições	Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?
Item 15 - Conhecimento sobre a próxima etapa do tratamento	Quanto você sabe sobre a próxima etapa do seu tratamento de saúde depois que for para casa?
Item 16 - Conhecimento sobre recursos	Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?
Subescala - Capacidade de enfrentamento	
Item 17 - Capacidade para exigências do dia a dia	Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia a dia em casa?
Item 18 - Capacidade para cuidados pessoais	Você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?
Item 19 - Capacidade para tratamento de saúde	Quanto você será capaz de fazer bem o seu tratamento de saúde (por exemplo: cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamentos respiratórios, exercício, reabilitação, tomar os medicamentos na quantidade e no horário certo) em casa?
Subescala – Apoio esperado	
Item 20 - Apoio emocional	Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?
Item 21 - Ajuda com cuidado pessoal	Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?
Item 22 - Ajuda com atividades domésticas	Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?
Item 23 - Ajuda com necessidades relacionadas à saúde	Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações)?

Fonte: Siqueira, Vila e Weiss (2018).

O processo de desospitalização nem sempre se configura somente pela alta hospitalar, existindo a continuidade 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. (Gomes *et al.*, 2020)

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 fujam ao cenário de abrangência de apenas um setor ou centrado em somente 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 Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Gomes *et al.*, 2020).

2.4 Rede de Atenção à Saúde

O SUS, além dos princípios de universalidade e igualdade de direitos se fundamenta pela integralidade na atenção, cujos significados são: a) considerar a pessoa em sua totalidade, devendo as ações de saúde atuar sobre os fatores condicionantes e os determinantes sociais em saúde (Brasil, 1990b); b) considerar o acesso a todos os serviços disponíveis na rede de atenção à saúde.

Na perspectiva de responder ao princípio da integralidade, por muito tempo sedimentou-se a visão piramidal de organização do sistema de saúde, ou seja, a premissa da divisão em três níveis de complexidade onde o hospital era considerado como terciário e, portanto, o ápice da pirâmide (Cecílio, 1997). À atenção primária nessa visão era destinada a responsabilidade pela “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade. No nível secundário, estariam localizados os serviços como, os ambulatórios de especialidades, conjuntos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência. Esse modelo de assistência piramidal, “nos coloca em uma armadilha nos sentidos [...] em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema” (Cecílio, 1997, p.475). Essa visão ainda bastante utilizada no SUS trazia a herança histórica da maior importância dos hospitais em relação às unidades de saúde indicando hierarquização entre os serviços na atenção ao processo saúde-doença.

Foi no processo de construção do SUS e em seus tensionamentos internos que ocorreu o fortalecimento da atenção primária e se impôs a mudança do modelo de atenção à saúde e na crítica a organização piramidal vem se construindo a concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa formulação refere-se a um conjunto de

relacionamentos, uma malha, a qual possui relações relativamente estáveis e de natureza não hierárquica e independente (Junqueira e Dapuzzo, 2010). A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de rede de atenção é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde (Brasil, 2010). Nessa forma de conceber o sistema aos hospitais é exigida a mudança nas relações com a RAS.

Segundo Mendes (2013), a substituição do modelo tecno-assistencial pelas RAS constitui a resposta adequada à situação de saúde vigente no Brasil e implica organizar de forma integrada sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de governança. A singularidade das RAS é que o seu centro de comunicação se situa na APS (Mendes, 2011), a qual se associa a um sistema em círculo, com movimento, no qual todos os serviços constituem-se porta de entrada e saída aos usuários (Cecílio, 1997).

O conceito de rede de atenção à saúde abrange diversos campos, incluindo a sociologia, psicologia social, administração e tecnologia da informação. No entanto, entre as várias perspectivas apresentadas na literatura, prevalece a ideia de organização da oferta de serviços em um sistema ou rede. De acordo com Mendes (2009), redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas compostas por conjuntos de serviços de saúde interligados por uma missão comum, objetivos compartilhados e cooperação interdependente. Essas redes permitem oferecer atendimento contínuo e abrangente a uma população específica, coordenada pela atenção primária à saúde. Isso envolve oferecer cuidados no momento adequado, no local apropriado, com custo controlado, qualidade garantida e abordagem humanizada, além de assumir responsabilidades sanitárias e econômicas enquanto agrega valor à população (Mendes, 2009).

A definição proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde reforça esse conceito ao descrever redes integradas de serviços de saúde, sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas como uma rede de organizações que fornecem arranjos para serviços de saúde integrais e equitativos a uma população definida. Essas redes assumem a responsabilidade pelos resultados clínicos, econômicos e de saúde dessa população (OPS; OMS, 2011). De acordo com Shortell *et al.* (1996), redes de atenção à saúde são formadas por organizações que fornecem uma série contínua de serviços a uma

população específica, sendo responsáveis pelos resultados clínicos, financeiros e de saúde relacionados a essa população.

Em um nível internacional, as definições da OMS (2008) e de Castells (2000) também são amplamente reconhecidas. A primeira, enfatiza a gestão e a prestação de serviços de saúde para garantir um contínuo de serviços preventivos e curativos, conforme as necessidades dos indivíduos, ao longo do tempo e através de diferentes níveis de atenção. A definição de Castells aborda redes como novas formas de organização social, governamentais ou sociais, impulsionadas pela tecnologia da informação e baseadas na colaboração entre unidades autônomas.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem adotado a estratégia de redes de atenção à saúde para atender às necessidades de cuidados da população, destacando redes prioritárias como gestantes, atendimento de urgência e emergência, cuidados para pessoas com deficiência e atenção psicossocial. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes graus de complexidade. Integrados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, esses arranjos visam garantir a integralidade do cuidado.

Ademais, outros autores como Kuschnir e Chorny (2010) enfatizam a importância de desenvolver redes de atenção à saúde considerando as especificidades políticas de cada país, uma vez que a simples adoção de modelos de outras realidades pode comprometer os objetivos e resultados das iniciativas.

Diante do apresentado, propostas de redes de atenção à saúde variam em termos de concepções, extensão e prioridades. Contudo, é crucial destacar que essas propostas buscam superar obstáculos que impactam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como financiamento, gestão, regulação, controle, participação social, formação de profissionais e responsabilização entre as esferas governamentais.

As RAS são compostas por um conjunto de serviços e recursos de saúde em uma área geográfica específica, sendo responsáveis tanto pela prestação quanto pela articulação desses serviços. Esse modelo garante que a expansão da cobertura de saúde esteja acompanhada da comunicação entre diferentes pontos de atenção, assegurando a integralidade dos cuidados (Brasil, 2010).

A discussão sobre RAS não é exclusiva do Brasil. Na Inglaterra, o Relatório Dawson de 1920 foi a primeira proposta de um modelo de Rede de Atenção à Saúde.

Esse relatório sugeriu a definição de bases territoriais e populações-alvo, ou seja, regiões de saúde (Kuschnir et al., 2011). A necessidade de atender às demandas de saúde das populações, resultantes das mudanças demográficas e epidemiológicas, foi o que impulsionou o desenvolvimento das RAS em diferentes países, incluindo o Brasil (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

Nesse cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) emergem como desafios prementes, levando a uma crescente demanda por serviços de saúde para uma população envelhecida e com múltiplas condições de saúde. As DCNT, como as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, representam uma parcela significativa das causas de morbidade e mortalidade global, afetando pessoas de diferentes camadas sociais. Isso demanda estratégias de cuidado abrangentes e integradas para enfrentar essa complexidade (Malta *et al.*, 2019).

Dessa forma, as RAS surgem como uma proposta avançada de organização do sistema de saúde, visando à assistência integral e à superação da fragmentação dos serviços. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental nas RAS, coordenando o atendimento e oferecendo cuidados desde o início do tratamento até sua conclusão. Quando aliada à desospitalização e à Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS promove a continuidade do cuidado em colaboração com diferentes pontos de atenção, tanto vertical quanto horizontalmente.

Nesse contexto, a desospitalização vai além de uma simples redução da ocupação hospitalar, sendo uma estratégia contínua e colaborativa, focada na recuperação do paciente e em suas necessidades. O cuidado domiciliar, parte integrante da desospitalização, é executado por equipes multidisciplinares e envolve ações de saúde realizadas no âmbito do domicílio do paciente. Além disso, outros mecanismos, como ambulatórios pré-internação, ambulatórios de acompanhamento pós-alta e educação em saúde, desempenham um papel vital na desospitalização, promovendo a continuidade do atendimento e a integração entre os diferentes pontos de atenção.

Em suma, o conceito de redes de atenção à saúde engloba uma abordagem complexa e abrangente para a prestação de cuidados de saúde, visando à integralidade, coordenação e continuidade do atendimento em um sistema de saúde interconectado. Esse modelo surge como uma resposta aos desafios impostos por

doenças crônicas e pelo envelhecimento populacional, promovendo uma abordagem mais eficaz e humanizada para o cuidado em saúde.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Natureza do estudo

A presente pesquisa adota uma abordagem descritiva, com natureza aplicada e análise qualitativa; utilizando a pesquisa de campo como método de procedimento. Foram conduzidas entrevistas padronizadas ou estruturadas com participantes selecionados através de uma amostragem não probabilística por quota. O objetivo central é compreender a função da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico no interior de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais envolvidos.

A pesquisa descritiva tem como principal propósito esclarecer dúvidas e abordar questionamentos, buscando detalhar minuciosamente as características de um grupo específico ou fenômeno. Além disso, também se concentra na identificação de correlações entre variáveis relevantes (Evêncio *et al.*, 2019). Para que essa abordagem seja efetiva, o pesquisador deve estar devidamente informado sobre o objeto de estudo, alicerçado em um conjunto significativo de informações. Esse tipo de investigação visa retratar de forma minuciosa os fatos e fenômenos que moldam uma realidade particular (Triviños, 1987).

A natureza aplicada direciona seu foco para as questões inerentes às atividades de instituições, organizações, grupos ou intervenientes sociais. Seu objetivo primordial é a formulação de diagnósticos, a identificação de problemas e a busca por soluções concretas; ela responde a demandas apresentadas por clientes, intervenientes sociais ou instituições (Thiollent, 2009). A pesquisa científica e a pesquisa aplicada não estão necessariamente em oposição, visto que a ciência almeja tanto o avanço do conhecimento em si como também as aplicações práticas resultantes desse conhecimento. Uma investigação voltada a problemas práticos pode culminar na descoberta de princípios científicos, da mesma maneira que uma pesquisa de cunho teórico pode gerar insights passíveis de aplicações práticas imediatas (Gil, 1987).

A abordagem da pesquisa qualitativa viabiliza investigações profundas em uma diversidade abrangente de assuntos, conferindo uma margem mais ampla para a seleção de tópicos de interesse. Uma das características distintivas da pesquisa qualitativa reside na sua aptidão para retratar as visões e perspectivas dos

participantes envolvidos em um estudo, incorporando as nuances contextuais, ou seja, os cenários sociais, institucionais e ambientais que moldam a trajetória das vidas individuais (Yin, 2016).

A pesquisa de campo visa a observação direta de acontecimentos e fenômenos conforme se manifestam na realidade, através da meticulosa coleta de informações. Seu propósito reside em uma busca de entendimento e explicação do problema central que constitui o cerne da pesquisa. Essa abordagem se distingue por envolver investigações que, juntamente com a pesquisa bibliográfica e/ou documental, incorporam a obtenção de dados diretamente junto a indivíduos ou conjuntos de indivíduos (Gil, 1991).

3.2 Local do estudo

O estudo foi conduzido no Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto. Localizado no Estado de São Paulo, na região sudeste do Brasil, o município de Ribeirão Preto abrange uma área total de 650,916 km², dos quais 127,309 km² são destinados a zonas urbanas. Sua população atual é de aproximadamente 720.116 habitantes, consolidando-se como a nona maior cidade do país em termos populacionais, excluindo as capitais (IBGE, 2021).

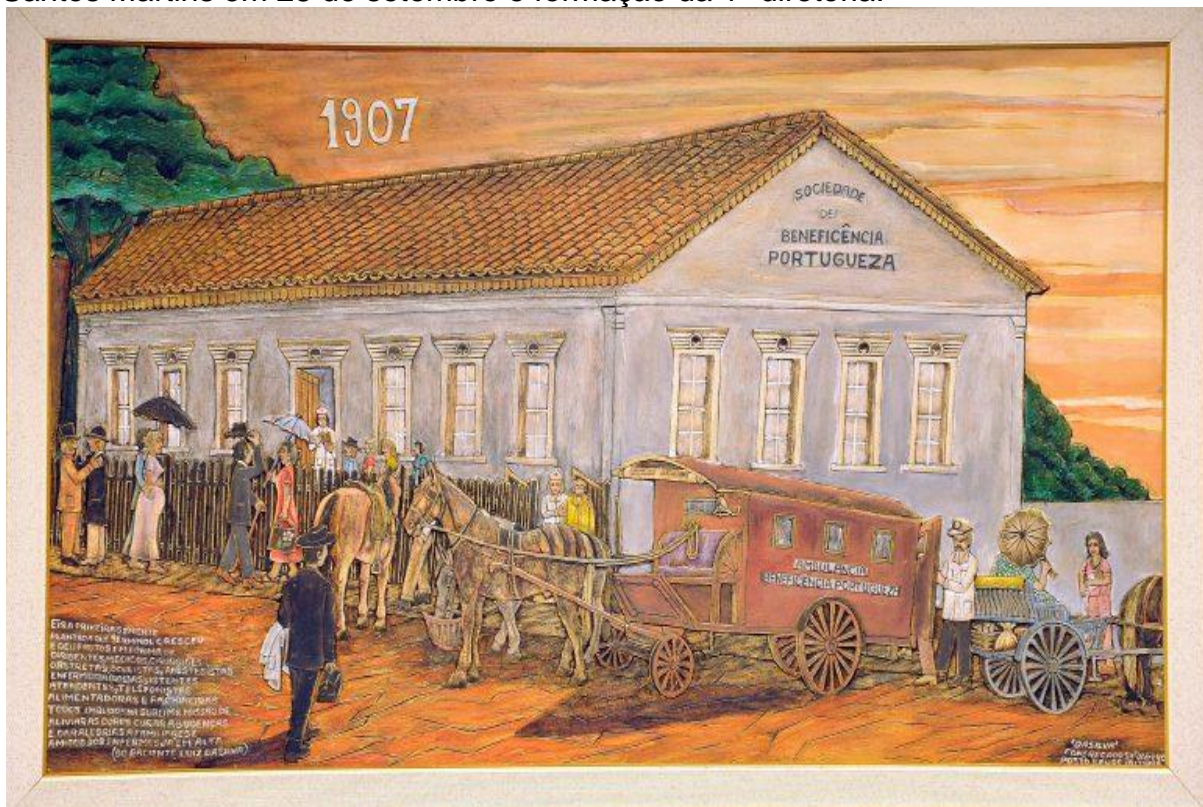
Em Ribeirão Preto existem 18 hospitais, sendo eles: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC Campus, Unidade de Emergência e HC Criança); Hospital Estadual de Ribeirão Preto; Hospital Beneficência Portuguesa; Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto; Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto - Hospital Santa Tereza; Hospital Sanatório Espírita Vicente de Paulo; Hospital do Câncer de Ribeirão Preto (SOBECCan); Hospital São Lucas; Hospital Ribeirânia; Hospital Municipal Santa Lydia; Hospital São Paulo; Hospital São Francisco; Hospital Electro Bonini; Hospital Mater - Maternidade do Complexo Aeroporto; Hospital Maternidade Sinhá Junqueira; Hospital RDO VIVER; Hospital Unimed Ribeirão e Centro Médico do Ribeirão Shopping (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Para a realização dos primeiros atendimentos de saúde, a cidade conta com 47 Unidades de Atenção Básica (UBS) e 3 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS). Existem alguns serviços de apoio e atenção básica que oferecem programas de importância para o município, como: Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, o Programa de Fitoterapia e Homeopatia, a Vigilância Sanitária (VISA),

o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PASDEF), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e Fissurados (PRODAF) e o Programa de Integração Comunitária (PIC), e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No dia 28 de setembro de 1907, um grupo de 12 portugueses liderados por Antônio Santos Martins fundou uma instituição no município de Ribeirão Preto. Inicialmente chamada de Sociedade de Beneficência Portuguesa D. Carlos I (Figura 2), a instituição prestava homenagem ao rei de Portugal. No entanto, a morte do rei e a subsequente Proclamação da República de Portugal resultaram na retirada do título "D. Carlos I" do nome do hospital (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Figura 2 - Fundação da Sociedade de Beneficência Portuguesa por Antônio dos Santos Martins em 28 de setembro e formação da 1ª diretoria.



Fonte: Beneficência Ribeirão Preto (2023).

Primeiramente, a concepção inicial era estabelecer em Ribeirão Preto um hospital seguindo o modelo existente no Rio de Janeiro. Para concretizar essa visão, houve a busca por apoio entre os portugueses residentes em diferentes partes do Brasil. Um total de 340 associados foram reunidos, cada um comprometido a contribuir com uma "joia" de 2 mil réis e uma mensalidade de 1.000 réis, com o propósito de

viabilizar a construção do edifício hospitalar. A inauguração oficial do hospital ocorreu em 1º de janeiro de 1919, marcada pela benção proferida pelo cônego Carlos Cerqueira (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

No dia 27 de maio de 1964, o hospital foi reconhecido como Entidade de Utilidade Pública Federal, através do decreto 52065 (Figura 3) (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Figura 3 - Entrada do Hospital Beneficência Portuguesa.



Fonte: Beneficência Ribeirão Preto (2022).

Em 2001, houve a assinatura de uma parceria entre o hospital e a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), o que permitiu integrar o ensino médico em nível terciário, a pesquisa e a comunidade, trazendo benefícios a população que usa o SUS. Essa colaboração possibilitou a integração do ensino médico de nível terciário, a pesquisa e a comunidade, proporcionando vantagens à população que utiliza o SUS e enriquecendo a experiência de aprendizado dos estudantes (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Em maio de 2014, estabeleceu-se uma Comissão de Residência Médica (COREME), com o intuito de estruturar os programas educacionais associados ao hospital. O propósito principal era elevar o padrão profissional e científico dos médicos, além de aprimorar a assistência à comunidade. Isso também atuou como facilitador para o intercâmbio entre profissionais em especialização e estudantes de outras instituições. Atualmente, os programas de residência médica reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura incluem Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular,

Cirurgia Bucomaxilofacial, Colo Proctologia, Clínica Médica, Cardiologia, Oncologia, Medicina Intensiva e Urologia (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

No mesmo ano, o governo do Estado de São Paulo lançou o Programa Santa Casa Sustentável, e a indicação da Direção Regional de Saúde (DRS XIII) inseriu este hospital no programa como uma entidade estratégica. Em 2017, uma nova direção, estatuto social e plano estratégico foram implantados, com ênfase em modernização da infraestrutura, adoção de tecnologias avançadas e aprimoramento do atendimento humanizado. Atualmente, a governança deste hospital é composta pelo Conselho Deliberativo e pelo Conselho Executivo, com respaldo do Conselho Consultivo e supervisão do Conselho Fiscal (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Este hospital já tem 112 anos e foi a segunda instituição de saúde a ser construída no município, sendo uma referência por sua tradição e pelo atendimento de qualidade e humanizado aos pacientes. O hospital fica no centro da cidade, ocupando uma área de 10.600 m², onde presta serviços de alta e média complexidade, com mais de 40 especialidades. Além disso, o hospital atende mais de 25 convênios privados e pacientes particulares. A entidade também possui 154 leitos para internação, incluindo (2) duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde ocorrem cerca de 14.000 internações ao ano e mais de 900 colaboradores. Também realiza, aproximadamente, 7.320 procedimentos de cirurgia ao ano, 534.000 exames de laboratórios anuais e 33.000 exames de radiologia ao ano (Beneficência Ribeirão Preto, 2023).

Atualmente tem como:

- 1) Missão: promover saúde e bem estar com serviços médico-hospitalares de qualidade, eficiência operacional e humanização.
- 2) Visão: ser referência hospitalar consolidada em atendimento de média a alta complexidade para Ribeirão Preto e região.
- 3) Valores: ética e transparência; humanização e respeito; segurança e credibilidade; confiança e comprometimento; sustentabilidade e responsabilidade social.

3.3 População e amostra

A amostragem que utilizamos nesse projeto foi de natureza não probabilística por quota, um método de seleção de amostras no qual o pesquisador,

intencionalmente, escolhe os participantes para assegurar que a amostra represente determinadas características da população (Flick, 2009).

As categorias profissionais que compõem a equipe de alta qualificada na instituição Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto compreendem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogo.

A equipe de Clínica Médica realiza o acompanhamento de grande parte dos pacientes com doenças que requerem cuidados hospitalares, definindo isoladamente o momento da alta e sua construção de forma qualificada. Outra parcela de pacientes recebe atenção da equipe multidisciplinar de forma fragmentada, sendo vistos, avaliados e conduzidos em momentos diferentes por cada profissional que possa estar envolvido no cuidado, de acordo com suas necessidades e demandas. Assim, não são todos os indivíduos que obtêm pareceres e considerações de todos os profissionais descritos anteriormente. As observações e tratamentos de cada disciplina ficam registradas em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), e podem ser acessadas a qualquer tempo e por qualquer membro da equipe.

No entanto, alguns pacientes apresentam patologias de grande impacto clínico, determinando perdas variadas de sua funcionalidade. O grande exemplo dessa condição são os enfermos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Abaixo destacamos algumas características desse grupo:

- 1) Necessitaram de Intubação Orotraqueal (IOT), ficando acoplados a respirador artificial por dias seguidos, e muitas vezes foram submetidos a traqueostomia;
- 2) Apresentam estado nutricional extremamente comprometido, e, estão impossibilitados de utilizar a via oral para alimentação, necessitando do uso de Sonda Nasoentérica (SNE);
- 3) Desenvolvem flacidez muscular generalizada devido ao uso de drogas sedativas, e por ficarem imobilizados por grandes períodos;
- 4) Apresentam Lesões por Pressão (LPP) em diversos segmentos corpóreos, com diferentes estágios evolutivos;
- 5) Utilizam de polifarmácia para a manutenção de suas funções orgânicas que podem ter interação entre si, com prejuízos variados;
- 6) Determinam grandes mudanças à rotina da família e à sua própria individualidade e singularidade, requerendo a estruturação de um novo

ambiente domiciliar que possa recebê-los de forma adequada. Em algumas situações dependem do acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e outros ainda, necessitam ser transicionados para outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por apresentarem alta demanda de cuidados, como: instituições que dispõem de leitos de longa permanência e Hospital Municipal São Francisco de Assis.

É essa minoria de pacientes que são elencados para receber a abordagem interdisciplinar, em reuniões ordinárias da equipe multidisciplinar, para a construção da alta qualificada.

As reuniões são realizadas às terças-feiras, no período da manhã, nas dependências do hospital, com todos os profissionais convidados a participar. A convocação é feita através do grupo “Equipe Interdisciplinar”, inscrito na plataforma WhatsApp, onde estão os contatos de todos os profissionais envolvidos na elaboração da alta qualificada. Qualquer profissional pode sugerir o(s) caso(s) que deverão ser levados para apreciação da equipe, seguindo os critérios descritos anteriormente. São nesses encontros, inclusive, que são confeccionados os documentos do Projeto Terapêutico Singular (PTS) - usados como ferramenta avaliativa do desempenho e da qualidade da alta hospitalar realizada pela instituição, junto aos órgãos reguladores.

Como não há possibilidade de determinar a população, considerando que existem muitos profissionais trabalhando com a alta hospitalar, assim, os pesquisadores delimitaram como entrevistados 2 (dois) profissionais, nas seguintes categorias: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo e farmacêutico. Foi entrevistada apenas 01 fonoaudióloga (por possuir somente 01 profissional desta categoria na equipe).

Como critério de inclusão para a participação na pesquisa, foram considerados:

- 1) Fazer parte da equipe envolvida na alta qualificada, independente da categoria profissional;
- 2) Sem especificação de gênero ou idades;
- 3) Que tenham vínculo empregatício com a instituição Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto por meio de contrato amparado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e/ou Contrato de Prestação de Serviço.

Com relação aos critérios de exclusão, contemplaram:

- 1) Profissionais que, mesmo tendo manifesto e autorizado a possibilidade de participar da entrevista, tenham apresentado quaisquer problemas no período estabelecido para a coleta de dados; como licença saúde ou férias.
- 2) Profissionais que durante a entrevista, mesmo tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expressaram o desejo de não mais colaborar com a pesquisa; caracterizando a descontinuidade.

3.4 Instrumento de coleta de dados

3.4.1 Entrevista padronizada ou estruturada

A entrevista estruturada é composta por questões formalmente elaboradas, que seguem uma sequência padronizada, com linguagem sistematizada, voltando-se para a obtenção de informações, através de respostas curtas e concisas (Rosa e Arnoldi, 2006).

Gressler (2003) reforça essa definição de entrevista estruturada, e afirma que também pode ser chamada de padronizada. Esta modalidade de entrevista segue uma estrutura bem definida, permitindo esclarecimentos, dentro de limites. Os entrevistados respondem às mesmas perguntas, na mesma ordem e formuladas com as mesmas palavras.

Para esse estudo, a elaboração do questionário surgiu em resposta à carência de instrumentos mais completos na área, visto que na literatura tem-se apenas ferramentas voltadas ao paciente. Os seguintes instrumentos estão disponíveis para avaliar a transição do cuidado no Brasil: o *Care Transitions Measure* (CTM), desenvolvido nos Estados Unidos e validado no Brasil - avalia a qualidade da transição na perspectiva dos pacientes; o questionário *PREPARED* que avalia a qualidade do planejamento da alta, e o *Readiness For Hospital Discharge Scale* (RHDS) que avalia o preparo para alta hospitalar na perspectiva também do paciente.

Entretanto, tais dispositivos não são suficientes para responder aos objetivos do presente estudo, que contemplam avaliar a segurança do paciente na transição do cuidado na perspectiva dos profissionais da equipe multidisciplinar, envolvida no planejamento da alta qualificada de cada paciente da Clínica Médica do hospital do estudo.

Em detrimento da necessidade, o estudo utilizou um instrumento em forma de questionário, elaborado pelo pesquisador, e validado quanto à apresentação e ao conteúdo por um Comitê de juízes especialistas, constituído de: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social e 01 psicólogo, para posterior utilização na pesquisa; visando compreender como tem sido o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável/qualificada.

3.4.2 Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas

Para o presente estudo, o questionário foi enviado à apreciação de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social e 01 psicólogo, visando alcançar o respaldo científico. Os juízes foram compostos por 06 profissionais de saúde experientes, em elaboração de alta hospitalar qualificada e/ou com titulação de Doutorado e Mestrado. Os *experts* foram convidados a avaliar as questões em um primeiro momento por e-mail, para posteriormente, no caso de aceitarem, ser encaminhado o instrumento que deveria ser analisado na perspectiva de Alexandre e Coluci (2011).

Os autores supracitados propõem a análise considerando o conteúdo das questões nos quesitos relevância, clareza, pertinência e formato. Nessa direção foi solicitado que assinalassem uma das alternativas de cada item avaliado, abaixo de cada questão (da 1 até a 6), quanto a: relevância do conteúdo: muito relevante, suficientemente relevante, pouco relevante e não relevante; clareza do conteúdo: muito claro, suficientemente claro, pouco claro e não claro; pertinência do conteúdo: muito pertinente, suficientemente pertinente, pouco pertinente e não pertinente; formato do conteúdo: muito bem formatado, suficientemente formatado, pouco formatado e não formatado.

Todos os itens supracitados foram individualmente analisados e, de acordo com Alexandre e Coluci (2011), em relação à clareza - deve-se avaliar a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. Quanto à pertinência ou representatividade significa notar se os itens realmente refletem os conceitos

envolvidos, e se são adequados para atingir os objetivos propostos. Concernente à relevância, se o item é de fundamental importância e representatividade para a proposta da pesquisa. E quanto ao formato, a forma física e aparência do item. Além destas análises, deixamos um espaço abaixo de cada questão para que como especialistas pudessem redigir sugestões de alteração ou comentários, na perspectiva de analisar o conteúdo e o grau de entendimento das questões acerca da temática em estudo, no caso de julgarem necessário.

Neste sentido, na pesquisa propõem-se as seguintes perguntas, que foram apresentadas preliminarmente aos juízes para suas apreciações (Apêndice I):

- 1) De acordo como seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo de elaboração da alta hospitalar?
- 2) Como você executa as suas atribuições no processo de alta hospitalar?
- 3) De que forma acontece a interação das disciplinas na elaboração da alta hospitalar?
- 4) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as disciplinas no processo de alta hospitalar? Por quê?
- 5) Como você acredita que esses processos podem contribuir para a segurança do paciente após a alta hospitalar?
- 6) Frente a todos os relatos que você deu, você gostaria de acrescentar alguma coisa?

De acordo com a análise dos juízes, foram feitas as seguintes considerações:

- a) Em relação a pergunta 1 todos acharam muito relevante o conteúdo, apenas um juiz achou suficientes a clareza e a pertinência do conteúdo, e dois entenderam que o formato do conteúdo foi suficiente. Como sugestões, foram colocadas por dois juízes a possibilidade de adicionar o termo Alta Hospitalar Qualificada no instrumento, para estabelecer a relação com os objetivos do estudo, considerando que o termo Alta Hospitalar Qualificada (AHQ), também conhecido como Alta Responsável e Desospitalização, envolve planejamento, integração e acessos. Também foram sugeridas adequações de terminologia que foram todas acatadas.
- b) Em relação a pergunta 2, todos acharam muito relevante e muito pertinente o conteúdo. Quanto à clareza do conteúdo um juiz entendeu ser suficientemente claro, e outro pouco claro, assim como no formato do

conteúdo. As correções foram também sugeridas quanto à adequação de terminologia e acrescentar o termo AHQ, todas acatadas.

- c) Em relação à pergunta 3, todos acharam muito relevante o conteúdo e a pertinência do conteúdo. Dois juízes entenderam a clareza como suficiente. Quanto ao formato do conteúdo dois juízes acharam suficientemente formatado, e apenas um pouco formatado. As sugestões todas também vieram quanto à adequação de terminologia e acrescentar o termo AHQ, acatadas.
- d) Em relação a pergunta 4, dois juízes entenderam que a relevância do conteúdo foi muito relevante, dois suficientemente relevante, e um pouco relevante. Quanto à clareza do conteúdo dois juízes entenderam ser muito claro e quatro pouco claro. As ponderações determinaram reestruturações nas perguntas para melhor clareza do conteúdo. Quanto a pertinência três juízes concluíram ser muito pertinente, um suficientemente pertinente, e dois pouco pertinente. Quanto ao formato do conteúdo dois juízes definiram como muito bem formatado, dois suficientemente formatado, e dois pouco formatado. As sugestões todas foram propostas quanto à adequação de terminologia, e acrescentar o termo AHQ.
- e) Em relação à pergunta 5 todos os juízes entenderam o conteúdo como muito relevante. Quanto à clareza do conteúdo dois juízes entenderam ser muito claro, dois suficientemente claro, e um pouco claro. Quanto à pertinência, cinco juízes concluíram ser muito pertinente, e apenas um suficientemente pertinente. Quanto ao formato do conteúdo três juízes definiram como muito bem formatado, e três pouco formatado. As sugestões todas foram propostas quanto a adequação de terminologia, e acrescentar o termo AHQ.
- f) Uma juíza sugeriu a inserção de quatro questões, entretanto, foram acatadas duas somente, pautadas no objetivo da pesquisa.

Após avaliação das propostas de correções e inserções de outras questões dos juízes, o instrumento final foi elaborado constituindo-se das perguntas que foram feitas aos profissionais convidados a participar da pesquisa, apresentadas a seguir (APÊNDICE II):

- 1) Em sua concepção, o que é Alta Hospitalar Qualificada?

- 2) De acordo com o seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ)?
- 3) Descreva como você executa as suas atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada?
- 4) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada? Se sim, por quê? Se não, por quê?
- 5) Em sua concepção, quais profissionais são responsáveis pela AHQ?
- 6) De acordo com sua percepção, descreva como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da Alta Hospitalar Qualificada?
- 7) Como você entende o processo de Alta Hospitalar Qualificada, ao considerar a segurança do paciente, após a alta hospitalar?
- 8) Este é um espaço reservado para o que você julgar que ainda é importante registrar sobre a temática e suas vivências na equipe multidisciplinar no planejamento da Alta Hospitalar Qualificada no local do estudo.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foi solicitada autorização à Diretoria Técnica, Diretoria Clínica e, à Gerência de Práticas Assistenciais (ANEXOS A, B e C), e após a aprovação da pesquisa, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (ANEXO D). O projeto propôs investigar o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico no interior de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais envolvidos.

De posse da autorização do CEP, a abordagem dos profissionais selecionados a participarem da pesquisa foi realizada por intermédio do pesquisador principal. Os profissionais foram abordados nos encontros ordinários da equipe interdisciplinar, ou por agendamento de dias e horários delimitados, acordados nos momentos que julgarem possíveis, para os que não puderam ser interpelados nos encontros, com vistas a agendar uma entrevista individual – que foi realizada pelo pesquisador.

Antes da aplicação da pesquisa foi realizada breve explicação sobre o intuito do estudo e seus objetivos. Observa-se que as entrevistas serão audiogravadas e

transcritas. As entrevistas foram conduzidas em fevereiro e março de 2024, após a autorização para gravar as respostas (em aparelho celular, marca Apple, modelo Iphone 15 Pro Max, com configurações de áudio em formatos compatíveis com: HEVC, H.264 e ProResHDR Dolby Vision, HDR10 e HLG, e sistema operacional iOS 17); os participantes ficaram em ambiente confortável – em uma sala determinada pela instituição, para responderem às perguntas, individualmente. O pesquisador fez as perguntas e deixou o participante à vontade para resposta, com duração entre 15 e 20 minutos, para cada profissional; delimitando o tempo para a coleta dos dados em até 30 dias, a contar do início da primeira entrevista, que ocorreu efetivamente no período de 28 de fevereiro de 2024 a 19 de março de 2024. Participaram da pesquisa apenas os profissionais da equipe de saúde que atenderam aos critérios de inclusão delimitados na pesquisa e assinarem o TCLE (APÊNDICE III).

Após o término das entrevistas, estas foram transcritas, sendo o seu acesso somente ao pesquisador e orientadora; mantendo o anonimato dos entrevistados designando-os como Participante 1 (P1), Participante 2 (P2), Participante 3 (P3), Participante 4 (P4), Participante 5 (P5), Participante 6 (P6), Participante 7 (P7), Participante 8 (P8), Participante 9 (P9), Participante 10 (P10), Participante 11 (P11), Participante 12 (P12), Participante 13 (P13), Participante 14 (P14) e Participante 15 (P15).

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados por temas, com base na abordagem de análise de conteúdo de Bardin (2011) que tem a finalidade de explicar e sistematizar as mensagens, significando-as a partir de sua origem com seus contextos, evidenciando as temáticas.

3.6 Análise de dados

Uma vez realizada a coleta dos dados, eles foram analisados com métodos coerentes aos pressupostos ontológicos e epistemológicos da pesquisa. Nesse sentido, Creswell (2010) aponta que a análise de dados qualitativos envolve diferentes apreciações dessas informações, o que deve conduzir o pesquisador a extrair o sentido desses dados. Isso acontece pela condução de diferentes análises, aprofundadas na compreensão e representação desses dados, para realizar interpretação mais ampla de seu significado. Ou seja, o autor considera que é um processo analítico contínuo de reflexão que deve ser conduzido simultaneamente à

coleta, a interpretação e a redação dos relatórios. A partir dessas questões, os dados que formaram o *corpus* deste estudo foram analisados por meio da análise de conteúdo, conforme descrito a seguir.

3.6.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas amplamente difundido e empregado para a análise de dados qualitativos (Silva e Fossá, 2013). Esse conjunto de técnicas, que analisam as comunicações, tem como objetivo investigar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador e permite, de maneira sistemática, descrever as mensagens e as atitudes associadas ao contexto da enunciação, assim como inferir sobre os dados coletados (Bardin, 1977; Cavalcante; Calixto e Pinheiro, 2014).

A análise de conteúdo originou-se das metodologias quantitativas, cuja lógica é a interpretação codificada do material de caráter qualitativo, onde a rigidez científica provém da pretensa objetividade dos números e das medidas. Contudo, sua evolução histórica explicita seu desenvolvimento como instrumento da análise das comunicações, sendo a presença de processos técnicos de validação a principal característica que a torna diferente de outras técnicas anteriores a ela (Minayo, 2000; Capelle; Melo e Gonçalves, 2003).

Ainda sobre o tema, Bauer e Geswel (2002) afirmam que ela é um método de análise de textos das ciências sociais empíricas e que, embora sua versão clássica seja direcionada para a realização de descrições numéricas das características do *corpus* do texto, deve ser dada essencial atenção aos “tipos”, “distinções” e “qualidades” no texto, mesmo antes da realização de qualquer quantificação. Essa é uma técnica híbrida que combina o formalismo estatístico com a análise qualitativa nas ciências sociais. Isso pode explicar a escolha deste método devido à sua contribuição para a necessidade de ultrapassar as incertezas que são consequências das hipóteses e pressupostos, sendo necessário enriquecer a leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que são estabelecidas e vão além das falas propriamente ditas dos entrevistados (Cavalcante; Calixto e Pinheiro, 2014).

Para contribuir com essa questão, Campos (2004) afirma que o método da análise de conteúdo é determinado por duas fronteiras: a linguística tradicional e o

território do sentido das palavras ou hermenêutica. No primeiro, a análise contemplará os métodos lógico-estéticos em busca dos aspectos formais característicos do autor do texto. No segundo, os métodos são puramente semânticos estruturais. Nesse sentido, o objetivo da análise de conteúdo não é apenas debruçar-se sobre os dados de forma quantitativa; é, acima de tudo, alcançar uma profunda significação contida nos textos por meio da interpretação de mensagens que estejam obscuras, subliminares ou com duplos sentidos, das quais só é possível atingir a significação profunda após uma cuidadosa observação ou observação carismática (Rocha e Deusdará, 2005).

Assim, segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo, que pode ser ao mesmo tempo uma análise de significados e uma análise de significantes, funciona a partir de procedimentos sistemáticos e, com sua pretensão em descrever as mensagens, o analista de conteúdo possui a dupla tentativa de compreender o sentido da comunicação e, sobretudo, ter o olhar atento para outra significação que está em outra mensagem, que pode estar ao lado ou envolta da primeira mensagem.

Para a análise das entrevistas, escolhemos a abordagem qualitativa adotando a organização dos dados a partir da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que será desenvolvida em três fases, utilizando o método de Análise Temática ou Categorical, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e análise e interpretação do material (Bardin, 2011).

A pré-análise é a organização para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais que foram colocadas no referencial teórico. É o momento em que se estabelecem os indicadores para realizar a interpretação das informações coletadas, sendo a etapa da leitura geral do material selecionado ou das entrevistas transcritas. Esta fase compreende quatro etapas:

- a) **Leitura flutuante:** é o momento de ter contato com o texto para conhecê-lo, obtendo impressões e orientações;
- b) **Escolha dos documentos:** é o momento da definição do corpus do estudo, que deve obedecer às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- c) **Construção de objetivos e hipóteses:** ocorre a partir da leitura inicial dos dados constitutivos do corpus;
- d) **Elaboração de indicadores:** refere-se à interpretação do material coletado.

A fase seguinte refere-se à administração das decisões tomadas na etapa anterior. Esta é uma fase longa que contempla a construção do processo de codificação e leva em consideração os recortes feitos no texto em unidades de registros, como foram definidas as regras para a contagem e como foram classificadas e agrupadas as informações em categorias temáticas (Silva e Fossá, 2013).

Em outras palavras, a codificação é uma fase essencial na análise de conteúdo, considerada por Bardin como uma transformação pela qual passam os dados brutos do texto. Por meio do recorte, agregação e enumeração, é possível atingir a reorientação da expressão ou do conteúdo do texto, esclarecendo ao analista a respeito das características do texto. Em síntese, esta fase consiste em categorizar os dados para atingir o núcleo de compreensão do texto, uma representação do conteúdo.

As entrevistas transcritas foram organizadas, posteriormente, ocorreu a seleção da regra de contagem com a enumeração das unidades de registro, seguida pela fase da escolha de categorias, onde as unidades de registro estão organizadas por meio da categorização, em razão de características comuns entre as unidades. É importante destacar que a análise subsequente obedeceu às regras da categorização proposta por Bardin, que são: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, exaustividade, objetividade e fidelidade.

A última fase descrita por Bardin consiste na enumeração, inferência e interpretação, responsáveis por extrair os conteúdos expressos e latentes contidos no material coletado. A partir disso, o analista obtém resultados significativos, podendo propor inferências e interpretações acerca dos objetivos previstos ou de outras descobertas que porventura não eram esperadas. Assim, os resultados já categorizados serão interpretados de maneira significativa. Serão trabalhadas relações entre as inferências dos pesquisadores, o quadro teórico que aborda o assunto e o referencial teórico com seus pressupostos. Nesta fase, busca-se estabelecer a relação entre as referências bibliográficas, o referencial teórico e os resultados, a fim de evitar uma simples descrição dos dados e sim permitir novas interpretações que contribuirão para a pesquisa.

Em síntese, utilizando a codificação e categorização como base, a análise de conteúdo será realizada. Isso implica na exploração aprofundada das informações agrupadas em categorias, buscando identificar insights, tendências e padrões relevantes. A análise de conteúdo permite extrair significados mais amplos e

compreender as perspectivas dos profissionais sobre o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada. Durante a análise de conteúdo, é importante identificar tendências emergentes, similaridades e diferenças nas respostas dos participantes. Isso pode fornecer informações sobre as visões comuns e variáveis entre os profissionais entrevistados (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Com base nos resultados da análise, é possível realizar a interpretação dos achados à luz da teoria e do contexto do estudo. A discussão envolve relacionar os resultados com o conhecimento teórico existente, bem como com os objetivos da pesquisa. Os resultados da análise podem ser validados por meio da triangulação de dados, comparando as informações obtidas com outras fontes de dados ou literatura relevante (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021). Com base na análise e validação, as conclusões foram elaboradas, destacando os principais achados, implicações práticas e possíveis contribuições para a compreensão do envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada.

Em síntese, para Silva e Fossá (2013), as fases do processo metodológico proposto por Bardin (2011) compreendem o descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Fases da Análise de Bardin.

1	Leitura geral do material coletado (entrevistas e documentos).
2	Codificação para formulação de categorias de análise, utilizando o quadro referencial teórico e as indicações trazidas pela leitura geral.
3	Recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico.
4	Estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados).
5	Agrupamento das unidades de registro em categorias comuns.
6	Agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais).
7	Inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.

Fonte: Silva e Fossá (2013).

Assim, foram formuladas inicialmente as categorias iniciais, que, para Silva e Fossá (2013), são aquelas que se configuram nas primeiras impressões do pesquisador acerca da realidade investigada, constituídas e nomeadas a partir dos dados. Posteriormente, foram identificadas as categorias intermediárias, que emergem das categorias iniciais aglutinadas e são baseadas no referencial teórico, na narrativa das entrevistas e na análise. Por fim, as categorias finais foram constituídas pela síntese dos significados revelados pelas entrevistas que puderam ser identificados durante a análise realizada no estudo.

3.7 Aspectos éticos e legais

Foi disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III), para garantir que todos os participantes da pesquisa tivessem entendimento claro dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Os participantes devem fornecer um consentimento informado e voluntário para participar, e esse consentimento deve ser documentado. Os dados coletados serão mantidos confidenciais e anonimizados, ajudando a proteger a identidade dos participantes e garantindo que suas informações pessoais não sejam divulgadas.

Este projeto de pesquisa foi submetido à autorização do Coordenador do Hospital Beneficência Portuguesa, bem como dos Coordenadores dos respectivos Coordenadores das demais áreas. Posterior às autorizações citadas, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto para apreciação, ocorrendo a autorização sob CAEE n. 75651823.8.0000.5498, no parecer n 6.577.608.

Acredita-se no uso de benefícios diretos desta pesquisa para o participante e para a gestão da Instituição e para a equipe, pois irá facilitar a compreensão baseada em evidências de possível adequação das atribuições individuais e na equipe.

Foram garantidos os aspectos preconizados na Resolução n° 466/12, onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescentando os aspectos éticos asseverados na Resolução 510/16, no:

Art. 1º dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 2º adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV - Confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - Consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos.

Os riscos da pesquisa se baseiam na individualidade de cada participante, pois poderia se sentir desconfortável em responder alguma questão que entendesse comprometer a sua ética profissional e até mesmo ter vivenciado alguma situação assistencial ou administrativo-gerencial que o remetesse a sentimento de onipotência ao fazer uma análise crítica do seu local de trabalho e equipe; entretanto, no processo de coleta de dados não houve quaisquer intercorrências.

Ainda cabe salientar que os riscos da pesquisa aos participantes durante a entrevista foram mínimos considerando que fizemos perguntas sobre características pessoais (perfil sociodemográfico) e sobre a temática, o que algumas pessoas poderiam considerar angustiante e se sentirem ansiosas, por exemplo, além do participante também considerar cansativa a abordagem. Quaisquer desconfortos percebidos ou relatados seriam ouvidos atentamente pelo pesquisador (que é médico), inicialmente, e se necessário, o (a) participante seria aconselhado (a) a dirigir-se ao Serviço de Psicologia da UNAERP, acompanhado do pesquisador. Observa-se que não ocorreram tais circunstâncias.

Após a aprovação no CEP, para a entrevista, os participantes receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III), sendo que uma via este assinou e já possuía as assinaturas das pesquisadoras (esta via foi devolvida à pesquisadora) e a outra ficou de posse do participante com as assinaturas e contatos das pesquisadoras (em formato PDF). O TCLE foi lido para o participante, fornecendo-lhe todas as informações necessárias sobre o estudo, antes da assinatura, no momento do encontro agendado previamente.

As informações obtidas foram analisadas em conjunto com as pesquisadoras responsáveis, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Foi garantido à (o) Sr.^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não houve despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não teve compensação financeira relacionada à sua participação.

3.8 Critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou danos aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. As situações citadas anteriormente não ocorreram e o estudo transcorreu, conforme proposto inicialmente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos Participantes do estudo

Participaram do estudo todos os profissionais selecionados previamente, ficando assim constituídos por: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 2 psicólogos, 2 farmacêuticos clínicos e 01 fonoaudiólogo; entre os entrevistados 13 eram do gênero feminino e 2 do gênero masculino, com idades entre 24 e 48 anos (média de 36 anos). À exceção de um profissional que mantém relações com o hospital, por meio de prestação de serviços, todos os demais participantes possuem vínculo trabalhista com a instituição hospitalar do estudo.

4.2 Sobre a Equipe Multidisciplinar e a AHQ na instituição do estudo

Como descrito na análise dos dados, a codificação e categorização foram utilizadas como base e a análise de conteúdo foi realizada. Implicou na exploração aprofundada das informações agrupadas em categorias, buscando identificar *insights*, tendências e padrões relevantes. A análise de conteúdo permite extrair significados mais amplos e compreender as perspectivas dos profissionais sobre o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada. Durante a análise de conteúdo, é importante identificar tendências emergentes, similaridades e diferenças nas respostas dos participantes. Isso pode fornecer informações sobre as visões comuns e variáveis entre os profissionais entrevistados (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Com base nos resultados da análise, é possível realizar a interpretação dos achados à luz da teoria e do contexto do estudo. A discussão envolve relacionar os resultados com o conhecimento teórico existente, bem como com os objetivos da pesquisa. Os resultados da análise podem ser validados por meio da triangulação de dados, comparando as informações obtidas com outras fontes de dados ou literatura relevante (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Com base na análise e validação, as conclusões foram elaboradas, destacando os principais achados, implicações práticas e possíveis contribuições para a

compreensão do envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada.

A partir do exposto, foram realizadas as análises seguindo as fases propostas no Quadro 3, uma vez realizadas as entrevistas, elas foram transcritas e arquivadas em Word (fase 1), totalizando 91 (noventa e uma) páginas de material transcrito pelo aplicativo *Transcribe*, considerando esses registros. A partir da fase 2, os dados foram organizados, ocorrendo as devidas codificações, respeitando-se uma sequência ordinária que levava em consideração, inicialmente, a ordem alfabética das disciplinas, assim definidas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Em seguida, dentro de cada disciplina, cada entrevistado foi colocado também em ordem alfabética. Por fim, os participantes foram enumerados por códigos P1 para o primeiro e, assim, sucessivamente (P2, P3, P4...P15).

Posteriormente, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e, logo após, foram registrados separadamente. A etapa que corresponde ao estabelecimento das categorias analíticas obedeceu à sequência (4 a 6) e em sua formulação foi levado em consideração os princípios estabelecidos por Bardin (2011), que são: exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade das categorias, pertinência (que diz respeito à não distorção da mensagem transmitida), objetividade/fidelidade na compreensão e clareza, e produtividade.

Para iniciar o processo de compreensão do envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada, foi necessário descrever o que as diversas disciplinas entendem como Alta Hospitalar Qualificada. Em detrimento ao exposto na fundamentação teórica, da ampla definição de alta qualificada, principalmente no referencial teórico do Ministério da Saúde e de seus diversos sinônimos, as respostas que os participantes entendiam ser o cerne da definição foram organizadas em 06 categorias, sendo: “Orientar pacientes e familiares”; “Ofertar segurança para pacientes e familiares”; “Envolver a equipe multidisciplinar no planejamento”; “Garantir a inexistência de riscos”; “Oferecer recursos para o paciente” e “Oferecer qualidade de vida” (4).

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 4 estão descritos número absoluto de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Como resultado, observa-se que, para a maioria dos entrevistados da equipe multidisciplinar, 8 (53,33%) participantes, as orientações passadas para pacientes e seus familiares/cuidadores determinam uma alta hospitalar com qualidade; 02 (13,33%) relataram que oferecer segurança para os pacientes e familiares, na construção da transição de cuidados para fora do hospital, principalmente quando essa se dá em domicílio, garantindo a existência de todo o aparato necessário para a devida condução, ratifica a alta hospitalar qualificada; 02 (13,33%) participantes defendem o envolvimento da equipe multidisciplinar na construção do planejamento de alta seria o indicador de uma alta qualificada. Também houve relatos que a alta hospitalar qualificada se pauta em: garantir a inexistência de riscos para a saúde do paciente, quanto à deterioração clínica e a possibilidade de óbito, na locação do mesmo fora do ambiente hospitalar; no oferecimento de recursos; e ainda que resulta da oferta de uma qualidade de vida, sem maiores especificações; com uma citação de cada entrevista.

Quadro 4- Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando como as disciplinas definem Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Orientar pacientes e familiares	8 (53,33%)	“[...] apresentar para os pacientes... uma forma de cuidado em casa[...]”	“Na minha concepção, eu creio que a alta hospitalar qualificada é você ter a qualidade de apresentar para os pacientes que estão tendo essa alta uma forma do cuidado em casa.” (P1)
		“[...] o paciente sai com todas as orientações[...]”	“É aquela alta que o paciente sai com todas as orientações da manutenção do cuidado no domicílio ou não, num lar de longa permanência.” (P3)
		“[...] dar ao paciente e ao familiar orientações e um suporte[...]”	“Uma alta onde a gente consiga dar ao paciente e ao familiar orientações e um suporte até pós alta.” (P7)
		“[...] paciente sai sabendo para onde ele vai e o que ele vai fazer e conseguir[...]”	“Então, uma alta que o paciente sai sabendo para onde ele vai, e o que ele vai fazer e conseguir, e aí com o fluxo para a rede depois.” (P8)
		“[...] orientar bem a família[...]”	“O paciente vai amparado em todos os pontos, todos os setores hospitalares conseguem orientar bem a família, para que o paciente que realmente está de alta, não retorne ao hospital.” (P9)
		“[...] ele estar orientado[...]”	“Então ele teria que ter uma alta segura para casa, que seria a alta segura é ele estar orientado de todos os cuidados que vai ter, e todo o suporte externo” (P12)
		“[...] paciente consiga ir para casa com todas as informações e os familiares[...]”	“É uma alta que a gente tem um estudo e uma compreensão de todo o biopsicossocial do paciente, para que, assim, a gente consiga dar uma alta qualificada e com segurança, que o paciente consiga ir para casa com todas as informações, e os familiares, como tratamento pela parte clínica, tudo alinhado pela equipe e com orientações de encaminhamento para a rede e o retorno ao hospital.” (P14)
		“[...] informações tanto para o paciente quanto para a família[...]”	“É uma alta onde a gente passa as informações tanto para o paciente quanto para a família, para o cuidador, para que ele tenha acesso ao seu quadro clínico.” (P15)
Ofertar segurança para pacientes e familiares	2 (13,33%)	“[...] maior segurança tanto para o paciente no domicílio como para os familiares. [...]”	“É aquela alta onde todos os profissionais são envolvidos para dar maior segurança tanto para o paciente no domicílio, como para os familiares, orientando cada um na sua especialidade” (P10)
		“[...] condições de voltar para sua casa, para onde ele reside, com segurança[...]”	“Alta hospitalar qualificada é quando o paciente tem condições de voltar para sua casa, para onde ele reside, com segurança: segurança do quadro clínico, segurança de profissionais e de cuidadores ou mesmo do próprio paciente.” (P11)

Envolver a equipe multidisciplinar no planejamento	2 (13,33%)	“[...] envolver a equipe multidisciplinar por inteiro[...]”	“A alta hospitalar qualificada é uma alta quando envolve a equipe multidisciplinar por inteiro, cada um dando a sua opinião, fazendo isso com planejamento, o que envolve todo mundo que amanhã a gente vai dar alta.” (P2)
		“[...] conjunto de todos os profissionais para um alta consciente[...]”	“Alta hospitalar qualificada é o conjunto de todos os profissionais para uma alta consciente do paciente, para que ele tenha um tratamento adequado em casa, e continue fazendo o seguimento do que foi orientado aqui no hospital.” (P4)
Garantir a inexistência de riscos	1 (6,66%)	“[...] ele não corre mais nenhum risco de vida ou de piora[...]”	“Eu acho que é quando o paciente consegue evoluir a um ponto que ele não precisa mais de cuidados diários e monitorização e o tempo todo ele não corre mais nenhum risco de vida ou de piora.” (P5)
Oferecer recursos para o paciente	1 (6,66%)	“[...] recursos que o paciente precisa ter[...]”	“Que são assim, os mecanismos de desospitalização que utilizamos e os recursos que o paciente precisa ter para alta com planejamento, ou seja, como que nós vamos ativar as redes de cuidados para viabilizar uma atenção integral deste paciente.” (P13)
Oferecer qualidade de vida	1 (6,66%)	“[...] aquela qualidade de vida[...]”	“Oferecer para o paciente, em todos os aspectos, aquela qualidade de vida para ele.” (P6)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Diante de todas as respostas, foi possível inferir que todos os elementos relatados são importantes na garantia de uma alta segura, mostrando o conhecimento e a contemplação do processo estratégico de planejamento e transferência do cuidado entre o hospital e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), devidamente relatados pelos participantes. O conhecimento dos três pilares presentes na Portaria MS nº 3.390 (Brasil, 2013), que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, foi notado nas respostas:

- a) Orientação a usuários e familiares/cuidadores para promover a autonomia e o autocuidado;
- b) Conexão com outros pontos de atenção nas Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na Atenção Básica;
- c) Implementação de alternativas às práticas hospitalares, como cuidados domiciliares, alinhados com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Destaca-se que a orientação da equipe multidisciplinar é primordial para que os cuidados ao paciente no domicílio sejam realizados de forma adequada, de acordo com suas necessidades e preservando, desta forma, o seu estado clínico. Enfatiza-se que a orientação vem para contribuir no processo de recuperação do paciente, diminuindo, desta forma, os riscos e prevenindo

reinternações (Cieto *et al.*, 2014). Sendo assim, ressalta-se que as orientações da equipe multidisciplinar são positivas para que o cuidador familiar possa dar continuidade nos cuidados do paciente no domicílio (Carvalho, 2014), sendo este momento oportuno para que cuidador familiar possa adquirir os conhecimentos básicos para realizar os cuidados do paciente (Bocchi, 2004).

Entretanto, a percepção do preparo para a alta, na perspectiva do paciente, não foi observada nas respostas dos participantes (Weiss *et al.*, 2015). Como discutido na fundamentação teórica, a avaliação do preparo para esse momento tem sido considerada uma intervenção eficaz para orientar o planejamento e contribuir para a prevenção de complicações, promovendo ainda o empoderamento e a participação ativa do paciente e de sua família na gestão própria durante a fase de transição do cuidado (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013). Sendo assim, não houve a sinalização da utilização de instrumentos disponíveis na literatura, como a Escala de Prontidão para Alta Hospitalar (*Readiness for Hospital Discharge Scale* - RHDS), como ferramenta valiosa para a elaboração de planos de cuidados que efetivamente preparam os indivíduos para a transição do cuidado após a alta hospitalar.

Foi questionado aos participantes quais são as suas atribuições no processo de AHQ, segundo o seu entendimento, sendo possível estabelecer quatro categorias: “Construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós alta”, “Gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar”, “Conhecer o contexto social como garantia do trabalho” e “Garantia do mínimo de dispositivos” (Quadro 5).

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 5, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 5 - Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
<p align="center">Construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós alta</p>	<p align="center">11 (73,33%)</p>	<p>“[...] eu creio que é você orientar esse paciente [...]”</p>	<p>“Bom, eu como enfermeiro, a minha participação nisso eu creio que é você orientar esse paciente da forma que ele tenha mais dúvida ou o cuidador primário que vai cuidar deles.” (P1)</p>
		<p>“[...]educar o cuidador principal [...]”</p>	<p>“Treinar a família e educar o cuidador principal de imediato.” (P2)</p>
		<p>“[...] uma alta segura é a orientação [...]”</p>	<p>“Como farmacêutica clínica, né, o nosso papel para que esse paciente tenha uma alta qualificada, uma alta segura é a orientação sobre o uso de medicamentos nos horários estabelecidos.” (P3)</p>
		<p>“[...] orientar o horário de tomar [...]”</p>	<p>“Então, a gente pode ajudar o paciente a auxiliar nessa parte, pegando o receituário de alta do paciente, orientar o horário de tomar algumas medicações, certos horários, se o paciente faz uso de sonda e como é feita a administração dessa medicação por sonda.” (P4)</p>
		<p>“[...] orientar essa família [...]”</p>	<p>“Se for um paciente em uso de oxigenoterapia, orientar essa família, ofertar toda essa disponibilidade para fornecer informações e treinar esse familiar, como usar os suportes que o paciente irá sair usando.” (P6)</p>
		<p>“[...] dou orientações de alimentação [...]”</p>	<p>“Se eu consigo reabilitar esse paciente no hospital, dou orientações de alimentação por via oral em casa, para que siga orientações básicas mesmo.” (P7)</p>
		<p>“[...] ter todas as orientações [...]”</p>	<p>“Como eu sou nutricionista, da parte nutricional, tanto dieta por via oral quanto suplemento, dieta enteral, ter todas as orientações com relação, por exemplo, a alimentação via oral, qual alimento que pode ou não pode comer.” (P10)</p>
		<p>“[...] orientar sobre a alimentação em casa [...]”</p>	<p>“Conversar com o paciente ou com o cuidador sobre a alimentação, orientar sobre a alimentação em casa, ou se for sonda, a dieta da sonda.” (P11)</p>
		<p>“[...] compreender se a família está conseguindo associar as informações médicas [...]”</p>	<p>“Eu acredito que seria compreender associar as informações médicas, se eles estão compreendendo, também, qual vai ser os cuidados que eles vão ter depois dessa desospitalização e como que eles vão se organizar, como a gente vai alinhar, com a equipe, essa rede de apoio externa.” (P12)</p>

		“[...] trabalhamos muito a compreensão desse paciente, dessa família [...]”	“Enquanto psicóloga, nós trabalhamos muito a compreensão desse paciente, dessas famílias, se eles estão integrados aos cuidados necessários para ter essa alta, segura e qualificada, vamos dizer assim.” (P13)
		“[...] planejamos em conjunto com a família, com o cuidador, com o paciente [...]”	“Nós entendemos o contexto social, como é estruturado essa família, a renda do paciente, os vínculos familiares, e, a partir daí, a gente discute o caso com os membros da equipe multi e planejamos, em conjunto com a família, com o cuidador e com o paciente.” (P15)
Gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar	2 (13,33%)	“[...], mas talvez gerenciando um pouco esse papel [...]”	“Não só vindo de mim, mas, talvez, gerenciando um pouco esse papel, esse processo de como se dará essa alta, quais são as demandas, e, eu acho, que é mais digerir o processo e acionar os membros da equipe.” (P8)
		“[...] orientar os colegas de indicações e, também, ter a conversa com as outras equipes [...]”	“Primeiro, deixar bem esclarecido o quadro clínico da internação, aquilo que foi feito, muito bem descrito isso na ficha de alta, muito bem orientado, não so para o paciente, como para a família, cuidadores responsáveis, receitas de medicações que vão ser usadas, e orientar os colegas de indicações, e, também, ter a conversa com as outras equipes para o resto de orientações que eu não tenho tanta propriedade para falar.” (P9)
Conhecer o contexto social como garantia do trabalho	1 (6,66%)	“[...] o conhecimento de todo o contexto social [...]”	“Então, a gente faz esse acolhimento dos familiares, o conhecimento de todo o contexto social, discutindo junto com a equipe médica, com toda uma equipe multi, dependendo de como está a dependência do paciente de cuidados, para que, assim, a gente consiga garantir o nosso trabalho.” (P14)
Garantia do mínimo de dispositivos	1 (6,66%)	“[...] tem a alta com o mínimo de dispositivos possível [...]”	“Eu tentar fazer com que o paciente tenha alta com o mínimo de dispositivo possível para respirar, ou para manter um padrão respiratório satisfatório.” (P5)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Através das respostas, tornou-se possível inferir que, para a maioria dos entrevistados (73,33% dos participantes), a construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós-alta caracteriza sua principal atribuição frente ao processo de Alta Hospitalar Qualificada (AHQ).

As orientações de alta devem assumir um papel central na prestação de cuidados aos pacientes, pois reduzem a ansiedade, melhoram a adesão ao plano terapêutico e, conseqüentemente, as condições de saúde. Além disso, possibilitam uma melhor utilização dos serviços de saúde e podem aumentar a satisfação dos pacientes (Reis *et al.*, 2013).

Entretanto, apesar de as orientações de alta hospitalar serem vitais para que o paciente administre seus próprios cuidados fora do hospital, é imprescindível que ele as compreenda de maneira satisfatória. A falta de compreensão das orientações de alta está associada a menor adesão aos cuidados e a uma maior chance de insucesso no tratamento (Albrecht *et al.*, 2014). Os resultados do estudo de Martins *et al.* (2015) evidenciaram falta de clareza nas informações recebidas durante a alta hospitalar, indicando falhas de comunicação entre a equipe e o paciente.

De acordo com Reis *et al.* (2013), dentre as intervenções sugeridas para melhorar a compreensão dos pacientes, a mais simples é a instrução de alta verbal e escrita, contendo informações específicas do diagnóstico e acompanhamento. Os profissionais da equipe multidisciplinar responsáveis pela alta devem levar em consideração a comunicação das informações principais, a verificação da compreensão e a identificação de tópicos confusos ou de difícil compreensão.

A preocupação com a alta hospitalar e a continuidade do cuidado foi abordada anteriormente e comprovada por documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, tais como as portarias nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012; nº 963, de 27 de maio de 2013. A portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, define alta responsável como a transferência do cuidado realizado por profissionais da área da saúde, no período de hospitalização, para o próprio paciente e seus familiares/cuidadores. De acordo com o artigo 16, inclui ações que visam a “orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado” (Brasil, 2013).

Portanto, as orientações da equipe multidisciplinar são primordiais para que os cuidados ao paciente fora do hospital sejam realizados de forma adequada, de acordo com suas necessidades, preservando, assim, seu estado clínico. Essas orientações contribuem significativamente para o processo de recuperação do paciente, diminuindo os riscos e prevenindo reinternações (Cieto *et al.*, 2014).

Para dois participantes, representando 26,66% do total, o gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar é a principal atribuição para o desenvolvimento de suas funções. A PNH destaca que os trabalhadores e gestores devem formar um pacto de corresponsabilidade e propõe como diretriz a cogestão, um modelo centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva, em espaços coletivos que garantam que o poder seja compartilhado, percebendo a gestão não

como um campo de ação exclusiva de especialistas, mas considerando que todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde, fazem gestão (Brasil, 2009b).

Já para um participante, correspondente a 6,66% dos entrevistados, conhecer o contexto social do paciente e garantir o mínimo de dispositivos necessários foram citados como atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada (AHQ). O processo de alta hospitalar, inicia-se com a identificação do cuidador. Esta abordagem deve ser realizada pelo assistente social que em suas intervenções identifica o cuidador principal, comumente um membro da família, que é um cuidador informal, sem qualquer preparação ou formação técnica e/ou remuneração (Mendes; Miranda e Borges, 2010). Após identificar o cuidador, inicia-se o processo de conhecimento do contexto social e familiar do paciente, com vistas à equipe multidisciplinar iniciar o processo de orientação para a habilitação dos cuidados domiciliares; propiciando a ele, que se sinta seguro no momento da alta, preparando-os para procedimentos desde básicos até os mais complexos, a fim de proporcionar bem-estar para o paciente, mesmo após a desospitalização (Rocha Junior *et al.*, 2009).

Embora a AHQ seja uma necessidade reconhecida, observa-se nas respostas um desconhecimento sobre outras estratégias inovadoras para viabilizá-la. Destacam-se as tecnologias educacionais, como vídeos disponíveis em redes sociais, que figuram como estratégias eficazes para a educação em saúde. Nesse contexto,

o importante não é apenas fazer uso do recurso, mas saber o que fazer com a infinidade de informações presentes na internet, distinguir informações de qualidade e transformar essas informações para a construção do conhecimento (Flores, 2018, p.10).

Os dispositivos móveis e as mídias digitais estão presentes no cotidiano da maioria dos brasileiros e são amplamente discutidos por pesquisadores das áreas de tecnologia e educação devido ao seu grande potencial pedagógico. Segundo Flores (2018), os processos de aprendizagem são significativamente ampliados com os vídeos publicados e compartilhados por meio das redes sociais, que estão massivamente presentes no cotidiano de grande parte da população mundial.

Na sequência, os entrevistados foram questionados sobre como executam suas atribuições no processo de alta hospitalar (Quadro 6). De acordo com as respostas, foram construídas duas categorias: “Capacidade técnica operacional” e “Não observância de ações direcionadas à alta hospitalar”. A primeira categoria foi organizada em subcategorias, de acordo com o desempenho de cada disciplina em relação à sua operacionalização. As subcategorias são: a. instrumentalização em

enfermagem; b. instrumentalização em fisioterapia; c. instrumentalização em fonoaudiologia; d. instrumentalização em medicina; e. instrumentalização em nutrição; f. instrumentalização em psicologia; g. instrumentalização em assistência social.

A categoria Capacidade técnica operacional performou a quase totalidade dos participantes, 86,66% das respostas, mostrando que as disciplinas são detentoras de conhecimento técnico para o exercício de suas atividades, principalmente aquelas voltadas para o planejamento da alta na transição de cuidados.

Entretanto, chama a atenção que 2 profissionais, 13,33% do total, relatam não conseguir executar ações voltadas à construção da alta hospitalar, identificando como determinante para o problema o número reduzido de profissionais nessa categoria, muito embora entendam que são dotados de instrumentalização para o processo.

Quadro 6 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como executam suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Subcategoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Capacidade técnica operacional	Operacionalização em enfermagem	2 (13,33%)	“[...] se o paciente tem uma sonda, um curativo, é um paciente acamado [...]”	“Bom, as minhas atribuições como eu executo primeiro eu abordo o cuidador que vai ser o cuidador direto do paciente em casa e pergunto qual é a dificuldade, se o paciente tem uma sonda, um curativo, é um paciente acamado. [...] eu tenho dificuldade em dar banho no leito, eu posso dar banho no chuveiro?” (P1)
			“[...] se for uma sonda, um curativo, um banho, uma mudança de decúbito, um andar em casa [...]”	“Após todo esse acolhimento, eu explico como será o trabalho no domicílio, se for uma sonda, um curativo, um banho, uma mudança de decúbito, um andar em casa, eu proponho para a família executar.” (P2)
	Operacionalização em fisioterapia	2 (13,33%)	“[...] mobilizar aquele paciente da cama, conseguir fazer com que ele sente à beira do leito, sente na poltrona ou fique em pé [...]”	“Meu primeiro pensamento é conseguir mobilizar aquele paciente da cama, conseguir fazer com que ele sente à beira do leito, sente na poltrona ou fique em pé. Eu gosto de colocar o paciente para ficar de pé, para andar e isso eu consigo trabalhar força e equilíbrio, deambulação, ida ao banheiro, escovar os dentes em pé na beira da pia, enfim, chegando na enfermaria gosto de levar para a deambulação, a gente traz caneleiras, a gente traz teraband e todo esse arsenal para trabalhar a força. E, fazendo tudo isso, eu acabo trabalhando a parte respiratória também.” (P5)
			“[...] como que eu posso fazer esse suporte pulmonar [...]”	“Paciente saiu daqui no uso de oxigenoterapia, nós vamos, então, orientar essa família a compra de um oxímetro, o ideal de uma saturação para esse paciente de acordo com a sua doença, o tanto de oxigênio, a dosagem desse oxigênio. Se for um paciente traqueostomizado, que usa um BIPAP, vou, então, passar essas informações de como manusear um BIPAP, como que faz uma aspiração, como que eu posso fazer esse suporte pulmonar.” (P6)
Operacionalização em fonoaudiologia	1 (6,66%)	“[...] qual a condição dele de alimentação [...]”	“Então, faço um relatório com orientação sobre a alimentação do paciente, como ele está recebendo essa alta, qual a condição dele de alimentação por via oral, se está seguro ou não. Se não, converso com a nutricionista	

				para ela orientar sobre a questão da sonda e a quantidade de alimento por sonda. Se sim, consegue comer por via oral, qual a consistência, como que ele pode comer e quanto ele pode comer e oriento se precisa ou não fazer acompanhamento com fono.” (P7)
	Operacionalização em medicina	2 (13,33%)	“[...] a minha atribuição, eu levanto, aciono a equipe, me certifico que de que isso foi feito e que isso está redondo e encaminhado [...]”	“Vou levantar quais são as demandas e o que ele vai precisar para o seguimento. Dando um exemplo do que a gente tem aqui: precisa de seguimento nutricional de dieta? da questão social? da questão psicológica? seguimento na rede? encaminhamento para serviço de especialidade? Então, a minha atribuição, eu levanto, aciono a equipe, me certifico que de que isso foi feito e que isso está redondo e encaminhado, oriento o paciente, verifico se ele entendeu o processo e, daí, forneço as documentações e faço os encaminhamentos que são pertinentes.” (P8)
			“[...] tudo que eu estou entregando de papel, as receitas, explicar as medicações, isso tanto para o familiar, quanto para o paciente [...]”	“No dia da alta, buscar o familiar mais próximo que veio acompanhando todo o quadro clínico, explicar e perguntar se ele tem dúvidas, deixá-lo falar em caso de alguma dúvida e, mostrar, na hora da alta, mostrar tudo que eu estou entregando de papel, as receitas, explicar as medicações, isso tanto para o familiar, quanto para o paciente.” (P9)
	Operacionalização em nutrição	2 (13,33%)	“[...] vendo se no dia da alta vai conseguir tirar essa sonda ou não, se vai precisar de suplemento ou não [...]”	“Bom, quando a paciente interna, a gente faz a triagem, tudo já começa na internação e já vê o risco nutricional. E aí, já vai conforme vai evoluindo e vai acompanhando diariamente a evolução dele e já fazendo previsões. Então, por exemplo, durante a internação passa uma sonda e a gente já tem que meio que ver se o paciente tem previsão de alta em breve, se ele vai ter condições de tirar essa sonda ou não. E aí, tem toda aquela jogada da equipe multi para ajudar a gente já fazer todo esse processo antes do dia efetivo da alta. Então, a gente já acompanha com a cabeça lá na frente, vendo se no dia da alta vai conseguir tirar essa sonda ou não, se vai precisar de suplemento ou não, já precaver a família e já ir orientando dando tempo de ele se prepararem para casa antes do dia efetivo da alta.” (P10)

			“[...] e começo a explicar sobre a dieta [...]”	“Primeiro eu vejo se o paciente tem previsão de alta, já está em acompanhamento nutricional. Assim que eu sei a previsão, eu converso com o paciente se tiver condições, converso com quem está próximo, acompanhante e começo a explicar sobre a dieta, vamos supor que seja por sonda, já começo a orientar. Orientar, também, como vai funcionar a compra desses insumos, da dieta em si. Com a dieta por via oral, como que vai fazer, se alguma dieta específica em casa? Entrego o papel para a orientação.” (P11)
	Operacionalização em psicologia	2 (13,33%)	“[...] ir trabalhando com eles os sentimentos envolvidos nessa situação [...]”	“Então, a primeira parte é eu ir até o quarto e levantar com a família, no caso se for um paciente bem limitado de suas condições clínicas, compreender qual que é a dinâmica familiar, qual que seria a rede de apoio desse paciente, como que eles estão estruturando esses cuidados para ir para casa? E aí, a partir de então, ir trabalhando com eles os sentimentos envolvidos nessa situação e aí, levantar algumas dúvidas que podem estar surgindo ao longo do processo, né, dessa desospitalização, deste trabalho e trazer para a equipe para que essas dúvidas possam ser esclarecidas. E aí, a partir de então, eles possam ir mais tranquilos e seguros para casa.” (P12)
			“[...] a gente vai trabalhando todo esse estado emocional que teve, com certeza, alterações em todo esse processo de adoecimento [...]”	“Olha, a gente faz o atendimento tanto do paciente, para avaliar como que ele está integrado nesse processo de hospitalização e de mudanças tão grandes na vida dele. Ele vai nos trazendo toda essa história de vida dele, desde quando ele começou esse adoecimento até agora nesse ambiente hospitalar. Se ele tiver que ser transferido, seja para um leito de longa permanência e tudo mais, a gente vai embasando-o como que vamos ser esses cuidados e a gente vai trabalhando todo esse estado emocional que teve, com certeza, alterações em todo esse processo de adoecimento. E junto a isso, sempre, a família e como ela também dá esse suporte para esse paciente enfrentar todo esse adoecimento.” (P13)
	Operacionalização em assistência social	2 (13,33%)	“[...] fazer os encaminhamentos para o terceiro setor, para TRS, dieta enteral, processo de fralda, equipamentos no caso	“A gente faz uma conferência familiar junto com a equipe médica, junto com a equipe multi também, sempre discutindo o caso com a equipe da enfermagem para que todo mundo consiga compreender o contexto social, e, a

			de locomoção, cama hospitalar e fralda também [...]”	partir daí, fazer os encaminhamentos para o terceiro setor, pra TRS, dieta enteral, processo de fralda, equipamentos no caso de locomoção, cama hospitalar e fralda também.” (P14)
			“[...] a gente pensa em conjunto com a família o destino adequado, se tem que estruturar esse domicílio para receber, a gente faz as orientações sobre os equipamentos, sobre o que cada município oferece para auxiliar essa família e discute os casos com os membros da equipe [...]”	“Tudo começa em visitar o leito, a gente acolhe o paciente, quando ele tem condições para isso, a família ou o cuidador. E a gente entende mesmo esse contexto social e a gente realiza um estudo social. A partir daí, cada paciente vai ter a sua particularidade, a gente pensa em conjunto com a família o destino adequado, se tem que estruturar esse domicílio para receber, a gente faz as orientações sobre os equipamentos, sobre o que cada município oferece para auxiliar essa família e discute os casos com os membros da equipe, para começar mesmo a formalização dos encaminhamentos, os processos e das orientações.” (P15)
Não observância de ações direcionadas à alta hospitalar	-	2 (13,33%)	“[...] a gente não faz a orientação de alta [...]”	“Hoje, na Beneficência Portuguesa, a gente não faz a orientação de alta, né, devido um quadro de farmacêuticos reduzidos aqui na instituição” (P3)
			“[...] a gente não tem ainda esse processo [...]”	“Aqui na Benê, a gente não tem ainda esse processo, até por conta do nosso quadro de farmacêuticos. A gente não consegue atender essa demanda, né? Mas seria essencial, com certeza, principalmente para não ter a reinternação do paciente. A gente vê muitas vezes que o paciente reinterna por uso inadequado de medicação, que não adapta, que não adere ao tratamento medicamentoso. Só que aqui a gente ainda não consegue fazer esse trabalho, que é um trabalho essencial, por conta da demanda mesmo.” (P4)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Assim, foi possível inferir que as disciplinas envolvidas na elaboração da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ) na instituição estudada possuem o conhecimento técnico e a aplicabilidade de suas funções e intervenções. Elas buscam o atendimento integral do usuário e da família, considerando as interações na construção de redes internas que envolvem os diferentes saberes necessários para a construção e implementação desse cuidado.

O cuidado integral do usuário com uma abordagem biopsicossocial valoriza a mudança do paradigma hospitalocêntrico, que é centrado no médico. Nesse contexto, é crucial que a equipe multidisciplinar participe ativamente do processo de cuidado, conduzindo-o de forma humana e responsável. Essa constituição é complexa, pois exige uma mudança paradigmática de um pensamento linear e fragmentado para a integração de diversos saberes na formação do cuidado sob uma ótica multiprofissional (Brasil, 2012).

Faz-se necessário que a equipe tenha critérios clínicos bem definidos para a utilização dos recursos de cada disciplina na elaboração de uma alta segura desde o início da internação. Essa situação cria o vínculo e a confiança necessários para as pactuações exigidas pelas diferentes necessidades identificadas (Brasil, 2012).

No entanto, 2 participantes, caracterizando 13,33% do total de entrevistados, não observam no exercício de suas atividades dentro do hospital, possibilidades de ações direcionadas à alta hospitalar qualificada. Nessa perspectiva, diante dos inúmeros obstáculos que se apresentam para a assistência à saúde, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes e, principalmente, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular. (Deslandes, 2005).

Quando perguntado aos participantes se no exercício de suas atividades diárias eles acham que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada, justificando sua resposta, organizaram-se 03 categorias: “Acredita existir interação”; “Acredita não existir interação” e “Acredita em uma interação moderada” (Quadro 7); evidenciando-se o predomínio de 11 (73,33%) participantes que “Acredita existir interação”.

Constatou-se que para 11 (73,33%) participantes há percepção da existência de interação e articulação entre as disciplinas no processo de planejamento da alta hospitalar. Entretanto, essa interação entre as disciplinas não ocorreu ou se dá um pouco de interação, não é satisfatória, o que foi caracterizado por moderada interação para outros 2 (13,33%) participantes, cada citação.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 7, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidades de registro e Unidades de Contexto.

Quadro 7– Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando a interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Acredita existir interação	11 (73,33%)	“[...] eu acredito sim que tem [...]”	“Eu acredito sim, que tem interação com a equipe multidisciplinar no processo da alta qualificada.” (P3)
		“[...] eu vejo muita interação [...]”	“Então eu vejo muita interação aqui na Bene em relação a isso.” (P4)
		“[...] aqui no hospital isso acontece [...]”	“Então, eu gosto muito dessa interação na minha conduta e na minha atividade profissional, no meu dia a dia, aqui no hospital isso acontece” (P5)
		“[...] a gente consegue conversar muito bem [...]”	“A fisioterapia consegue ter esse acesso a todo mundo, a gente consegue conversar muito bem.” (P6)
		“[...] acredito que sim [...]”	“Sim, acredito que sim. A gente sempre está discutindo a conduta do paciente diariamente.” (P7)
		“[...] aqui eu acredito que a gente consegue sim[...]”	“Aqui eu acredito que a gente consegue sim. A gente consegue bem articular com as equipes tanto de outras especialidades médicas, quanto de outras especialidades em saúde. Acredito que a comunicação é bem horizontal.” (P8)
		“[...] eu acho que sim [...]”	“Eu acho que sim. E eu sempre busco essa interação, porque não depende só de mim as orientações de alta e os cuidados que vão ter depois da internação.” (P9)
		“[...] sim, porque as equipes estão mais interligadas [...]”	“Sim, porque as equipes estão mais interligadas, está havendo mais conversa e mais discussão do caso.” (P11)
		“[...] então, eu acredito que sim [...]”	“Então, eu acredito que sim, que vem melhorando bastante, que há esse diálogo entre todos.” (P12)
		“[...] equipe está muito engajada [...]”	“Sim eu acredito que a instituição, a nossa instituição, o nosso hospital de uns anos para cá teve muitas mudanças no processo de alta. Então a equipe está muito engajada nesses cuidados.” (P13)
Acredita não existir interação	2 (13,33%)	“[...] a gente tem muito que melhorar ainda [...]”	“A gente tem muito que melhorar ainda, porque muitos não entendem o que é uma alta qualificada.” (P2)
		“[...] não é uma coisa muito bem estabelecida [...]”	“Da área médica eu sinto muitas dificuldades, não é uma coisa muito bem estabelecida.” (P10)

Acredita em uma interação moderada	2 (13,33%)	“[...] eu acredito que sim e não [...]”	“Olha, eu acredito que sim e não. Então tem às vezes a dificuldade de comunicação sim, e às vezes é eficaz também, dependendo da equipe que você pega.” (P1)
		“[...] acredito que a gente tem um meio termo [...]”	“Acredito que é um meio termo. E são poucos os casos que dão para contar nos dedos durante o ano em que o restante da equipe chega a conversar com a gente a respeito do caso do paciente para discutir essa alta.” (P14)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Como é sabido, a ação interdisciplinar é fundamentada na criação de espaços que acolham as diferentes disciplinas e na construção de abordagens que unam diferentes saberes e práticas. A articulação entre esses saberes caracteriza o trabalho interdisciplinar; sem essa ação, o trabalho tende a ser apenas multidisciplinar, fragmentado e desarticulado do cuidado (Puppim e Sabóia, 2017).

Dessa forma, foi possível inferir que a equipe multidisciplinar responsável pela elaboração da alta hospitalar encontra, na instituição estudada, um ambiente de fácil comunicação, respeito às diferentes visões e a percepção da ruptura do modelo biomédico tradicional, garantindo harmonia entre as equipes na tomada de decisões. Segue, portanto, um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta na premissa de atenção integral à saúde, que reconhece a validade dos diferentes profissionais e saberes relacionados à saúde humana. Fica claro o entendimento dos profissionais da superação dos antigos modelos organizacionais, que resultavam em efeitos adversos para os indivíduos e para a prestação de cuidados, alcançando as novas concepções, que foram desenvolvidas para promover processos de integração e interação entre os profissionais, como a Política Nacional de Humanização (PNH) (Pasche, 2011).

Mas, também foi inferido que 2 participantes, 13,33% do total, acreditam na inexistência de interação da equipe multidisciplinar na elaboração da AHQ; e ainda, para outros 2 participantes, essa interação ocorre de modo insatisfatório. A diversificação da equipe de saúde em ambiente hospitalar, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca

cuidados de saúde, e na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações. Para solucionar esse impasse, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados no trabalho (Matos e Pires, 2009)

As categorias profissionais que compõem a equipe de alta qualificada na instituição Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto compreendem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogo. Perguntado aos participantes quais profissionais são responsáveis pela AHQ, as respostas foram categorizadas em relação à quantidade de profissionais reconhecidos para essa atividade, evidenciando-se 5 categorias: “Reconheceram 3 disciplinas”; “Reconheceram 4 disciplinas”; “Reconheceram 5 disciplinas”; “Reconheceram 6 disciplinas”; “Reconheceram 7 disciplinas” (Quadro 8).

As equipes multidisciplinares são aquelas formadas por profissionais com diferentes perfis e habilidades. Esse grupo reúne várias formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis interpessoais, o que ajuda a alcançar resultados de forma mais assertiva e segura. Portanto, o reconhecimento de todos os elementos que compõem a equipe é de extrema importância para aumentar a eficiência e o engajamento de todos os envolvidos na alta hospitalar qualificada.

Assim, foi possível inferir que nenhum participante foi capaz de identificar todas as categorias profissionais que integram a equipe multidisciplinar envolvida no processo de alta hospitalar na instituição estudada. Apenas 1 participante, 6,66% do total, reconheceu 7 disciplinas das 8 que compõem a equipe multidisciplinar e observa-se que houve predomínio das categorias “reconheceram 5 disciplinas” e “reconheceram 6 disciplinas”, por 5 (33,33%) participantes, cada; 3 participantes (20%) reconheceram 4 disciplinas, e somente 1 (6,66%) reconheceu que 3 disciplinas são responsáveis pela AHQ.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 8, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 8 – Distribuição das Categorias das entrevistas, de acordo com as respostas de quais profissionais são responsáveis pela AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Reconheceram 3 disciplinas	1 (6,66%)	“[...] equipe médica... a enfermagem... a nutricionista [...]”	“Começa pela equipe médica que faz toda a orientação para esse paciente que fornece uma receita médica com todos os medicamentos, com os cuidados que esse paciente tem que ter. A enfermagem que faz orientação para o cuidador, para o paciente, como ele deve fazer a continuidade desse tratamento nos pós alta, a nutrição também se esse paciente está indo embora usando uma sonda, se esse paciente precisa de uma nutrição diferenciada.” (P3)
Reconheceram 4 disciplinas	3 (13,33%)	“[...] a enfermagem, a equipe médica, a nutricionista, o serviço social [...]”	De imediato, tem que ter a enfermagem, a equipe médica, a nutricionista, o serviço social.” (P2)
		“[...] enfermagem, nutrição, serviço social, medicina [...]”	“Enfermagem, nutrição, serviço social, medicina.” (P6)
		“[...] psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social [...]”	“Tanto que aqui posso citar exemplos de alta de pacientes com alta demanda de cuidados que são envolvidos psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e com as outras.” (P8)
Reconheceram 5 disciplinas	5 (33,33%)	“[...] nutrição, psicologia, equipe médica, enfermagem, serviço social [...]”	“Olha, eu acho que todos os profissionais, incluindo nutrição, psicologia, equipe médica, enfermagem, serviço social, eu acho que todas essas equipes fazem parte da alta qualificada do paciente, porque é importante todos eles.” (P1)
		“[...] tanto médica, como da enfermagem, fisioterapia... nutrição, farmácia [...]”	“Acho que toda a equipe multi como um todo, porque o paciente precisa de um cuidado, de uma orientação, tanto médica, como de enfermagem, fisioterapia, dependendo do quadro do paciente, nutrição, farmácia, enfim, acho que é um como um todo mesmo.” (P4)
		“[...] fisioterapia, nutricionista, serviço social... psicologia... equipe médica [...]”	“Fisioterapia, nutricionista, serviço social de extrema importância, psicologia para fazer todo esse suporte emocional, equipe médica, todos da equipe multidisciplinar.” (P13)
		“[...] nutrição... serviço social... equipe médica... fisioterapia... enfermagem [...]”	“Mas se for um paciente mais demandante, aí sim, vamos supor uma sonda nasoesofágica, a nutrição, a gente do serviço social para encaminhar, a equipe médica para poder fazer os relatórios, encaminhamentos, orientações, explicar o prognóstico da doença, fisioterapeuta quando necessário, pacientes com BIPAP, com traqueostomia para poder fazer a aspiração, a enfermagem para os

			cuidados diários, troca de fralda, banho no leito, todos os cuidados gerais do paciente.” (P14)
		“[...] equipe médica, equipe de enfermagem, a nutrição, o fisioterapeuta, a fono [...]”	“A equipe médica, equipe de enfermagem, a nutrição, o fisioterapeuta, a fono, a gente discutindo alguns casos com ela.” (P15)
Reconheceram 6 disciplinas apenas	5 (33,33%)	“[...] o médico... fisio, nutrição, assistente social... enfermeira... psicologia [...]”	“O médico, acredito que em primeiro lugar, a gente fisio, nutrição, assistente social aqui que a gente tem uma demanda grande do SUS, a enfermeira, e a psicologia, claro.” (P5)
		“[...] médico, fisio, fono, assistente social, enfermagem, nutricionista[...]”	“Toda a equipe, médico, fisio, fono, assistente social, enfermagem, nutricionista.” (P7)
		“[...] equipe médica... nutrição, psicologia, enfermagem... fisioterapia... serviço social [...]”	“Pensando que o paciente está para uma equipe médica primeiramente, mas em conjunto, mas a gente precisa de um aval de um apoio do serviço de nutrição, psicologia, da enfermagem, que são muitos cuidados de alta da parte deles, fisioterapia, e muitos pacientes que têm demandas sociais que a gente precisa de um auxílio do serviço social.” (P9)
		“[...] assistente social, o psicólogo... fisioterapeuta, a nutricionista, o médico, a enfermagem [...]”	“Todos os que tem uma equipe inteira, assistente social, o psicólogo, também é o fisioterapeuta, a nutricionista, o médico, a enfermagem.” (P10)
		“[...] médico, enfermeiro, serviço social, nutrição, fisio e psicologia [...]”	“Médico, enfermeiro, serviço social, nutrição, fisio e psicologia.” (P11)
Reconheceram 7 disciplinas apenas	1 (6,66%)	“[...] equipe médica, a fisioterapia, a enfermagem, a psicologia, a nutrição e o serviço social... fono [...]”	“Eu acredito que todos a equipe médica, a fisioterapia, a enfermagem, a psicologia, a nutrição e o serviço social, que inclui muito, se for necessário a questão da fono, que está muito interligado com a nutrição também.” (P12)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

A atuação em equipe multidisciplinar constitui-se em um exercício diário, em um processo de aprendizado individual e coletivo e, principalmente, em uma prática repleta de significados e intencionalidades. Não basta inserir-se em uma equipe denominada multidisciplinar para que essa prática se efetive. Muito pelo contrário, o imprescindível é o reconhecimento de seus diversos atores e a manutenção da postura multidisciplinar - que prima pelo reconhecimento da necessidade de complementação entre os saberes, pela percepção da impossibilidade de cada área dar conta do todo, pela crença de que é na riqueza dos diversos olhares que podemos obter a visão integral dos pacientes e da família; reconhecendo que por meio do consenso que verdadeiramente chegamos o mais próximo possível da atuação ideal (Andrade, 2019).

Ao participante ainda foi indagada a sua percepção quanto a como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da AHQ e foi possível estabelecer duas categorias: “Reunião interdisciplinar como instrumento de construção de alta qualificada” e “Inexistência de interação multidisciplinar para a construção de alta qualificada” (Quadro 9).

O entendimento da reunião semanal da equipe multidisciplinar como a principal ferramenta para o exercício da interação entre as equipes na construção da alta hospitalar qualificada foi mencionado por 12 participantes, caracterizando 80% das respostas; entretanto, 3 participantes (20%) do total, não veem interação entre a equipe para o planejamento da alta.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 9, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 9 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes relativas à percepção quanto a como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
<p align="center">Reunião interdisciplinar como instrumento de construção da alta qualificada</p>	<p align="center">12 (80%)</p>	<p>“[...] das reuniões que faz a discussão da melhor forma [...]”</p>	<p>“Inclusive a gente tem reuniões, né, das reuniões que faz a discussão da melhor forma dessa alta qualificada do paciente.” (P1)</p>
		<p>“[...] nós temos as reuniões [...]”</p>	<p>“Nós temos, né, as reuniões com a equipe.” (P3)</p>
		<p>“[...] a nossa reunião multidisciplinar [...]”</p>	<p>“O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde.” (P4)</p>
		<p>“[...] às vezes a gente gasta tempo na reunião [...]”</p>	<p>“Às vezes a gente gasta tempo na reunião que a gente podia estar atendendo, as vezes gasta, às vezes a gente fica aflita porque tem um monte de coisas para fazer. Mas eu acho que se não fosse isso, a gente, ou seguraria o paciente aqui tendo condições de alta, ou, daria uma alta precoce sem a família ter condições de receber o paciente em casa.” (P5)</p>
		<p>“[...] então, a reunião multidisciplinar, eu acho, ela é essencial [...]”</p>	<p>“Vou pegar o que a gente faz aqui, nós fazemos a reunião multidisciplinar, ali abordado, cada um dá o seu ponto de vista, cada um vai falando da sua área, e é muito bom e interessante porque todo mundo chega num consenso. Engloba tudo, né? De pensar no pequenininho, até o grande. E a gente consegue essa conversa. Então, a reunião multidisciplinar, eu acho, ela é essencial.” (6)</p>
		<p>“[...] então a gente tem a reunião de pacientes de alta demanda de cuidados [...]”</p>	<p>“Então a gente tem a reunião de pacientes de alta demanda de cuidados, ou pacientes em planejamento de alta, tem a reunião da equipe multidisciplinar nisso. Não é só o diálogo, mas é traçado um plano por escrito. A gente tem um plano terapêutico, com metas, com atribuições de cada membro da equipe, inclusive prazos. Então, cada membro da equipe dá o seu parecer.” (P8)</p>
		<p>“[...] uma conversa entre os profissionais [...]”</p>	<p>“Uma conversa entre os profissionais, conversa direta, avaliação do paciente em conjunto, e não só um falando separadamente para o outro, interagindo. Toda a equipe, cada um dá o seu ponto de vista e a contribuição para ele planejar uma alta.” (P9)</p>

		<p>“[...] sentamos, discutimos o caso [...]”</p>	<p>“Em discussão do caso, sentamos, discutimos o caso. Colocamos, né? Cada um fala da sua parte e assim a gente consegue montar, preparar para uma data que a gente consiga todos ter dado as orientações necessárias.” (P11)</p>
		<p>“[...] aqui na Bene nós temos a reunião semanal [...]”</p>	<p>“Hoje aqui no hospital, aqui na Bene nós temos a reunião semanal, né? Que é feito com todos os membros da equipe que conseguem participar.” (P12)</p>
		<p>“[...] eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica [...]”</p>	<p>“Eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica de como que vai evoluir nesses processos de alta e dando todo o seu parecer, e o seu, complementando com a sua experiência profissional. E aí, junto a isso a gente complementa né? Como um todo e trabalha o paciente como um todo, né.” (P13)</p>
		<p>“[...] as reuniões de terça feira que acontecem no hospital [...]”</p>	<p>“Bom, as reuniões de terça feira que acontecem no hospital, que a equipe toda está participando, da psico, serviço social, nutrição, farmácia, todo mundo de fato e consegue elaborar em pacientes específicos.” (P14)</p>
		<p>“[...] membros da equipe multidisciplinar participam para discutir [...]”</p>	<p>“Tem as discussões de caso com a equipe da clínica médica para os pacientes que tenham alta complexidade dos cuidados, onde os membros da equipe multidisciplinar participam para discutir esses casos e as demais especialidades.” (P15)</p>
<p>Inexistência de interação multidisciplinar para a construção de alta qualificada</p>	<p>3 (20%)</p>	<p>“[...] porque muitos chegam a dar alta e não explicam [...]”</p>	<p>“Porque muitos chegam a dar alta e não explicam, não acolhem a família, não sabem se essa família realmente tem condições financeiras e psicológica para receber esse enfermo na sua casa.” (P2)</p>
		<p>“[...] aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática [...]”</p>	<p>“E aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática, não consegue um protocolo, né? Mas que eu entendo, a gente discute o caso, paciente indo de alta, para onde ele está indo? Está indo para outro hospital, está indo para casa? O que cada um pode orientar? Qual a parte de cada um nesse processo?” (P7)</p>
		<p>“[...] atualmente o que ocorre é que eu falo com o médico, aí o médico fala com assistente social, e ele, meio de ponte, fica meio perdido. Às vezes eu tenho que ir atrás de assistente social, que o médico me falou que a assistente social falou. Fica uma coisa meio complicada, mas acho que o ideal seria isso, aquela roda onde todos estão juntos e já falam do mesmo paciente, coloca</p>	<p>“O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde.” (P10)</p>

		cada um nas suas metas, e cada um faz a sua parte ali. [...]"	
--	--	---	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Embora a literatura científica cite outras ferramentas, descritas na fundamentação teórica, como os estudos de caso, prontuários coletivos, atendimento em conjunto e reuniões familiares, nenhum desses dispositivos foi relacionado pelos entrevistados. Com isso, é possível inferir que apenas as reuniões interdisciplinares são lembradas como facilitadoras para a troca de saberes e informações no planejamento da alta hospitalar qualificada na instituição estudada.

Segundo Andrade (2019), esse é o primeiro passo para uma ação efetivamente interdisciplinar. O autor ainda sustenta que, nessas reuniões, são imprescindíveis a linguagem comum e o vocabulário harmônico, pois só assim a comunicação se efetiva. Manter o jargão de cada área ou ater-se somente às discussões extremamente específicas que impossibilitam o entendimento e a participação de outras áreas envolvidas no atendimento inviabiliza o exercício interdisciplinar. Participar de uma ação interdisciplinar pressupõe manter uma postura condizente, caracterizada pelo reconhecimento de que cada área é parte de um grande todo, e de que cada saber necessita obrigatoriamente de complementação. A riqueza de uma atuação nessa perspectiva está justamente no fato de se poder entender a importância de cada saber, o fundamental em cada abordagem e as interfaces entre as áreas, de forma a construir um novo saber.

No entanto, para 3 participantes, caracterizando 20% dos entrevistados, não existe interação multidisciplinar para a construção da alta qualificada. Quando se fala em postura multidisciplinar, demonstra-se a necessidade de cada indivíduo estar disposto a ver sua atuação complementada, seu saber questionado e sua prática sempre explicada para os demais membros da equipe, que em muitos casos, não conhecem as especificidades de cada profissão. Por isso, a atuação em equipe organizada nesses moldes transcende o simples fato de se exercer uma prática em conjunto com outros profissionais, pois requer dos sujeitos envolvidos nesse processo a capacidade de aprendizado constante, de compartilhamento de saberes, bem como de análises conjuntas que desemboquem em decisões consensuais. Por isso, é necessário que o profissional tenha condições tanto de ouvir o outro, quanto de falar de sua prática, da metodologia utilizada, dos instrumentos, da teoria de base, bem como dos pressupostos ético-filosóficos que norteiam as ações de cada um (Andrade, 2019).

Da análise das respostas dos participantes com relação ao seu entendimento do processo de AHQ, ao considerar a segurança do paciente, após a alta hospitalar, surgiram 3 categorias: “Positiva”; “Negativa” e “Neutra” (Quadro 10)

Em seguida, a categoria “Positiva” foi subdividida em 5 subcategorias, elencadas de acordo com o motivo citado com maior frequência que determinou a garantia da segurança do paciente, após a alta hospitalar qualificada: a. Orientações necessárias; b. Reinternações; c. Estrutura fora do hospital; d. Recuperação da máxima funcionalidade; e. Redução do tempo de internação.

Observa-se que a categoria “Positiva” teve maior frequência de citações nas subcategorias: ‘Orientações necessárias’ e ‘Reinternações’, com 4 (26,66%), cada. Ainda se traduz dado relevante 1 (6,66%) citação na categoria ‘Negativa’.

Foi inferido, para grande maioria dos participantes, 12 (80%) participantes, que a alta hospitalar qualificada é garantidora de segurança e declararam ser segura quando há o envolvimento da equipe multidisciplinar no preparo dessa transição de cuidados.

Para esse grupo foram criadas subcategorias para compreender os motivos de a alta qualificada ser confiável para a segurança do paciente. Ficaram assim distribuídas: em igual percentual (26,66%), ou seja, 4 participantes entenderam que as orientações necessárias para os cuidados fora do hospital seriam a determinação da segurança e que a segurança vem da percepção na redução do número de reinternações precoces, cada. Também ocorre com o mesmo percentual 01 (6,66%) participante ao citar que a elaboração consciente de transição de cuidados em qualquer ponto das Redes de Atenção à Saúde, muito bem elaborada, como o grande determinador da segurança da alta e a tentativa de recuperação da máxima funcionalidade, buscando chegar o mais próximo possível do que o paciente era antes do período do internamento, seria capaz de garantir a segurança. Ainda 01 (6,66%) referiu que reduzir a exposição do paciente ao ambiente hospitalar, agilizando a saída do mesmo da instituição, aponta a segurança da alta hospitalar.

Também foi verificado um participante com resposta negativa, 6,66% dos entrevistados, relatando não observar segurança para os pacientes com a alta hospitalar. Outros 3 participantes, 20% do total, apresentaram uma resposta neutra, sem defini-la como segura ou não, entendendo que o processo é apenas realizado.

Quadro 10 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como entendem o processo de AHQ, ao considerarem a segurança do paciente, após a alta hospitalar. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Subcategoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Positiva	Orientações necessárias	4 (26,66%)	“[...] na minha visão é muito boa essa segurança [...]”	“Olha, na minha visão é muito boa essa segurança, porque eu vejo que o paciente vai para casa bem informado, né? Tanto o paciente quanto o acompanhante, o cuidador direto, eles vão para casa muito bem informados. Então, eu creio que essa segurança que eles têm é muito boa, porque não é em todo lugar que você dá alta para paciente e tem essa discussão de como será que esse paciente será tratado em casa, né?” (P1)
			“[...] com certeza o impacto é positivo [...]”	“Então, assim, com certeza, o impacto será positivo, porque a gente fez essas orientações, e eu acho que no final das contas esse cliente só tem a ganhar, né?” (P3)
			“[...] a alta que não foi dada da forma correta[...]”	“A alta que não foi dada da forma correta, ou que não foi assegurada que o paciente tenha compreendido, nas questões mínimas que você vê que o paciente não entendeu, e por isso não seguiu a terapêutica, ele não fez o seguimento, não fez o uso das medicações, enfim, isso impacta diretamente na saúde do paciente, que tem tudo a ver com a segurança enfim.” (P8)
			“[...] eu acredito sim que eles têm uma alta segura [...]”	“Eu acredito que esclarecidos quanto a possíveis dúvidas, e esclarecidos quanto aos cuidados de medicação e de exercícios da parte da fisioterapia, de acompanhamento psicológico, bom dentre vários, eu acredito que eles têm sim uma alta segura, uma repercussão positiva em relação a isso.” (P12)
	Reinternações	4 (26,66%)	“[...] nós aumentamos a reinternação desses pacientes [...]”	“Então, se a gente não tiver uma alta qualificada, nós aumentamos a internação desses pacientes.” (P4)
			“[...] esse paciente não vai precisar voltar para o hospital por uma coisa pequena [...]”	“Esse paciente não vai precisar voltar para o hospital por uma coisa pequena. Esse paciente ele está com toda a segurança, e seus familiares tem aquele suporte, todo aquele apoio.” (P6)

			“[...] isso pode trazer reinternações [...]”	“E ele tem que ser bem conversado com a família, com o paciente e entre as equipes. Porque se entre as especialidades estiver faltando alguma coisa, alguma pendência vai ser algo mais inseguro. Isso pode trazer reinternações.” (P9)
			“[...] tem uma reinternação por conta de uma falta de orientação [...]”	“Fundamental para que ele não volte, porque às vezes, muitas, muitas vezes a alta tem uma reinternação por conta de uma falta de orientação, ou as vezes, por exemplo se tiver uma intercorrência, por acaso acontecer, aonde ir? O que fazer?” (P10)
	Estrutura fora do hospital	1 (6,66%)	“[...] a gente não vai conseguir mandar ele embora seguro [...]”	“Considerar como é esse paciente em casa, como é essa estrutura familiar, a rede de apoio desse paciente para a gente poder fazer da melhor forma possível, que ele vá com essa segurança, porque sem saber o que acontece depois e sem planejar com outras equipes de saúde do município, a gente não vai conseguir mandar ele embora seguro.” (P11)
	Recuperação da máxima funcionalidade	1 (6,66%)	“[...] quanto menos dispositivos invasivos e mais independência o paciente tem, mais segura é a alta dele [...]”	“Então, eu acho que quanto menos dispositivos invasivos e mais independência o paciente tem, mais segura é a alta dele. E eu acho que a gente foca aqui para chegar o mais próximo disso, para dar alta para o paciente dentro do que é possível.” (P5)
	Redução do tempo de internação	1 (6,66%)	“[...] percebe pela redução do tempo de internação [...]”	“A gente também percebe pela redução do tempo de internação aqui no hospital.” (P14)
Negativa	-	1 (6,66%)	“[...] não, não dá uma garantia, né? [...]”	“Não, não dá uma garantia, né? Acho que a gente confia, mas não sei, não tenho certeza. Até porque envolve muito. Como é a família desse paciente? Como criar a rede de apoio dele? Se ele vai seguir ou não? Se a família vai estar apoiando ou não? E aqui no paciente SUS a gente sabe que tem muita dificuldade nisso, né? Então isso não é realmente uma garantia, pensando mesmo no contexto social.” (P7)
Neutra	-	3 (20%)	“[...] o processo é simplesmente assim [...]”	“O processo é simplesmente assim, a gente treina na unidade de internação e depois faz a supervisão em casa. Quem quer. A supervisão em casa é diretamente o posto de saúde mais próximo e o SAD que pode estar indo fazer o acolhimento. Se ele vê que a família não está apta para poder dar continuidade, ele faz a ponte. A referência faz o fluxo inverso novamente.” (P2)
			“[...] como que nós vamos fazer essa	“Eu acredito que todo esse processo tem que ser muito bem cuidado dentro do ambiente hospitalar, para que na hora que ele sai de alta ele esteja muito seguro. Por isso a gente fala em uma alta segura. Como que

			transição desses cuidados...? [...]”	nós vamos fazer essa transição desses cuidados com segurança para que ele saia acolhido, seguro, fortalecido nesse processo de desospitalização?” (P13)
			“[...]deve ser preparada [...]”	“Deve ser preparada. Os familiares e paciente orientados e a rede de saúde acionada para continuidade dos cuidados com esse paciente.” (P15)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Em mais esse tópico vemos a maioria das respostas contemplando a legislação vigente, como a citada anteriormente, a Portaria MS nº 3.390 (BRASIL, 2013), mas outras também são verificadas, como a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012; e a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

Durante a transição pós-alta, é necessário implementar intervenções desde cedo, com o intuito de garantir uma transição segura e bem-sucedida, especialmente em populações de alto risco, como idosos, indivíduos com múltiplas condições crônicas e aqueles que necessitam de cuidados complexos de longo prazo (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013). Pesquisas apontam que para essa população, até metade das readmissões pode ser atribuída à alta hospitalar, muitas das quais poderiam ser evitadas. Essas readmissões frequentemente surgem devido a falhas na coordenação do cuidado, baixo seguimento após a alta e informações inadequadas fornecidas no momento da alta (Snow *et al.*, 2009). Especialistas que estudam o cuidado transicional têm investigado a eficácia de várias intervenções em saúde para facilitar a transferência adequada de informações entre a equipe de saúde, pacientes e familiares envolvidos no processo de alta, com o objetivo de reduzir o número de readmissões (Weiss *et al.*, 2015).

Portanto, considerar uma visão abrangente de saúde para orientar as ações relacionadas à alta hospitalar; ações que envolvem compreender que o sistema de saúde deve se alinhar com a escuta, compreensão e contextualização da vida do usuário, de modo a oferecer um cuidado que vá além do binômio adoecimento e cura (Seibert *et al.*, 2019), é de extrema importância. Fomentando que a alta quando bem organizada, envolvendo as disciplinas com suas técnicas e visões, é garantia de segurança, a partir da observação de todos os pontos colocados pela maioria dos participantes da pesquisa.

Contudo, para 3 (20%) dos entrevistados, e para 1 (6,66%), as ações construídas no processo de AHQ para conferir segurança ao paciente e seus cuidadores eram neutras e negativas; respectivamente. A AHQ é uma transição que prevê a continuidade dos cuidados. Trata-se de um momento de mudanças no cotidiano do paciente, pois na maioria dos casos, os cuidados não cessam com a alta do hospital e o retorno para o domicílio (Flesch e Araujo, 2014). Há necessidade de novos cuidados e medicações diferentes do habitual que podem trazer inseguranças ao paciente e tornar vulnerável a alta hospitalar que, se não for bem orientada, pode culminar em novas internações (Costa *et al.*, 2014). Mesmo pacientes que se sentem preparados no momento da alta, ao retornem para casa, se deparam com dúvidas acerca da continuidade do tratamento e da recuperação. Logo, quando ocorre de forma inadequada, a transição do cuidado hospital-domicílio traz diversas repercussões ao paciente que incluem angústia e ansiedade da família (Neves *et al.*, 2016), eventos adversos decorrentes de medicamentos e pouca adesão ao tratamento (Costa *et al.*, 2014).

Como relatado anteriormente, na alta é necessário que a transição do cuidado seja cautelosa e adequada, o que requer um plano abrangente baseado nas necessidades de cuidados do paciente e incentive a participação familiar nesse processo, possibilitando o cuidar em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar. Processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes idosos em situações crônicas de saúde, contribuindo para a redução das taxas de reinternações (Flesch e Araujo, 2014). Estudos revelam, no entanto, que na prática não há planejamento da alta hospitalar, sendo somente as orientações fornecidas de maneira pontual e sintética pelo médico ou enfermeiro no momento da saída do hospital (Fontana, 2017).

Atualmente a qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais. A realização de efetivas transições é, ainda, um desafio, principalmente no que se refere à alta do hospital para o domicílio, pois esses serviços possuem peculiaridades que incluem a grande demanda por atendimento, a superlotação, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos, as quais acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, sendo a transição do cuidado uma delas (Acosta, 2018). À vista disso, entende-se que o preparo para alta precisa ser

planejado desde a admissão, para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída, minimizando assim possíveis reinternações e garantindo o sucesso do tratamento. É importante destacar a importância da equipe multiprofissional de saúde neste processo, orientando nas diversas áreas os cuidados que o paciente deve ter em domicílio (Fontana, 2017; Weber *et al.*, 2017).

Ao considerar a complexidade dos sistemas de saúde e as dificuldades quanto à sustentabilidade, investir em estratégias para aprimorar a comunicação de equipes multiprofissionais e pacientes pode contribuir para o aprimoramento de transições de cuidado. Nessa perspectiva, a garantia de transições seguras e eficientes de serviços hospitalares para o domicílio tem sido foco de interesse de pesquisadores no âmbito internacional. Estudos têm sido realizados para identificar fatores que influenciam o sucesso das transições e avaliar o desempenho dos serviços de saúde nesse processo (Preto *et al.*, 2017). No Brasil, a discussão sobre a transição do cuidado é recente e, portanto, ainda incipiente. Entretanto, foram obtidos avanços nas políticas públicas voltadas para a continuidade do cuidado, que é um dos resultados pretendidos pelo conceito de transição do cuidado.

Ao final foi dado ao entrevistado um espaço reservado para acrescentar algum comentário que ainda julgasse importante ser registrado sobre a temática e suas vivências na equipe multidisciplinar, no planejamento da Alta Hospitalar Qualificada no local do estudo.

Foi possível observar que a totalidade dos entrevistados percebem os benefícios e os desafios do trabalho multidisciplinar na elaboração da AHQ. Assim, a partir dessa visão, é possível verificar a mudança de paradigma no modelo assistencial na instituição, com a multidisciplinaridade alicerçando os cuidados dispensados ao paciente.

Em várias falas percebe-se que as disciplinas se sentem mais valorizadas e empoderadas para construção de processos, incluindo a alta hospitalar.

“Muito interessante, muito bonito e importante essa alta qualificada, porque você não vê em outros lugares isso acontecer, né? Eu tive bastante vivência em outros hospitais e não tive essa oportunidade de ver essa alta qualificada. A equipe envolvida na alta do paciente, e aqui eu vejo isso. Então, eu vejo com um olhar muito bonito, muito importante, e, assim, é um trabalho maravilhoso.” (P1)

“Então, assim, eu só tenho a agradecer porque a gente é muito bem aceita, muito bem vista pelas equipes, e a gente se sente parte

integrante mesmo. Mesmo que a gente esteja engatinhando. Mas a gente se sente muito lisonjeada, porque a gente se sente parte mesmo da equipe multidisciplinar aqui na Beneficência Portuguesa.” (P3)

“Na prática eu vejo que a gente tem um espaço e uma autonomia para dar opinião, e, às vezes, para interferir na alta ou não desse paciente de acordo com o que a gente vê. Eu não esperava isso. Essa é minha primeira grande experiência em hospital com 20 anos de formado. Então, de quando eu formei para agora muita coisa mudou. Eu esperava um ambiente totalmente diferente, eu não esperava essa interação.” (P5)

“As minhas experiências no trabalho aqui têm sido muito bacanas, muito legais, eu sinto tudo fluindo. Eu acho bem importante manter isso, essa coisa de todo mundo conversar, todo mundo alinhar as opiniões.” (P6)

“Todo dia a gente aprende com os colegas, aprende com outros profissionais, e trabalhando aqui na Bene eu consegui entender muito a importância mesmo da equipe multidisciplinar...” (P8)

“Eu acho a equipe multidisciplinar uma das coisas mais benéficas para o paciente no momento da alta.” (P9)

“Queria considerar o fato da melhoria do serviço em relação à equipe, e de estarmos mais próximos, interligados.” (P11)

“Eu acredito que eu tenho somente que agradecer por todo o trabalho que eu venho construindo junto com a equipe multi. Eu acredito que a gente está sempre buscando melhorias para o cuidado tanto do paciente, quanto da família.” (P12)

Acrescem-se às pontuações, os desafios frente a essa nova realidade de cuidado hospitalar, principalmente, no fortalecimento do trabalho multidisciplinar.

“Eu acho que é essencial que a gente pudesse melhorar ainda mais para conseguir fazer isso para uma quantidade grande de pacientes, porque eu acho que isso é um pouco limitado.” (P4)

“Assim, pensando no nosso trabalho aqui acho que talvez uma discussão multi no dia que antecede a alta para que a gente consiga colocar tudo em papel, todo mundo fazer um relatório juntos sobre essa alta do paciente, quais as condutas e qual direcionamento e orientação de cada.” (P7)

“A gente sempre lutou para acontecer, mas quando tem uma força de cima, assim vai muito melhor. Se tem um apoio lá de cima, ter alguém superior apoiando, incentivando e sempre fiscalizando para ver se continua é muito importante mesmo.” (P10)

“Eu acho assim, que a gente tem evoluído demais aqui dentro da instituição. Eu acho que o processo está bem construído. O que falta ainda é a gente aprimorar.” (P13)

“Eu acredito que a alta consegue ser melhorada não focando só no paciente, mas em todos. Ter pessoas chaves para a gente ficar conversando mais em equipe.” (P14)

“Eu acredito que a alta hospitalar qualificada, para que todos os membros da equipe multidisciplinar tenham condições mesmo de orientar o paciente, a família e o cuidador, tem que ser planejada e discutida em tempo hábil, para que todos esses profissionais tenham um tempo de qualidade mesmo de atuar.” (P15)

Foi destacado, ainda, outro ponto, relacionado a melhoria da comunicação e da empatia. “Então, o que falta hoje em dia é a comunicação, a falta de compreensão e empatia com o próximo.” (P2)

A principal observação para o pesquisador, após os resultados descritos anteriormente, se dá na compreensão de que o processo de Alta Hospitalar Qualificada na instituição estudada, nos dias atuais, não se pauta apenas na alta médica, principalmente aquelas direcionadas aos indivíduos com importante perda de funcionalidade e que impactam de forma dramática seus familiares e cuidadores, mas está amparada pela formulação de algumas estratégias conjuntas das categorias profissionais que contemplam a equipe multidisciplinar, por meio de atitude interdisciplinar. A inserção dessas estratégias, embora incipiente, se impõe como uma ação concreta e efetiva nesse hospital, e pode ser verificada pelo pesquisador na elaboração da Alta Hospitalar Qualificada, que ocorre de forma articulada e dialógica.

Embora em nenhuma fala observe-se a verbalização das diversas resoluções legislativas direcionadas à temática, os aspectos legais foram percebidos pelo pesquisador no discorrer da operacionalização de cada disciplina. Centrados no paciente e extensivo a seus familiares e cuidadores; práticas como orientações variadas, garantias de segurança na transição de cuidados, ofertas de recursos e envolvimento com os contextos sociais retratam algumas das principais ações da equipe multidisciplinar, voltadas para a Alta Hospitalar Qualificada.

Entretanto, houve a constatação de que algumas poucas categorias profissionais ainda percebem dificuldades para as construções de trabalho interdisciplinar, principalmente pelo número reduzido de recursos humanos que podem ser utilizados nas atividades processuais de elaboração da Alta Hospitalar Qualificada e, ainda, por acreditar que a equipe multidisciplinar possui interações limitadas, e mesmo inexistentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver ações multidisciplinares no cenário hospitalar é tarefa árdua, especialmente onde o modelo hospitalocêntrico do cuidar, com processos de trabalho fragmentados, ainda predomina. A experimentação profissional dessa mudança de paradigma é, sem dúvida, a conquista mais grandiosa do pesquisador, tal qual o orgulho em apresentar ao hospital, onde ocorreu o estudo, como está organizado o processo de alta hospitalar qualificada, destinado aos pacientes do serviço de Clínica Médica.

Os achados dessa pesquisa evidenciam à instituição hospitalar do estudo a possibilidade da alta hospitalar qualificada ser aplicada e estendida às demais especialidades presentes no hospital, assim como abrem um novo horizonte para a cultura institucional, mostrando a viabilidade da criação de novos espaços de conversa, com a utilização de outras ferramentas e instrumentos que podem fortalecer, ainda mais, a qualidade da alta hospitalar qualificada, atualmente, implementada pela equipe de saúde envolvida nesse processo. Nessa direção, os pesquisadores elaboraram e validaram o conteúdo do instrumento referente ao envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista (Apêndice II), que poderá ser usado, periodicamente, com vistas a compreender como a equipe multidisciplinar avalia o referido processo.

Na perspectiva dos participantes do estudo, os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições e as executam satisfatoriamente no planejamento e elaboração da alta hospitalar qualificada, pautado no princípio da integralidade do SUS, centrado no paciente; e respeitando a participação, a opinião e a decisão de todos; possibilitando transições seguras, coordenadas, eficazes e efetivas do cuidado. Nesse sentido, sugere-se uma estratégia para a implementação da alta hospitalar qualificada, no sentido de sistematizar as ações da equipe multidisciplinar presentes no processo, por meio de um Procedimento Operacional Padrão (POP) (Apêndice VII), e ainda alterações em sistema de registro, previsto no Prontuário Eletrônico do Paciente, descritas no referido POP.

Ações interdisciplinares como as reuniões ordinárias da equipe, caracterizam os passos iniciais rumo a multidimensionalidade que envolve esse universo, ficando nítido, para o pesquisador, a necessidade de implementação de outras ferramentas para fortalecer essa atividade, para que as melhorias das práticas hospitalares impactem de forma decisiva na recuperação da funcionalidade, na transição segura dos cuidados e, na redução das reinternações.

Nesse contexto, observa-se ser premente, o aumento de profissionais de cada disciplina, com o intuito de abranger um número cada vez maior de pacientes e seus familiares/cuidadores que poderão receber esse tipo de atenção à sua saúde, acrescentando-se ainda à equipe, profissional ainda ausente; olhando continuamente para frente em direção ao avanço das ações interdisciplinares, vislumbrando o surgimento da transdisciplinaridade.

Como elemento limitante é importante destacar a escassez de trabalhos na literatura científica direcionada à temática desenvolvida, sob a perspectiva da equipe multidisciplinar, especialmente no âmbito nacional; fato que restringiu, em alguns momentos, a discussão de informações encontradas na presente pesquisa, sob a ótica contemporânea.

Por fim, concebe-se a possibilidade da criação de um novo estudo, que avalie o impacto dessas intervenções da AHQ no que tange as diretrizes que norteiam os cuidados, após a transição do cuidado para fora do ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v.12, n.12, p. 3190-3196, 2018.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **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.
- ALBRECHT, J. S. et al. Hospital discharge instructions: comprehension and compliance among older adults. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 11, p. 1491-1498, 2014.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018.
- AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- ANDRADE, N. K. S. **O cuidado compartilhado ao recém-nascido de risco**: percepção dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família. 2019. 83f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2019.
- AZEVEDO, A. L. C. S.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 736-745, outubro/dezembro, 2010.
- BARATA, R. C. B. A Historicidade do Conceito de Causa. In: CARVALHEIRO, J. R. **Textos de Apoio - Epidemiologia I**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985, p. 13-27.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BENEFICÊNCIA RIBEIRÃO PRETO. **Site Institucional**. Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <<https://beneribeiraopreto.com/>>. Acesso em: 20 ago 2023.
- BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013.

BOCCHI, S. C. M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 569-573, set./out. 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 13 jun. 2023

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

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Livro Sistema Único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 5 – 44. il; 2001.

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. **Diário Oficial da União** Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 21/09/2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 248 p. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>. Acesso em: 21/09/2022.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa. **Relação do Melhor em Casa com os hospitais**: viabilizando a desospitalização, 2012. 5p. Disponível em: [file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/GT%20DESOSPITALIZAÇÃO/REFERÊNCIA%20BIBLIOGRÁFICA/MS%202012%20%20Recomendações%20desospitalizaã o.pdf](file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/GT%20DESOSPITALIZAÇÃO/REFERÊNCIA%20BIBLIOGRÁFICA/MS%202012%20%20Recomendações%20desospitalizaã%20o.pdf). Acesso em: 21/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Melhor em Casa**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012**. Define as regras e critérios para a implementação da Estratégia de Saúde da Família, ampliando o acesso e a qualidade da atenção básica. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF: MS, 2013a.

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, 2013b.

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.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2004.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, art. 6, p. 0-0, 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Rio de Janeiro, 1999. p. 647-654. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Campinas, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2014.

CARVALHO, M. O. V. **Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para pacientes diabéticos e cuidadores**. 2014. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
CAVALVANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**. João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997.

CHAVES, M. M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-18, 1998.

CHOI, B. C.; PAK, A. W. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. **Clinical and Investigative Medicine**, Canadá, v. 29, n. 6, p. 351-364, 2006.

CHOI, B. C.; PAK, A. W. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promoters, barriers, and

strategies of enhancement. **Clinical and Investigative Medicine**, Canadá, v. 30, n. 6, p. E224-E232, 2007.

CIETO, B. B. *et al.* Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 752-757, jul./set. 2014.

COSTA, J. M. *et al.* Análise de um programa para otimização da transição do cuidado de pacientes em terapia antimicrobiana. **Rev. APS**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 318-324, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. de Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUTOLO, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. 2018. Editorial. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018.

EVÊNCIO, K.M.M. *et al.* Dos Tipos de Conhecimento às Pesquisas Qualitativas em Educação. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 13, n. 47, p. 440-452, 2019.

FERLA, A. **Observatório de Tecnologias de Informação e comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde: análise e sistematização de recursos tecnológicos utilizados para apoio à gestão de sistemas e ao ensino de trabalhadores em diferentes contextos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Porto Alegre: CNPq, 2009.

FERREIRA, M. O. V.; NUNES, G. H. L. **Panorama da produção sobre gênero e sexualidades apresentada nas reuniões da ANPEd (2000-2006)**. In. 33^a

REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 33, 2010, p. 1-16. Caxambu, MG, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **SUS e PSF para Enfermagem**. São Paulo: YENDIS, 2009.

FLESCH, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.19, n.3, p.157-238, 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, F. F. *et al.* A Educação Física do CAPS: experiências do estágio em Guanambi – BA. **Cenas Educacionais**, Caetité, v. 2, n. 1, p. 169-185, 2018.

FONTANA, G.; CHESANI, F. H.; MENEZES, M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n. 2, p. 86-95, 2017.

GALVÁN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, L. M. S., GOMES. A. Q. F, MALNATI, M. S., OLARIO, P. S., CHAGAS, M. C.; ARAUJO, C. M. Panorama da desospitalização nos hospitais federais e institutos do rio de janeiro. In: GOMES, L. M. S. (Org.). **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasil: Editora do Ministério da Saúde, 2020.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; CAMERON, I. D.; Shepperd, S. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 3, n. 1, 2013.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Pública RIDAP**, Osasco, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. São Paulo: Loyola, 2003.

HARRISON, J. D.; GREYSEN, R. S.; JACOLBIA, R.; NGUYEN, A.; AUERBACH, A. D. Not ready, not set...discharge: patient reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. **Journal of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 9, p. 610-614, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2021**. IBGE, 2021.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JUNQUEIRA, L. A. P.; DAPUZZO, F. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. **História, Ciência e Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 2, jun. 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 1, p. 48-70, 2001.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Saúde em redes: Um desafio para a integralidade no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2507-2516, 2010.

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. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 121-51.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas**, Florianópolis, v. 6, n. 73, p. 1-23, 2005.

MABIRE, C.; COFFEY, A.; WEISS, M. E. Readiness for hospital discharge scale for older people: psychometric testing and short form development with a three-country sample. **Journal of Advanced Nursing**, Milwauki, v. 71, n. 11, p. 2686-2696, 2015.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatorios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores Ltda, 2003. 320 p.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A.; SZWARCOWALD, C. L. et al. Estilos de vida da população brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 1-12, 2019.

MARTIN, A.K.; GREEN, T.L.; MCCARTHY, A.L.; SOWA, P.M.; LAAKSO, E.L. Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [s.l.], v. 15, p. 765-772, 2022.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis/SC, v.18, n. 2, p. 338-346, 2009.

MATOS, E; PIRES, D. E. P.; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, Brasília, 2010.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília - DF: Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. m> M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, p. 408-421, Jul./Ago. 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2000.

NEDER FILHA, C.R.; MONTEIRO, M.R. O hospital e o processo histórico de hospitalização. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 352-356, 2003.

NEVES, A. C. O. J. *et al.* Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. **Cogitare Enferm.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 01- 10, 2016.

NOSBUSCH, J. M.; WEISS, M. E.; BOBAY, K. L. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. **Journal of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 20, n. 56, p. 754-774, 2011.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Redes integradas de serviços de saúde**: Conceitos, opções de política, sistema de informação. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORSATI, F. T.; CARDOSO, A. D.; CAMPOS, T. M. L.; de MACEDO, E. C. **Transdisciplinaridade e interdisciplinaridade na educação [recurso eletrônico]**: programa de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento. 1. ed. - São Paulo: Edicon, 2020.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais do Brasil. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 3, p. 29-50, 2011.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2011.

PRETO, L. S. R. *et al.* Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. **Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enfermagem**, LOCAL, v. 7, n. 2, p. 45-53, 2017.

PUPPIN, M. A. P; SABÓIA, V. M. A interdisciplinaridade como estruturante no processo de formação e de cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem**, Pernambuco, v. 11, supl. 10, 2017, 2017.

REIS, D. O; ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil**: SUS e Pactos Pela Saúde, Módulo Gestor. Monografia (Especialização em Saúde Familiar); p. 27-47, 2010.

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **ALEA**, v, 7, n. 2. Jul/dez de 2005, p. 305- 322.

ROCHA JUNIOR, P. R. *et al.* Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3131-3138, 2011.

ROSA, M. V. F. P. de.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 112p.

SÁNCHEZ, E. Multidisciplinarietà, interdisciplinarietà, transdisciplinarietà [Multidisciplinarity, interdisciplinarity, transdisciplinarity]. **Archivos de Bronconeumologia**, [s.l.], v. 46, Suppl 1, p. 50-52, 2010.

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

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2043-2050, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Orientações para as Comissões de Monitoramento Regional quanto ao Mapa de Indicadores do Auxílio Financeiro Santa Casa SUSTentável - 2019**. São Paulo, 2019.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, 1997.

SEIBERT, E.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.53, p. 272-290, 2019.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B. **Remaking health care in America**: The evolution of organized delivery systems. Jossey-Bass, 1996.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - ENEPO. **Anais...** Brasília – DF, 03 a 05 de 2013.

SILVA, V. X. de L.; VIEIRA, V. B.; FEITOSA, S. F. Complexidade e transdisciplinaridade no currículo médico comprometido com bioéticas latino-americanas. **Revista Bioética**, Online, v. 30, n. 3, p. 548–557, 2022.

SIQUEIRA, T. H.; VILA, V. S. C.; WEISS, M. E. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 983-991, 2018.

SNOW, V.; BECK, D.; BUDNITZ, T.; MILLER, D. C.; POTTER, J.; WEARS, R. L. *et al.* Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American

Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. **Journal of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 24, n. 8, p. 971-976, 2009.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 204-218, 2016.

SOUZA, M.C.; ARAÚJO, T.M.; REIS JR., W.M.; SOUZA, J.N.; VILELA, A.B.A.; FRANCO, T.B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Três enfoques na pesquisa em ciências sociais**: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. In: TRIVINOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987. p. 31-79.

VAN BEWER, V. Transdisciplinarity in Health Care: A Concept Analysis. **Nursing Forum**, [s.l.], v. 52, n. 4, p. 339-347, 2017.

VASCONCELOS JF, FERREIRA CN, SANTANA CES, SOUZA CR, VALENTE MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.110-115, 2015.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, set./dez., 1.157-1.176, 2018.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 22, n. 3, e47615, 2017.

WEISS, M. E.; BOBAY, K. L.; BAHR, S. J.; COSTA, L.; HUGHES, R. G.; HOLLAND, D. E. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. **Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 45, n. 12, p. 606-614, 2015.

WEISS, M. E.; PIACENTINE, L. B. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. **Journal of Nursing Measurement**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 163-180, 2006.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa**: do início ao fim. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTÕES ENVIADAS AOS JUÍZES

APÊNDICE I - Questões enviadas aos juizes para validação

- 1) De acordo como seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo de elaboração da alta hospitalar?
- 2) Como você executa as suas atribuições no processo de alta hospitalar?
- 3) De que forma acontece a interação das disciplinas na elaboração da alta hospitalar?
- 4) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as disciplinas no processo de alta hospitalar? Por quê?
- 5) Como você acredita que esses processos podem contribuir para a segurança do paciente após a alta hospitalar?
- 6) Após todos os seus relatos, você gostaria de acrescentar alguma coisa?



APÊNDICE II

INSTRUMENTO PRODUTO 1

PARTE A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Código: _____

Dados de identificação:

1. Sexo: feminino ___ masculino ___ Não declarado ___

2. Data de Nascimento: _____

3. Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () desquitado(a)
() divorciado(a) () outros. Qual? _____

4. Formação profissional:

Profissão: _____ Instituição: _____ Data da Conclusão: _____

5. Pós - Graduação:

___ Especialização ___ Mestrado ___ Doutorado Outros: especificar _____

6. Turno de trabalho: _____ Tempo na instituição: _____

7. Há quanto tempo trabalha como profissional (médico, enfermeiro.....?)

- () Há menos de 1 ano.
() De 1 a 3 anos.
() De 3 a 5 anos.
() De 5 a 7 anos.
() De 7 a 9 anos.
() Acima de 9 anos.

8. Há quanto tempo trabalha no Hospital Beneficência Portuguesa, como parte da equipe de alta qualificada?

- () Há menos de 1 ano.
() De 1 a 3 anos.
() De 3 a 5 anos.
() De 5 a 7 anos.
() Há mais de 7 anos.
() Acima de 9 anos.

9. Qual o tipo de vínculo trabalhista que possui no Hospital Beneficência Portuguesa?

10. Tem mais de 01 (um) emprego? () sim Quantos? _____ () não

11. Jornada diária de trabalho: _____

12. Já fez alguma atualização sobre Alta Qualificada?

___ sim ___ não

Se sim, há quanto tempo? _____ Por meio de: ___ leitura em livros.
___ leitura de periódicos
___ palestras
___ cursos
___ aulas
___ outros: especificar _____

PARTE B - QUESTÕES RELATIVAS AO TEMA DE PESQUISA

- 1) Em sua concepção, o que é Alta Hospitalar Qualificada?
- 2) De acordo com o seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ)?
- 3) Descreva como você executa as suas atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada?

- 4) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada? Se sim, por quê? Se não, por quê?
- 5) Em sua concepção, quais profissionais são responsáveis pela AHQ?
- 6) De acordo com sua percepção, descreva como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da Alta Hospitalar Qualificada?
- 7) Como você entende o processo de Alta Hospitalar Qualificada, ao considerar a segurança do paciente, após a alta hospitalar?
- 8) Este é um espaço reservado para o que você julgar que ainda é importante registrar sobre a temática e suas vivências na equipe multidisciplinar no planejamento da Alta Hospitalar Qualificada no local do estudo.



APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa:

A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR

Pesquisadora Responsável: Marcelo Riêra
Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____
Residente à Rua/Av. _____

_____ concordo em
participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos
propósitos da mesma.

1 – JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Este projeto visa compreender como tem sido o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável/qualificada. Entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado, mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas, esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os profissionais que prestaram os cuidados durante a internação.

Ainda buscamos compreender se os diversos profogonistas envolvidos nos cuidados e alta dos pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Beneficência de Ribeirão Preto têm ciência de suas atribuições.

2 – OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo deste estudo será compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos o processo. Para tanto, entendemos ser necessário: entender se os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições na alta qualificada; descrever como ocorre o planejamento da alta qualificada por parte dos

profissionais que fazem parte desse processo e discorrer sobre a integração dos diversos profissionais na elaboração da alta qualificada.

3 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo será desenvolvido no Hospital Beneficência de Ribeirão Preto.

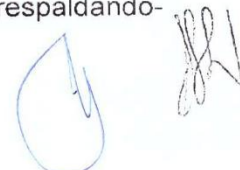
4 – PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você será convidado a participar de uma pesquisa direcionada aos profissionais da equipe que compõem a alta hospitalar qualificada do Setor de Clínica Médica do Hospital Beneficência Portuguesa. Ocorrerá a abordagem pelo pesquisador principal por ocasião dos encontros ordinários da equipe interdisciplinar, ou por agendamento de dias e horários delimitados, acordados nos momentos que julgarem possíveis, para os que não puderam ser interpelados nos encontros, com vistas a agendar uma entrevista individual – que será realizada pelo pesquisador.

Antes da aplicação da pesquisa será realizada breve explicação sobre o intuito do estudo e seus objetivos. Observa-se que as entrevistas serão audiogravadas e transcritas, a posteriori. As entrevistas ocorrerão após a autorização do participante para gravar as respostas (em aparelho celular, marca Apple, modelo Iphone 15 Pro Max, com configurações de áudio em formatos compatíveis com: HEVC, H.264 e ProResHDR Dolby Vision, HDR10 e HLG, e sistema operacional iOS 17); os participantes ficarão em ambiente confortável – em uma sala determinada pela instituição, para responderem às perguntas, individualmente. Propõe-se que as entrevistas sejam conduzidas em fevereiro e março de 2024, o pesquisador fará as perguntas e deixará o participante à vontade para resposta, com duração estimada entre 15 e 20 minutos, para cada profissional; delimitando o tempo para a coleta dos dados em até 30 dias, a contar do início da primeira entrevista. Participarão da pesquisa apenas os profissionais da equipe de saúde que atendem aos critérios de inclusão delimitados na pesquisa e assinarem o TCLE.

5 – OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-



se inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12 e 510/16, onde está assegurada a privacidade e anonimato dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade de todos os dados coletados, sendo que as informações obtidas serão usadas somente nesse estudo. Também será garantido ao participante o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Ainda cabe comentar que os riscos da pesquisa durante a entrevista e levantamento dos dados de pesquisa serão mínimos, considerando que faremos perguntas de caráter pessoal – referentes aos dados da pesquisa-, o que algumas pessoas podem considerar angustiante e gerar ansiedade. Além disso, o participante também poderá achar cansativo ter que responder às questões e, então, poderá fazer uma pausa, permanecendo no mesmo local de coleta, na presença do pesquisador. Quaisquer desconfortos percebidos ou relatados pelos profissionais serão ouvidos atentamente pelo pesquisador (que é médico).

Acredita-se no uso de benefícios desta pesquisa para o serviço de saúde onde ocorrerá o estudo, pois irá ajudar a compreender o envolvimento dos profissionais da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada dos pacientes da clínica médica, de acordo com suas subjetividades. Esse entendimento poderá contribuir para o processo de trabalho nessa situação, bem como nortear os envolvidos quanto às suas atribuições na alta qualificada.

O participante assinará uma via deste Termo de Consentimento (que ficará de posse dos pesquisadores), no caso de concordar em participar, e outra via será assinada pelas pesquisadoras e ficará com a(o) participante (nesse documento terão os contatos e dados das pesquisadoras).

Por meio desta, concordo em participar do estudo sobre o acesso ao planejamento familiar no SUS e a minha participação é voluntária, ainda declarando estar ciente e que eu posso retirar o meu consentimento em qualquer momento.

Nome do participante

Assinatura

Data



Nome do pesquisador responsável	Assinatura	30/10/23 Data
Nome da pesquisadora Coordenadora	Assinatura	30/10/23 Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação neste estudo.

Caso seja necessário, os contatos estão abaixo:

Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva (Coordenadora)

RG: 20907158

CPF: 144427278-05

Email: sssilva@unaerp.br

Marcelo Riêra (Pesquisador responsável)

RG: 036.826.296-02

CPF: 7.827.826

Email: marcelorieraf@gmail.com

Telefone: (16) 981111002

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto

Telefone: (16) 36036915

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

APÊNDICE IV - Declaração do Pesquisador

Eu, Marcelo Riêra, na condição de pesquisador responsável por este projeto, sendo orientado pela Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva DECLARO que:

Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;

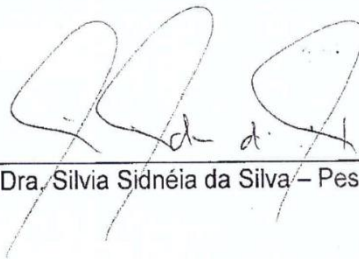
As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa. Os dados serão coletados e ficarão de posse somente dos pesquisadores.

Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);

Comunicaremos ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;

Cumpriremos os termos da Resolução nº 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;

O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.



Atenciosamente,

Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora responsável

CPF: 144.427.278-05

RG: 20.907.158



Marcelo Riêra - Pesquisador

CPF: 036.826.296-02

RG: 7837826

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2022.

APÊNDICE V

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

RELATÓRIO DE PESQUISA CIENTÍFICA

PRODUTO 2

MARCELO RIERA
SILVIA SIDNÉIA DA SILVA

RIBEIRÃO PRETO
2024

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

RELATÓRIO DA PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
Pesquisador Responsável: Marcelo Riêra
Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Local do Estudo: Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto
Participantes do Estudo: Equipe Multidisciplinar

INTRODUÇÃO

Este relatório tem o propósito de apresentar os principais achados encontrados pela pesquisa intitulada “A Alta Hospitalar Qualificada na Clínica Médica de um Hospital Filantrópico no Interior Paulista na Perspectiva da Equipe Multidisciplinar”. A motivação para a construção do objeto de estudo é fruto da trajetória profissional do pesquisador, da experiência adquirida ao longo dos anos e das percepções contínuas de suas *práxis*. A atuação como médico na assistência direta aos pacientes hospitalizados o estimulou a refletir e ajudar com ações para a melhoria do atendimento dispensado a eles, de caráter clínico, no Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto e, portanto, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, existe uma inquietude em compreender como tem sido o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável/qualificada; entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado, mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas. Esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os profissionais que prestaram os cuidados durante a internação.

Buscando compreender se os diversos protagonistas envolvidos nos cuidados e na alta dos pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Beneficência de

Ribeirão Preto têm ciência dessas atribuições, surgem as seguintes perguntas de pesquisa:

- Os componentes da equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições em relação a alta responsável?
- Como é realizado o planejamento da alta responsável pelos agentes que compõem a equipe multidisciplinar?
- De que forma acontece a integração da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável, dentro do referencial da desospitalização do Ministério da Saúde brasileiro?
- Os encaminhamentos que surgem desse planejamento da alta responsável contribuem para a segurança dos pacientes, após a alta hospitalar?
- Na perspectiva dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, no processo da alta hospitalar, há integração desses diversos atores?

Visando compreender as subjetividades que estão presentes em cada profissional que compõe a equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada no hospital do estudo, a pesquisa apresenta os objetivos: geral e específicos, delineados a seguir.

Objetivos:

- Geral

Compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo.

- Específicos

- f) Apresentar a instituição hospitalar e como está preconizado o processo de trabalho referente à organização da alta hospitalar qualificada ao paciente;
- g) Entender se os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições na alta hospitalar qualificada;
- h) Descrever como ocorre o planejamento da alta hospitalar qualificada por parte dos profissionais que fazem parte desse processo, na prática diária;
- i) Discorrer sobre a integração e contribuição dos diversos profissionais na elaboração da alta hospitalar qualificada.

- j) Criar instrumento para sistematizar a elaboração da alta hospitalar qualificada pela equipe multidisciplinar.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para que os objetivos da investigação pudessem ser alcançados e para que, sobretudo, seu pressuposto tivesse condições de ser validado, foi necessário recorrer a alguns procedimentos metodológicos que subsidiaram o levantamento e a análise dos dados.

A presente pesquisa adota uma abordagem descritiva, com natureza aplicada e análise qualitativa; utilizando a pesquisa de campo como método de procedimento. Serão conduzidas entrevistas padronizadas ou estruturadas com participantes selecionados através de uma amostragem não probabilística por quota. O objetivo central é compreender a função da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico no interior de São Paulo, a partir da perspectiva dos profissionais envolvidos.

A amostragem que utilizaremos nesse projeto foi de natureza não probabilística por quota, um método de seleção de amostras no qual o pesquisador, intencionalmente, escolhe os participantes para assegurar que a amostra represente determinadas características da população (Flick, 2009).

As categorias profissionais que compõem a equipe de alta qualificada na instituição Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto compreendem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogo.

A equipe de Clínica Médica realiza o acompanhamento de grande parte dos pacientes com doenças que requerem cuidados hospitalares, definindo isoladamente o momento da alta e sua construção de forma qualificada. Outra parcela de pacientes recebe atenção da equipe multidisciplinar de forma fragmentada, sendo vistos, avaliados e conduzidos em momentos diferentes por cada profissional que possa estar envolvido no cuidado, de acordo com suas necessidades e demandas. Assim, não são todos os indivíduos que obtêm pareceres e considerações de todos os profissionais descritos anteriormente. As observações e tratamentos de cada disciplina ficam registradas em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), e podem ser acessadas a qualquer tempo e por qualquer membro da equipe.

No entanto, alguns pacientes apresentam patologias de grande impacto clínico, determinando perdas variadas de sua funcionalidade. Um exemplo ímpar dessa condição são os enfermos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Abaixo destacamos algumas características desse grupo:

- 1) Necessitaram de Intubação Orotraqueal (IOT), ficando acoplados a respirador artificial por dias seguidos, e muitas vezes foram submetidos a traqueostomia;
- 2) Apresentam estado nutricional extremamente comprometido, e, estão impossibilitados de utilizar a via oral para alimentação, necessitando do uso de Sonda Nasoentérica (SNE);
- 3) Desenvolvem flacidez muscular generalizada devido ao uso de drogas sedativas, e por ficarem imobilizados por grandes períodos;
- 4) Apresentam Lesões por Pressão (LPP) em diversos segmentos corpóreos, com diferentes estágios evolutivos;
- 5) Utilizam polifarmácia para a manutenção de suas funções orgânicas que podem ter interação entre si, com prejuízos variados;
- 6) Determinam grandes mudanças à rotina da família e à sua própria individualidade e singularidade, requerendo a estruturação de um novo ambiente domiciliar que possa recebê-los de forma adequada. Em algumas situações dependem do acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e outros ainda, necessitam ser transicionados para outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por apresentarem alta demanda de cuidados, como: instituições que dispõem de leitos de longa permanência e Hospital Municipal São Francisco de Assis.

É essa minoria de pacientes que são elencados para receber a abordagem interdisciplinar, em reuniões ordinárias da equipe multidisciplinar, para a construção da alta qualificada.

As reuniões são realizadas às terças feiras, no período da manhã, nas dependências do hospital, com todos os profissionais convidados a participar. A convocação é feita através do grupo “Equipe Interdisciplinar”, inscrito na plataforma WhatsApp, onde estão os contatos de todos os profissionais envolvidos na elaboração da alta qualificada. Qualquer profissional pode sugerir o(s) caso(s) que deverão ser levados para apreciação da equipe, seguindo os critérios descritos anteriormente. São nesses encontros, inclusive, que são confeccionados os documentos do Projeto

Terapêutico Singular (PTS) - usados como ferramenta avaliativa do desempenho e da qualidade da alta hospitalar realizada pela instituição, junto aos órgãos reguladores.

Como não há possibilidade de determinar a população, considerando que existem muitos profissionais trabalhando com a alta hospitalar, os pesquisadores delimitaram que seriam entrevistados 2 (dois) profissionais, nas seguintes categorias: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo e farmacêutico. Foi entrevistada apenas 01 fonoaudiólogo (por possuir somente 01 profissional desta categoria na equipe).

Para esse projeto, a elaboração do questionário surgiu em resposta à carência de instrumentos mais completos na área, visto que na literatura tem-se apenas ferramentas voltadas ao paciente. Os seguintes instrumentos estão disponíveis para avaliar a transição do cuidado no Brasil: o *Care Transitions Measure* (CTM), desenvolvido nos Estados Unidos e validado no Brasil - avalia a qualidade da transição na perspectiva dos pacientes; o questionário *PREPARED* que avalia a qualidade do planejamento da alta, e o *Readiness For Hospital Discharge Scale* (RHDS) que avalia o preparo para alta hospitalar na perspectiva também do paciente.

Entretanto, tais dispositivos não são suficientes para responder aos objetivos do presente estudo, que contemplam avaliar a segurança do paciente na transição do cuidado na perspectiva dos profissionais da equipe multidisciplinar, envolvida no planejamento da alta qualificada de cada paciente da Clínica Médica do hospital do estudo.

Em detrimento da necessidade, o estudo utilizou um instrumento em forma de questionário, elaborado pelo pesquisador, e validado quanto à apresentação e ao conteúdo por um Comitê de juízes especialistas, constituído de: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social e 01 psicólogo, para posterior utilização na pesquisa; visando compreender como tem sido o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta responsável/qualificada.

Após avaliação das propostas de correções e inserções de outras questões dos juízes, o instrumento final foi elaborado constituindo-se das perguntas que foram feitas aos profissionais convidados a participar da pesquisa, apresentadas a seguir:

- 7) Em sua concepção, o que é Alta Hospitalar Qualificada?
- 8) De acordo com o seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ)?

- 9) Descreva como você executa as suas atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada?
- 10) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada? Se sim, por quê? Se não, por quê?
- 11) Em sua concepção, quais profissionais são responsáveis pela AHQ?
- 12) De acordo com sua percepção, descreva como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da Alta Hospitalar Qualificada?
- 13) Como você entende o processo de Alta Hospitalar Qualificada, ao considerar a segurança do paciente, após a alta hospitalar?
- 14) Este é um espaço reservado para o que você julgar que ainda é importante registrar sobre a temática e suas vivências na equipe multidisciplinar no planejamento da Alta Hospitalar Qualificada no local do estudo.

As entrevistas foram conduzidas em fevereiro e março de 2024, após a autorização para gravar as respostas (em aparelho celular, marca Apple, modelo Iphone 15 Pro Max, com configurações de áudio em formatos compatíveis com: HEVC, H.264 e ProResHDR Dolby Vision, HDR10 e HLG, e sistema operacional iOS 17); os participantes ficaram em ambiente confortável – em uma sala determinada pela instituição, para responderem às perguntas, individualmente. O pesquisador fez as perguntas e deixou o participante à vontade para resposta, com duração estimada entre 15 e 20 minutos, para cada profissional; delimitando o tempo para a coleta dos dados em até 30 dias, a contar do início da primeira entrevista.

Uma vez realizada a coleta dos dados, as informações foram analisadas com métodos coerentes aos pressupostos ontológicos e epistemológicos da pesquisa.

Para a análise das entrevistas, escolhemos a abordagem qualitativa adotando a organização dos dados a partir da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que foi desenvolvida em três fases, utilizando o método de Análise Temática ou Categorical, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e análise e interpretação do material (Bardin, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como descrito na análise dos dados, a codificação e categorização foram utilizadas como base e a análise de conteúdo foi realizada. Implicou na exploração aprofundada das informações agrupadas em categorias, buscando identificar *insights*, tendências e padrões relevantes. A análise de conteúdo permite extrair significados mais amplos e compreender as perspectivas dos profissionais sobre o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada. Durante a análise de conteúdo, é importante identificar tendências emergentes, similaridades e diferenças nas respostas dos participantes. Isso pode fornecer informações sobre as visões comuns e variáveis entre os profissionais entrevistados (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Com base nos resultados da análise, é possível realizar a interpretação dos achados à luz da teoria e do contexto do estudo. A discussão envolve relacionar os resultados com o conhecimento teórico existente, bem como com os objetivos da pesquisa. Os resultados da análise podem ser validados por meio da triangulação de dados, comparando as informações obtidas com outras fontes de dados ou literatura relevante (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Com base na análise e validação, as conclusões foram elaboradas, destacando os principais achados, implicações práticas e possíveis contribuições para a compreensão do envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada.

Uma vez realizadas as entrevistas, elas foram transcritas e arquivadas em Word (fase 1), totalizando 91 (noventa e uma) páginas de material transcrito pelo aplicativo *Transcribe*, considerando esses registros. A partir da fase 2, os dados foram organizados, ocorrendo as devidas codificações, respeitando-se uma sequência ordinária que levava em consideração, inicialmente, a ordem alfabética das disciplinas, assim definidas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Em seguida, dentro de cada disciplina, cada entrevistado foi colocado também em ordem alfabética. Por fim, os participantes foram enumerados por códigos P1 para o primeiro e, assim, sucessivamente (P2, P3, P4...P15).

Posteriormente, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e, logo após, foram registrados separadamente. A etapa que

corresponde ao estabelecimento das categorias analíticas obedeceu à sequência (4 a 6) e em sua formulação foi levado em consideração os princípios estabelecidos por Bardin (2011), que são: exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade das categorias, pertinência (que diz respeito à não distorção da mensagem transmitida), objetividade/fidelidade na compreensão e clareza, e produtividade.

Para iniciar o processo de compreensão do envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada, foi necessário descrever o que as diversas disciplinas entendem como Alta Hospitalar Qualificada. Em detrimento ao exposto na fundamentação teórica, da ampla definição de alta qualificada, principalmente no referencial teórico do Ministério da Saúde e de seus diversos sinônimos, as respostas que os participantes entendiam ser o cerne da definição foram organizadas em 06 categorias, sendo: “Orientar pacientes e familiares”; “Ofertar segurança para pacientes e familiares”; “Envolver a equipe multidisciplinar no planejamento”; “Garantir a inexistência de riscos”; “Oferecer recursos para o paciente” e “Oferecer qualidade de vida”.

Como resultado, observa-se que, para a maioria dos entrevistados da equipe multidisciplinar, 8 (53,33%) participantes, as orientações passadas para pacientes e seus familiares/cuidadores determinam uma alta hospitalar com qualidade; 02 (13,33%) relataram que oferecer segurança para os pacientes e familiares, na construção da transição de cuidados para fora do hospital, principalmente quando essa se dá em domicílio, garantindo a existência de todo o aparato necessário para a devida condução, ratifica a alta hospitalar qualificada; 02 (13,33%) participantes defendem o envolvimento da equipe multidisciplinar na construção do planejamento de alta seria o indicador de uma alta qualificada. Também houve relatos que a alta hospitalar qualificada se pauta em: garantir a inexistência de riscos para a saúde do paciente, quanto à deterioração clínica e a possibilidade de óbito, na locação do mesmo fora do ambiente hospitalar; no oferecimento de recursos; e ainda que resulta da oferta de uma qualidade de vida, sem maiores especificações; com uma citação de cada entrevista.

Quadro 1 - Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando como as disciplinas definem Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Orientar pacientes e familiares	8 (53,33%)	"[...] apresentar para os pacientes... uma forma de cuidado em casa[...]"	"Na minha concepção, eu creio que a alta hospitalar qualificada é você ter a qualidade de apresentar para os pacientes que estão tendo essa alta uma forma do cuidado em casa." (P1)
		"[...] o paciente sai com todas as orientações[...]"	"É aquela alta que o paciente sai com todas as orientações da manutenção do cuidado no domicílio ou não, num lar de longa permanência." (P3)
		"[...] dar ao paciente e ao familiar orientações e um suporte[...]"	"Uma alta onde a gente consiga dar ao paciente e ao familiar orientações e um suporte até pós alta." (P7)
		"[...] paciente sai sabendo para onde ele vai e o que ele vai fazer e conseguir[...]"	"Então, uma alta que o paciente sai sabendo para onde ele vai, e o que ele vai fazer e conseguir, e aí com o fluxo para a rede depois." (P8)
		"[...] orientar bem a família[...]"	"O paciente vai amparado em todos os pontos, todos os setores hospitalares conseguem orientar bem a família, para que o paciente que realmente está de alta, não retorne ao hospital." (P9)
		"[...] ele estar orientado[...]"	"Então ele teria que ter uma alta segura para casa, que seria a alta segura é ele estar orientado de todos os cuidados que vai ter, e todo o suporte externo" (P12)
		"[...] paciente consiga ir para casa com todas as informações e os familiares[...]"	"É uma alta que a gente tem um estudo e uma compreensão de todo o biopsicossocial do paciente, para que, assim, a gente consiga dar uma alta qualificada e com segurança, que o paciente consiga ir para casa com todas as informações, e os familiares, como tratamento pela parte clínica, tudo alinhado pela equipe e com orientações de encaminhamento para a rede e o retorno ao hospital." (P14)
		"[...] informações tanto para o paciente quanto para a família[...]"	"É uma alta onde a gente passa as informações tanto para o paciente quanto para a família, para o cuidador, para que ele tenha acesso ao seu quadro clínico." (P15)
Ofertar segurança para pacientes e familiares	2 (13,33%)	"[...] maior segurança tanto para o paciente no domicílio como para os familiares. [...]"	"É aquela alta onde todos os profissionais são envolvidos para dar maior segurança tanto para o paciente no domicílio, como para os familiares, orientando cada um na sua especialidade" (P10)
		"[...] condições de voltar para sua casa, para onde ele reside, com segurança[...]"	"Alta hospitalar qualificada é quando o paciente tem condições de voltar para sua casa, para onde ele reside, com segurança: segurança do quadro clínico, segurança de profissionais e de cuidadores ou mesmo do próprio paciente." (P11)
Envolver a equipe	2 (13,33%)	"[...] envolver a equipe multidisciplinar por inteiro[...]"	"A alta hospitalar qualificada é uma alta quando envolve a equipe multidisciplinar por inteiro, cada um dando a sua opinião, fazendo isso com planejamento, o que envolve todo mundo que amanhã a gente vai dar alta." (P2)

multidisciplinar no planejamento		“[...] conjunto de todos os profissionais para um alta consciente[...]”	“Alta hospitalar qualificada é o conjunto de todos os profissionais para uma alta consciente do paciente, para que ele tenha um tratamento adequado em casa, e continue fazendo o seguimento do que foi orientado aqui no hospital.” (P4)
Garantir a inexistência de riscos	1 (6,66%)	“[...] ele não corre mais nenhum risco de vida ou de piora[...]”	“Eu acho que é quando o paciente consegue evoluir a um ponto que ele não precisa mais de cuidados diários e monitorização e o tempo todo ele não corre mais nenhum risco de vida ou de piora.” (P5)
Oferecer recursos para o paciente	1 (6,66%)	“[...] recursos que o paciente precisa ter[...]”	“Que são assim, os mecanismos de desospitalização que utilizamos e os recursos que o paciente precisa ter para alta com planejamento, ou seja, como que nós vamos ativar as redes de cuidados para viabilizar uma atenção integral deste paciente.” (P13)
Oferecer qualidade de vida	1 (6,66%)	“[...] aquela qualidade de vida[...]”	“Oferecer para o paciente, em todos os aspectos, aquela qualidade de vida para ele.” (P6)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Diante de todas as respostas, foi possível inferir que todos os elementos relatados são importantes na garantia de uma alta segura, mostrando o conhecimento e a contemplação do processo estratégico de planejamento e transferência do cuidado entre o hospital e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), devidamente relatados pelos participantes. O conhecimento dos três pilares presentes na Portaria MS nº 3.390 (Brasil, 2013), que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, foi notado nas respostas:

- a) Orientação a usuários e familiares/cuidadores para promover a autonomia e o autocuidado;
- b) Conexão com outros pontos de atenção nas Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na Atenção Básica;
- c) Implementação de alternativas às práticas hospitalares, como cuidados domiciliares, alinhados com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Destaca-se que a orientação da equipe multidisciplinar é primordial para que os cuidados ao paciente no domicílio sejam realizados de forma adequada, de acordo com suas necessidades e preservando, desta forma, o seu estado clínico. Enfatiza-se que a orientação vem para contribuir no processo de recuperação do paciente, diminuindo, desta forma, os riscos e prevenindo

reinternações (Cieto *et al.*, 2014). Sendo assim, ressalta-se que as orientações da equipe multidisciplinar são positivas para que o cuidador familiar possa dar continuidade nos cuidados do paciente no domicílio (Carvalho, 2014), sendo este momento oportuno para que cuidador familiar possa adquirir os conhecimentos básicos para realizar os cuidados do paciente (Bocchi, 2004).

Entretanto, a percepção do preparo para a alta, na perspectiva do paciente, não foi observada nas respostas dos participantes (Weiss *et al.*, 2015). Como discutido na fundamentação teórica, a avaliação do preparo para esse momento tem sido considerada uma intervenção eficaz para orientar o planejamento e contribuir para a prevenção de complicações, promovendo ainda o empoderamento e a participação ativa do paciente e de sua família na gestão própria durante a fase de transição do cuidado (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013). Sendo assim, não houve a sinalização da utilização de instrumentos disponíveis na literatura, como a Escala de Prontidão para Alta Hospitalar (*Readiness for Hospital Discharge Scale* - RHDS), como ferramenta valiosa para a elaboração de planos de cuidados que efetivamente preparam os indivíduos para a transição do cuidado após a alta hospitalar.

Foi questionado aos participantes quais são as suas atribuições no processo de AHQ, segundo o seu entendimento, sendo possível estabelecer quatro categorias: “Construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós alta”, “Gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar”, “Conhecer o contexto social como garantia do trabalho” e “Garantia do mínimo de dispositivos” (Quadro 5).

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 2, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 2 - Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
<p>Construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós alta</p>	<p>11 (73,33%)</p>	<p>“[...] eu creio que é você orientar esse paciente [...]”</p>	<p>“Bom, eu como enfermeiro, a minha participação nisso eu creio que é você orientar esse paciente da forma que ele tenha mais dúvida ou o cuidador primário que vai cuidar deles.” (P1)</p>
		<p>“[...]educar o cuidador principal [...]”</p>	<p>“Treinar a família e educar o cuidador principal de imediato.” (P2)</p>
		<p>“[...] uma alta segura é a orientação [...]”</p>	<p>“Como farmacêutica clínica, né, o nosso papel para que esse paciente tenha uma alta qualificada, uma alta segura é a orientação sobre o uso de medicamentos nos horários estabelecidos.” (P3)</p>
		<p>“[...] orientar o horário de tomar [...]”</p>	<p>“Então, a gente pode ajudar o paciente a auxiliar nessa parte, pegando o receituário de alta do paciente, orientar o horário de tomar algumas medicações, certos horários, se o paciente faz uso de sonda e como é feita a administração dessa medicação por sonda.” (P4)</p>
		<p>“[...] orientar essa família [...]”</p>	<p>“Se for um paciente em uso de oxigenoterapia, orientar essa família, ofertar toda essa disponibilidade para fornecer informações e treinar esse familiar, como usar os suportes que o paciente irá sair usando.” (P6)</p>
		<p>“[...] dou orientações de alimentação [...]”</p>	<p>“Se eu consigo reabilitar esse paciente no hospital, dou orientações de alimentação por via oral em casa, para que siga orientações básicas mesmo.” (P7)</p>
		<p>“[...] ter todas as orientações [...]”</p>	<p>“Como eu sou nutricionista, da parte nutricional, tanto dieta por via oral quanto suplemento, dieta enteral, ter todas as orientações com relação, por exemplo, a alimentação via oral, qual alimento que pode ou não pode comer.” (P10)</p>
		<p>“[...] orientar sobre a alimentação em casa [...]”</p>	<p>“Conversar com o paciente ou com o cuidador sobre a alimentação, orientar sobre a alimentação em casa, ou se for sonda, a dieta da sonda.” (P11)</p>
		<p>“[...] compreender se a família está conseguindo associar as informações médicas [...]”</p>	<p>“Eu acredito que seria compreender associar as informações médicas, se eles estão compreendendo, também, qual vai ser os cuidados que eles vão ter depois dessa desospitalização e como que eles vão se organizar, como a gente vai alinhar, com a equipe, essa rede de apoio externa.” (P12)</p>
<p>“[...] trabalhamos muito a compreensão desse paciente, dessa família [...]”</p>	<p>“Enquanto psicóloga, nós trabalhamos muito a compreensão desse paciente, dessas famílias, se eles estão integrados aos cuidados necessários para ter essa alta, segura e qualificada, vamos dizer assim.” (P13)</p>		

		“[...] planejamos em conjunto com a família, com o cuidador, com o paciente [...]”	“Nós entendemos o contexto social, como é estruturado essa família, a renda do paciente, os vínculos familiares, e, a partir daí, a gente discute o caso com os membros da equipe multi e planejamos, em conjunto com a família, com o cuidador e com o paciente.” (P15)
Gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar	2 (13,33%)	“[...], mas talvez gerenciando um pouco esse papel [...]”	“Não só vindo de mim, mas, talvez, gerenciando um pouco esse papel, esse processo de como se dará essa alta, quais são as demandas, e, eu acho, que é mais digerir o processo e acionar os membros da equipe.” (P8)
		“[...] orientar os colegas de indicações e, também, ter a conversa com as outras equipes [...]”	“Primeiro, deixar bem esclarecido o quadro clínico da internação, aquilo que foi feito, muito bem descrito isso na ficha de alta, muito bem orientado, não só para o paciente, como para a família, cuidadores responsáveis, receitas de medicações que vão ser usadas, e orientar os colegas de indicações, e, também, ter a conversa com as outras equipes para o resto de orientações que eu não tenho tanta propriedade para falar.” (P9)
Conhecer o contexto social como garantia do trabalho	1 (6,66%)	“[...] o conhecimento de todo o contexto social [...]”	“Então, a gente faz esse acolhimento dos familiares, o conhecimento de todo o contexto social, discutindo junto com a equipe médica, com toda uma equipe multi, dependendo de como está a dependência do paciente de cuidados, para que, assim, a gente consiga garantir o nosso trabalho.” (P14)
Garantia do mínimo de dispositivos	1 (6,66%)	“[...] tem a alta com o mínimo de dispositivos possível [...]”	“Eu tentar fazer com que o paciente tenha alta com o mínimo de dispositivo possível para respirar, ou para manter um padrão respiratório satisfatório.” (P5)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Através das respostas, tornou-se possível inferir que, para a maioria dos entrevistados (73,33% dos participantes), a construção das orientações para pacientes/cuidadores para os cuidados pós-alta caracteriza sua principal atribuição frente ao processo de Alta Hospitalar Qualificada (AHQ).

As orientações de alta devem assumir um papel central na prestação de cuidados aos pacientes, pois reduzem a ansiedade, melhoram a adesão ao plano terapêutico e, conseqüentemente, as condições de saúde. Além disso, possibilitam uma melhor utilização dos serviços de saúde e podem aumentar a satisfação dos pacientes (Reis *et al.*, 2013).

Entretanto, apesar de as orientações de alta hospitalar serem vitais para que o paciente administre seus próprios cuidados fora do hospital, é imprescindível que ele as compreenda de maneira satisfatória. A falta de compreensão das orientações de alta está associada a menor adesão aos cuidados e a uma maior chance de insucesso no tratamento (Albrecht *et al.*, 2014). Os resultados do estudo de Martins *et al.* (2015) evidenciaram falta de clareza nas informações recebidas durante a alta hospitalar, indicando falhas de comunicação entre a equipe e o paciente.

De acordo com Reis *et al.* (2013), dentre as intervenções sugeridas para melhorar a compreensão dos pacientes, a mais simples é a instrução de alta verbal e escrita, contendo informações específicas do diagnóstico e acompanhamento. Os profissionais da equipe multidisciplinar responsáveis pela alta devem levar em consideração a comunicação das informações principais, a verificação da compreensão e a identificação de tópicos confusos ou de difícil compreensão.

A preocupação com a alta hospitalar e a continuidade do cuidado foi abordada anteriormente e comprovada por documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, tais como as portarias nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012; nº 963, de 27 de maio de 2013. A portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, define alta responsável como a transferência do cuidado realizado por profissionais da área da saúde, no período de hospitalização, para o próprio paciente e seus familiares/cuidadores. De acordo com o artigo 16, inclui ações que visam a “orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado” (Brasil, 2013).

Portanto, as orientações da equipe multidisciplinar são primordiais para que os cuidados ao paciente fora do hospital sejam realizados de forma adequada, de acordo com suas necessidades, preservando, assim, seu estado clínico. Essas orientações contribuem significativamente para o processo de recuperação do paciente, diminuindo os riscos e prevenindo reinternações (Cieto *et al.*, 2014).

Para dois participantes, representando 26,66% do total, o gerenciamento da equipe multidisciplinar no preparo da alta hospitalar é a principal atribuição para o desenvolvimento de suas funções. A PNH destaca que os trabalhadores e gestores devem formar um pacto de corresponsabilidade e propõe como diretriz a cogestão, um modelo centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva, em espaços coletivos que garantam que o poder seja compartilhado, percebendo a gestão não

como um campo de ação exclusiva de especialistas, mas considerando que todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde, fazem gestão (Brasil, 2009b).

Já para um participante, correspondente a 6,66% dos entrevistados, conhecer o contexto social do paciente e garantir o mínimo de dispositivos necessários foram citados como atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada (AHQ). O processo de alta hospitalar, inicia-se com a identificação do cuidador. Esta abordagem deve ser realizada pelo assistente social que em suas intervenções identifica o cuidador principal, comumente um membro da família, que é um cuidador informal, sem qualquer preparação ou formação técnica e/ou remuneração (Mendes; Miranda e Borges, 2010). Após identificar o cuidador, inicia-se o processo de conhecimento do contexto social e familiar do paciente, com vistas à equipe multidisciplinar iniciar o processo de orientação para a habilitação dos cuidados domiciliares; propiciando a ele, que se sinta seguro no momento da alta, preparando-os para procedimentos desde básicos até os mais complexos, a fim de proporcionar bem-estar para o paciente, mesmo após a desospitalização (Rocha Junior *et al.*, 2009).

Embora a AHQ seja uma necessidade reconhecida, observa-se nas respostas um desconhecimento sobre outras estratégias inovadoras para viabilizá-la. Destacam-se as tecnologias educacionais, como vídeos disponíveis em redes sociais, que figuram como estratégias eficazes para a educação em saúde. Nesse contexto,

o importante não é apenas fazer uso do recurso, mas saber o que fazer com a infinidade de informações presentes na internet, distinguir informações de qualidade e transformar essas informações para a construção do conhecimento (Flores, 2018, p.10).

Os dispositivos móveis e as mídias digitais estão presentes no cotidiano da maioria dos brasileiros e são amplamente discutidos por pesquisadores das áreas de tecnologia e educação devido ao seu grande potencial pedagógico. Segundo Flores (2018), os processos de aprendizagem são significativamente ampliados com os vídeos publicados e compartilhados por meio das redes sociais, que estão massivamente presentes no cotidiano de grande parte da população mundial.

Na sequência, os entrevistados foram questionados sobre como executam suas atribuições no processo de alta hospitalar (Quadro 3). De acordo com as respostas, foram construídas duas categorias: “Capacidade técnica operacional” e “Não observância de ações direcionadas à alta hospitalar”. A primeira categoria foi organizada em subcategorias, de acordo com o desempenho de cada disciplina em relação à sua operacionalização. As subcategorias são: a. instrumentalização em

enfermagem; b. instrumentalização em fisioterapia; c. instrumentalização em fonoaudiologia; d. instrumentalização em medicina; e. instrumentalização em nutrição; f. instrumentalização em psicologia; g. instrumentalização em assistência social.

A categoria Capacidade técnica operacional performou a quase totalidade dos participantes, 86,66% das respostas, mostrando que as disciplinas são detentoras de conhecimento técnico para o exercício de suas atividades, principalmente aquelas voltadas para o planejamento da alta na transição de cuidados.

Entretanto, chama a atenção que 2 profissionais, 13,33% do total, relatam não conseguir executar ações voltadas à construção da alta hospitalar, identificando como determinante para o problema o número reduzido de profissionais nessa categoria, muito embora entendam que são dotados de instrumentalização para o processo.

Quadro 3 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como executam suas atribuições no processo de AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Subcategoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Capacidade técnica operacional	Operacionalização em enfermagem	2 (13,33%)	“[...] se o paciente tem uma sonda, um curativo, é um paciente acamado [...]”	“Bom, as minhas atribuições como eu executo primeiro eu abordo o cuidador que vai ser o cuidador direto do paciente em casa e pergunto qual é a dificuldade, se o paciente tem uma sonda, um curativo, é um paciente acamado. [...] eu tenho dificuldade em dar banho no leito, eu posso dar banho no chuveiro?” (P1)
			“[...] se for uma sonda, um curativo, um banho, uma mudança de decúbito, um andar em casa [...]”	“Após todo esse acolhimento, eu explico como será o trabalho no domicílio, se for uma sonda, um curativo, um banho, uma mudança de decúbito, um andar em casa, eu proponho para a família executar.” (P2)
	Operacionalização em fisioterapia	2 (13,33%)	“[...] mobilizar aquele paciente da cama, conseguir fazer com que ele sente à beira do leito, sente na poltrona ou fique em pé [...]”	“Meu primeiro pensamento é conseguir mobilizar aquele paciente da cama, conseguir fazer com que ele sente à beira do leito, sente na poltrona ou fique em pé. Eu gosto de colocar o paciente para ficar de pé, para andar e isso eu consigo trabalhar força e equilíbrio, deambulação, ida ao banheiro, escovar os dentes em pé na beira da pia, enfim, chegando na enfermaria gosto de levar para a deambulação, a gente traz caneleiras, a gente traz teraband e todo esse arsenal para trabalhar a força. E, fazendo tudo isso, eu acabo trabalhando a parte respiratória também.” (P5)
			“[...] como que eu posso fazer esse suporte pulmonar [...]”	“Paciente saiu daqui no uso de oxigenoterapia, nós vamos, então, orientar essa família a compra de um oxímetro, o ideal de uma saturação para esse paciente de acordo com a sua doença, o tanto de oxigênio, a dosagem desse oxigênio. Se for um paciente traqueostomizado, que usa um BIPAP, vou, então, passar essas informações de como manusear um BIPAP, como que faz uma aspiração, como que eu posso fazer esse suporte pulmonar.” (P6)
Operacionalização em fonoaudiologia	1 (6,66%)	“[...] qual a condição dele de alimentação [...]”	“Então, faço um relatório com orientação sobre a alimentação do paciente, como ele está recebendo essa alta, qual a condição dele de alimentação por via oral, se	

				está seguro ou não. Se não, converso com a nutricionista para ela orientar sobre a questão da sonda e a quantidade de alimento por sonda. Se sim, consegue comer por via oral, qual a consistência, como que ele pode comer e quanto ele pode comer e oriento se precisa ou não fazer acompanhamento com fono.” (P7)
	Operacionalização em medicina	2 (13,33%)	“[...] a minha atribuição, eu levanto, aciono a equipe, me certifico que de que isso foi feito e que isso está redondo e encaminhado [...]”	“Vou levantar quais são as demandas e o que ele vai precisar para o seguimento. Dando um exemplo do que a gente tem aqui: precisa de seguimento nutricional de dieta? da questão social? da questão psicológica? seguimento na rede? encaminhamento para serviço de especialidade? Então, a minha atribuição, eu levanto, aciono a equipe, me certifico que de que isso foi feito e que isso está redondo e encaminhado, oriento o paciente, verifico se ele entendeu o processo e, daí, forneço as documentações e faço os encaminhamentos que são pertinentes.” (P8)
			“[...] tudo que eu estou entregando de papel, as receitas, explicar as medicações, isso tanto para o familiar, quanto para o paciente [...]”	“No dia da alta, buscar o familiar mais próximo que veio acompanhando todo o quadro clínico, explicar e perguntar se ele tem dúvidas, deixá-lo falar em caso de alguma dúvida e, mostrar, na hora da alta, mostrar tudo que eu estou entregando de papel, as receitas, explicar as medicações, isso tanto para o familiar, quanto para o paciente.” (P9)
	Operacionalização em nutrição	2 (13,33%)	“[...] vendo se no dia da alta vai conseguir tirar essa sonda ou não, se vai precisar de suplemento ou não [...]”	“Bom, quando a paciente interna, a gente faz a triagem, tudo já começa na internação e já vê o risco nutricional. E aí, já vai conforme vai evoluindo e vai acompanhando diariamente a evolução dele e já fazendo previsões. Então, por exemplo, durante a internação passa a sonda e a gente já tem que meio que ver se o paciente tem previsão de alta em breve, se ele vai ter condições de tirar essa sonda ou não. E aí, tem toda aquela jogada da equipe multi para ajudar a gente já fazer todo esse processo antes do dia efetivo da alta. Então, a gente já acompanha com a cabeça lá na frente, vendo se no dia da alta vai conseguir tirar essa sonda ou não, se vai precisar de suplemento ou não, já precaver a família e já ir orientando dando tempo de ele se prepararem para casa antes do dia efetivo da alta.” (P10)

			“[...] e começo a explicar sobre a dieta [...]”	“Primeiro eu vejo se o paciente tem previsão de alta, já está em acompanhamento nutricional. Assim que eu sei a previsão, eu converso com o paciente se tiver condições, converso com quem está próximo, acompanhante e começo a explicar sobre a dieta, vamos supor que seja por sonda, já começo a orientar. Orientar, também, como vai funcionar a compra desses insumos, da dieta em si. Com a dieta por via oral, como que vai fazer, se alguma dieta específica em casa? Entrego o papel para a orientação.” (P11)
	Operacionalização em psicologia	2 (13,33%)	“[...] ir trabalhando com eles os sentimentos envolvidos nessa situação [...]”	“Então, a primeira parte é eu ir até o quarto e levantar com a família, no caso se for um paciente bem limitado de suas condições clínicas, compreender qual que é a dinâmica familiar, qual que seria a rede de apoio desse paciente, como que eles estão estruturando esses cuidados para ir para casa? E aí, a partir de então, ir trabalhando com eles os sentimentos envolvidos nessa situação e aí, levantar algumas dúvidas que podem estar surgindo ao longo do processo, né, dessa desospitalização, deste trabalho e trazer para a equipe para que essas dúvidas possam ser esclarecidas. E aí, a partir de então, eles possam ir mais tranquilos e seguros para casa.” (P12)
			“[...] a gente vai trabalhando todo esse estado emocional que teve, com certeza, alterações em todo esse processo de adoecimento [...]”	“Olha, a gente faz o atendimento tanto do paciente, para avaliar como que ele está integrado nesse processo de hospitalização e de mudanças tão grandes na vida dele. Ele vai nos trazendo toda essa história de vida dele, desde quando ele começou esse adoecimento até agora nesse ambiente hospitalar. Se ele tiver que ser transferido, seja para um leito de longa permanência e tudo mais, a gente vai embasando-o como que vamos ser esses cuidados e a gente vai trabalhando todo esse estado emocional que teve, com certeza, alterações em todo esse processo de adoecimento. E junto a isso, sempre, a família e como ela também dá esse suporte para esse paciente enfrentar todo esse adoecimento.” (P13)
	Operacionalização em assistência social	2 (13,33%)	“[...] fazer os encaminhamentos para o terceiro setor, para TRS, dieta enteral, processo de fralda, equipamentos no caso de	“A gente faz uma conferência familiar junto com a equipe médica, junto com a equipe multi também, sempre discutindo o caso com a equipe da enfermagem para que todo mundo consiga compreender o contexto social, e, a

			locomoção, cama hospitalar e fralda também [...]"	partir daí, fazer os encaminhamentos para o terceiro setor, pra TRS, dieta enteral, processo de fralda, equipamentos no caso de locomoção, cama hospitalar e fralda também." (P14)
			"[...] a gente pensa em conjunto com a família o destino adequado, se tem que estruturar esse domicílio para receber, a gente faz as orientações sobre os equipamentos, sobre o que cada município oferece para auxiliar essa família e discute os casos com os membros da equipe [...]"	"Tudo começa em visitar o leito, a gente acolhe o paciente, quando ele tem condições para isso, a família ou o cuidador. E a gente entende mesmo esse contexto social e a gente realiza um estudo social. A partir daí, cada paciente vai ter a sua particularidade, a gente pensa em conjunto com a família o destino adequado, se tem que estruturar esse domicílio para receber, a gente faz as orientações sobre os equipamentos, sobre o que cada município oferece para auxiliar essa família e discute os casos com os membros da equipe, para começar mesmo a formalização dos encaminhamentos, os processos e das orientações." (P15)
Não observância de ações direcionadas à alta hospitalar	-	2 (13,33%)	"[...] a gente não faz a orientação de alta [...]"	"Hoje, na Beneficência Portuguesa, a gente não faz a orientação de alta, né, devido um quadro de farmacêuticos reduzidos aqui na instituição" (P3)
			"[...] a gente não tem ainda esse processo [...]"	"Aqui na Benê, a gente não tem ainda esse processo, até por conta do nosso quadro de farmacêuticos. A gente não consegue atender essa demanda, né? Mas seria essencial, com certeza, principalmente para não ter a reinternação do paciente. A gente vê muitas vezes que o paciente reinternar por uso inadequado de medicação, que não adapta, que não adere ao tratamento medicamentoso. Só que aqui a gente ainda não consegue fazer esse trabalho, que é um trabalho essencial, por conta da demanda mesmo." (P4)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Assim, foi possível inferir que as disciplinas envolvidas na elaboração da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ) na instituição estudada possuem o conhecimento técnico e a aplicabilidade de suas funções e intervenções. Elas buscam o atendimento integral do usuário e da família, considerando as interações na construção de redes internas que envolvem os diferentes saberes necessários para a construção e implementação desse cuidado.

O cuidado integral do usuário com uma abordagem biopsicossocial valoriza a mudança do paradigma hospitalocêntrico, que é centrado no médico. Nesse contexto, é crucial que a equipe multidisciplinar participe ativamente do processo de cuidado, conduzindo-o de forma humana e responsável. Essa constituição é complexa, pois exige uma mudança paradigmática de um pensamento linear e fragmentado para a integração de diversos saberes na formação do cuidado sob uma ótica multiprofissional (Brasil, 2012).

Faz-se necessário que a equipe tenha critérios clínicos bem definidos para a utilização dos recursos de cada disciplina na elaboração de uma alta segura desde o início da internação. Essa situação cria o vínculo e a confiança necessários para as pactuações exigidas pelas diferentes necessidades identificadas (Brasil, 2012).

No entanto, 2 participantes, caracterizando 13,33% do total de entrevistados, não observam no exercício de suas atividades dentro do hospital, possibilidades de ações direcionadas à alta hospitalar qualificada. Nessa perspectiva, diante dos inúmeros obstáculos que se apresentam para a assistência à saúde, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes e, principalmente, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular. (Deslandes, 2005).

Quando perguntado aos participantes se no exercício de suas atividades diárias eles acham que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada, justificando sua resposta, organizaram-se 03 categorias: “Acredita existir interação”; “Acredita não existir interação” e “Acredita em uma interação moderada” (Quadro 4); evidenciando-se o predomínio de 11 (73,33%) participantes que “Acredita existir interação”.

Constatou-se que para 11 (73,33%) participantes há percepção da existência de interação e articulação entre as disciplinas no processo de planejamento da alta hospitalar. Entretanto, essa interação entre as disciplinas não ocorreu ou se dá um pouco de interação, não é satisfatória, o que foi caracterizado por moderada interação para outros 2 (13,33%) participantes, cada citação.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 4, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidades de registro e Unidades de Contexto.

Quadro 4 – Distribuição das Categorias das entrevistas, considerando a interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Acredita existir interação	11 (73,33%)	“[...] eu acredito sim que tem [...]”	“Eu acredito sim, que tem interação com a equipe multidisciplinar no processo da alta qualificada.” (P3)
		“[...] eu vejo muita interação [...]”	“Então eu vejo muita interação aqui na Bene em relação a isso.” (P4)
		“[...] aqui no hospital isso acontece [...]”	“Então, eu gosto muito dessa interação na minha conduta e na minha atividade profissional, no meu dia a dia, aqui no hospital isso acontece” (P5)
		“[...] a gente consegue conversar muito bem [...]”	“A fisioterapia consegue ter esse acesso a todo mundo, a gente consegue conversar muito bem.” (P6)
		“[...] acredito que sim [...]”	“Sim, acredito que sim. A gente sempre está discutindo a conduta do paciente diariamente.” (P7)
		“[...] aqui eu acredito que a gente consegue sim[...]”	“Aqui eu acredito que a gente consegue sim. A gente consegue bem articular com as equipes tanto de outras especialidades médicas, quanto de outras especialidades em saúde. Acredito que a comunicação é bem horizontal.” (P8)
		“[...] eu acho que sim [...]”	“Eu acho que sim. E eu sempre busco essa interação, porque não depende só de mim as orientações de alta e os cuidados que vão ter depois da internação.” (P9)
		“[...] sim, porque as equipes estão mais interligadas [...]”	“Sim, porque as equipes estão mais interligadas, está havendo mais conversa e mais discussão do caso.” (P11)
		“[...] então, eu acredito que sim [...]”	“Então, eu acredito que sim, que vem melhorando bastante, que há esse diálogo entre todos.” (P12)
		“[...] equipe está muito engajada [...]”	“Sim eu acredito que a instituição, a nossa instituição, o nosso hospital de uns anos para cá teve muitas mudanças no processo de alta. Então a equipe está muito engajada nesses cuidados.” (P13)
		“[...] a gente tem uma boa comunicação [...]”	“A gente busca sempre essa melhoria das discussões de casos com o restante da equipe multidisciplinar, a gente tem uma boa comunicação.” (P15)

Acredita não existir interação	2 (13,33%)	“[...] a gente tem muito que melhorar ainda [...]”	“A gente tem muito que melhorar ainda, porque muitos não entendem o que é uma alta qualificada.” (P2)
		“[...] não é uma coisa muito bem estabelecida [...]”	“Da área médica eu sinto muitas dificuldades, não é uma coisa muito bem estabelecida.” (P10)
Acredita em uma interação moderada	2 (13,33%)	“[...] eu acredito que sim e não [...]”	“Olha, eu acredito que sim e não. Então tem às vezes a dificuldade de comunicação sim, e às vezes é eficaz também, dependendo da equipe que você pega.” (P1)
		“[...] acredito que a gente tem um meio termo [...]”	“Acredito que é um meio termo. E são poucos os casos que dão para contar nos dedos durante o ano em que o restante da equipe chega a conversar com a gente a respeito do caso do paciente para discutir essa alta.” (P14)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Como é sabido, a ação interdisciplinar é fundamentada na criação de espaços que acolham as diferentes disciplinas e na construção de abordagens que unam diferentes saberes e práticas. A articulação entre esses saberes caracteriza o trabalho interdisciplinar; sem essa ação, o trabalho tende a ser apenas multidisciplinar, fragmentado e desarticulado do cuidado (Puppim e Sabóia, 2017).

Dessa forma, foi possível inferir que a equipe multidisciplinar responsável pela elaboração da alta hospitalar encontra, na instituição estudada, um ambiente de fácil comunicação, respeito às diferentes visões e a percepção da ruptura do modelo biomédico tradicional, garantindo harmonia entre as equipes na tomada de decisões. Segue, portanto, um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta na premissa de atenção integral à saúde, que reconhece a validade dos diferentes profissionais e saberes relacionados à saúde humana. Fica claro o entendimento dos profissionais da superação dos antigos modelos organizacionais, que resultavam em efeitos adversos para os indivíduos e para a prestação de cuidados, alcançando as novas concepções, que foram desenvolvidas para promover processos de integração e interação entre os profissionais, como a Política Nacional de Humanização (PNH) (Pasche, 2011).

Mas, também foi inferido que 2 participantes, 13,33% do total, acreditam na inexistência de interação da equipe multidisciplinar na elaboração da AHQ; e ainda, para outros 2 participantes, essa interação ocorre de modo insatisfatório. A diversificação da equipe de saúde em ambiente hospitalar, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca

cuidados de saúde, e na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações. Para solucionar esse impasse, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados no trabalho (Matos e Pires, 2009)

As categorias profissionais que compõem a equipe de alta qualificada na instituição Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto compreendem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogo. Perguntado aos participantes quais profissionais são responsáveis pela AHQ, as respostas foram categorizadas em relação à quantidade de profissionais reconhecidos para essa atividade, evidenciando-se 5 categorias: “Reconheceram 3 disciplinas”; “Reconheceram 4 disciplinas”; “Reconheceram 5 disciplinas”; “Reconheceram 6 disciplinas”; “Reconheceram 7 disciplinas” (Quadro 8).

As equipes multidisciplinares são aquelas formadas por profissionais com diferentes perfis e habilidades. Esse grupo reúne várias formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis interpessoais, o que ajuda a alcançar resultados de forma mais assertiva e segura. Portanto, o reconhecimento de todos os elementos que compõem a equipe é de extrema importância para aumentar a eficiência e o engajamento de todos os envolvidos na alta hospitalar qualificada.

Assim, foi possível inferir que nenhum participante foi capaz de identificar todas as categorias profissionais que integram a equipe multidisciplinar envolvida no processo de alta hospitalar na instituição estudada. Apenas 1 participante, 6,66% do total, reconheceu 7 disciplinas das 8 que compõem a equipe multidisciplinar e observa-se que houve predomínio das categorias “reconheceram 5 disciplinas” e “reconheceram 6 disciplinas”, por 5 (33,33%) participantes, cada; 3 participantes (20%) reconheceram 4 disciplinas, e somente 1 (6,66%) reconheceu que 3 disciplinas são responsáveis pela AHQ.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 5, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 5 – Distribuição das Categorias das entrevistas, de acordo com as respostas de quais profissionais são responsáveis pela AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Reconheceram 3 disciplinas	1 (6,66%)	“[...] equipe médica... a enfermagem... a nutricionista [...]”	“Começa pela equipe médica que faz toda a orientação para esse paciente que fornece uma receita médica com todos os medicamentos, com os cuidados que esse paciente tem que ter. A enfermagem que faz orientação para o cuidador, para o paciente, como ele deve fazer a continuidade desse tratamento nos pós alta, a nutrição também se esse paciente está indo embora usando uma sonda, se esse paciente precisa de uma nutrição diferenciada.” (P3)
Reconheceram 4 disciplinas	3 (13,33%)	“[...] a enfermagem, a equipe médica, a nutricionista, o serviço social [...]”	De imediato, tem que ter a enfermagem, a equipe médica, a nutricionista, o serviço social.” (P2)
		“[...] enfermagem, nutrição, serviço social, medicina [...]”	“Enfermagem, nutrição, serviço social, medicina.” (P6)
		“[...] psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social [...]”	“Tanto que aqui posso citar exemplos de alta de pacientes com alta demanda de cuidados que são envolvidos psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e com as outras.” (P8)
Reconheceram 5 disciplinas	5 (33,33%)	“[...] nutrição, psicologia, equipe médica, enfermagem, serviço social [...]”	“Olha, eu acho que todos os profissionais, incluindo nutrição, psicologia, equipe médica, enfermagem, serviço social, eu acho que todas essas equipes fazem parte da alta qualificada do paciente, porque é importante todos eles.” (P1)
		“[...] tanto médica, como da enfermagem, fisioterapia... nutrição, farmácia [...]”	“Acho que toda a equipe multi como um todo, porque o paciente precisa de um cuidado, de uma orientação, tanto médica, como de enfermagem, fisioterapia, dependendo do quadro do paciente, nutrição, farmácia, enfim, acho que é um como um todo mesmo.” (P4)
		“[...] fisioterapia, nutricionista, serviço social... psicologia... equipe médica [...]”	“Fisioterapia, nutricionista, serviço social de extrema importância, psicologia para fazer todo esse suporte emocional, equipe médica, todos da equipe multidisciplinar.” (P13)
		“[...] nutrição... serviço social... equipe médica... fisioterapia... enfermagem [...]”	“Mas se for um paciente mais demandante, aí sim, vamos supor uma sonda nasoenteral, a nutrição, a gente do serviço social para encaminhar, a equipe médica para poder fazer os relatórios, encaminhamentos, orientações, explicar o prognóstico da doença, fisioterapeuta quando necessário, pacientes com BIPAP, com traqueostomia para poder fazer a aspiração, a enfermagem para os cuidados diários, troca de fralda, banho no leito, todos os cuidados gerais do paciente.” (P14)

		“[...] equipe médica, equipe de enfermagem, a nutrição, o fisioterapeuta, a fono [...]”	“A equipe médica, equipe de enfermagem, a nutrição, o fisioterapeuta, a fono, a gente discutindo alguns casos com ela.” (P15)
Reconheceram 6 disciplinas apenas	5 (33,33%)	“[...] o médico... fisio, nutrição, assistente social... enfermeira... psicologia [...]”	“O médico, acredito que em primeiro lugar, a gente fisio, nutrição, assistente social aqui que a gente tem uma demanda grande do SUS, a enfermeira, e a psicologia, claro.” (P5)
		“[...] médico, fisio, fono, assistente social, enfermagem, nutricionista[...]”	“Toda a equipe, médico, fisio, fono, assistente social, enfermagem, nutricionista.” (P7)
		“[...] equipe médica... nutrição, psicologia, enfermagem... fisioterapia... serviço social [...]”	“Pensando que o paciente está para uma equipe médica primeiramente, mas em conjunto, mas a gente precisa de um aval de um apoio do serviço de nutrição, psicologia, da enfermagem, que são muitos cuidados de alta da parte deles, fisioterapia, e muitos pacientes que têm demandas sociais que a gente precisa de um auxílio do serviço social.” (P9)
		“[...] assistente social, o psicólogo... fisioterapeuta, a nutricionista, o médico, a enfermagem [...]”	“Todos os que tem uma equipe inteira, assistente social, o psicólogo, também é o fisioterapeuta, a nutricionista, o médico, a enfermagem.” (P10)
		“[...] médico, enfermeiro, serviço social, nutrição, fisio e psicologia [...]”	“Médico, enfermeiro, serviço social, nutrição, fisio e psicologia.” (P11)
Reconheceram 7 disciplinas apenas	1 (6,66%)	“[...] equipe médica, a fisioterapia, a enfermagem, a psicologia, a nutrição e o serviço social... fono [...]”	“Eu acredito que todos a equipe médica, a fisioterapia, a enfermagem, a psicologia, a nutrição e o serviço social, que inclui muito, se for necessário a questão da fono, que está muito interligado com a nutrição também.” (P12)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

A atuação em equipe multidisciplinar constitui-se em um exercício diário, em um processo de aprendizado individual e coletivo e, principalmente, em uma prática repleta de significados e intencionalidades. Não basta inserir-se em uma equipe denominada multidisciplinar para que essa prática se efetive. Muito pelo contrário, o imprescindível é o reconhecimento de seus diversos atores e a manutenção da postura multidisciplinar - que prima pelo reconhecimento da necessidade de complementação entre os saberes, pela percepção da impossibilidade de cada área dar conta do todo, pela crença de que é na riqueza dos diversos olhares que

podemos obter a visão integral dos pacientes e da família; reconhecendo que por meio do consenso que verdadeiramente chegamos o mais próximo possível da atuação ideal (Andrade, 2019).

Ao participante ainda foi indagada a sua percepção quanto a como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da AHQ e foi possível estabelecer duas categorias: “Reunião interdisciplinar como instrumento de construção de alta qualificada” e “Inexistência de interação multidisciplinar para a construção de alta qualificada” (Quadro 6).

O entendimento da reunião semanal da equipe multidisciplinar como a principal ferramenta para o exercício da interação entre as equipes na construção da alta hospitalar qualificada foi mencionado por 12 participantes, caracterizando 80% das respostas; entretanto, 3 participantes (20%) do total, não veem interação entre a equipe para o planejamento da alta.

A partir da categorização das entrevistas, no Quadro 6, estão descritos número de citações e frequências de ocorrências, Unidade de registro e Unidade de Contexto.

Quadro 6 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes relativas à percepção quanto a como ocorre a interação da equipe multidisciplinar no planejamento e elaboração da AHQ. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
<p align="center">Reunião interdisciplinar como instrumento de construção da alta qualificada</p>	<p align="center">12 (80%)</p>	<p>“[...] das reuniões que faz a discussão da melhor forma [...]”</p>	<p>“Inclusive a gente tem reuniões, né, das reuniões que faz a discussão da melhor forma dessa alta qualificada do paciente.” (P1)</p>
		<p>“[...] nós temos as reuniões [...]”</p>	<p>“Nós temos, né, as reuniões com a equipe.” (P3)</p>
		<p>“[...] a nossa reunião multidisciplinar [...]”</p>	<p>“O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde.” (P4)</p>
		<p>“[...] às vezes a gente gasta tempo na reunião [...]”</p>	<p>“Às vezes a gente gasta tempo na reunião que a gente podia estar atendendo, as vezes gasta, às vezes a gente fica aflita porque tem um monte de coisas para fazer. Mas eu acho que se não fosse isso, a gente, ou seguraria o paciente aqui tendo condições de alta, ou, daria uma alta precoce sem a família ter condições de receber o paciente em casa.” (P5)</p>
		<p>“[...] então, a reunião multidisciplinar, eu acho, ela é essencial [...]”</p>	<p>“Vou pegar o que a gente faz aqui, nós fazemos a reunião multidisciplinar, ali abordado, cada um dá o seu ponto de vista, cada um vai falando da sua área, e é muito bom e interessante porque todo mundo chega num consenso. Engloba tudo, né? De pensar no pequenininho, até o grande. E a gente consegue essa conversa. Então, a reunião multidisciplinar, eu acho, ela é essencial.” (6)</p>
		<p>“[...] então a gente tem a reunião de pacientes de alta demanda de cuidados [...]”</p>	<p>“Então a gente tem a reunião de pacientes de alta demanda de cuidados, ou pacientes em planejamento de alta, tem a reunião da equipe multidisciplinar nisso. Não é só o diálogo, mas é traçado um plano por escrito. A gente tem um plano terapêutico, com metas, com atribuições de cada membro da equipe, inclusive prazos. Então, cada membro da equipe dá o seu parecer.” (P8)</p>
		<p>“[...] uma conversa entre os profissionais[...].”</p>	<p>“Uma conversa entre os profissionais, conversa direta, avaliação do paciente em conjunto, e não só um falando separadamente para o outro, interagindo. Toda a equipe, cada um dá o seu ponto de vista e a contribuição para ele planejar uma alta.” (P9)</p>

		<p>“[...] sentamos, discutimos o caso [...]”</p>	<p>“Em discussão do caso, sentamos, discutimos o caso. Colocamos, né? Cada um fala da sua parte e assim a gente consegue montar, preparar para uma data que a gente consiga todos ter dado as orientações necessárias.” (P11)</p>
		<p>“[...] aqui na Bene nós temos a reunião semanal [...]”</p>	<p>“Hoje aqui no hospital, aqui na Bene nós temos a reunião semanal, né? Que é feito com todos os membros da equipe que conseguem participar.” (P12)</p>
		<p>“[...] eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica [...]”</p>	<p>“Eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica de como que vai evoluir nesses processos de alta e dando todo o seu parecer, e o seu, complementando com a sua experiência profissional. E aí, junto a isso a gente complementa né? Como um todo e trabalha o paciente como um todo, né.” (P13)</p>
		<p>“[...] as reuniões de terça feira que acontecem no hospital [...]”</p>	<p>“Bom, as reuniões de terça feira que acontecem no hospital, que a equipe toda está participando, da psico, serviço social, nutrição, farmácia, todo mundo de fato e consegue elaborar em pacientes específicos.” (P14)</p>
		<p>“[...] membros da equipe multidisciplinar participam para discutir [...]”</p>	<p>“Tem as discussões de caso com a equipe da clínica médica para os pacientes que tenham alta complexidade dos cuidados, onde os membros da equipe multidisciplinar participam para discutir esses casos e as demais especialidades.” (P15)</p>
<p>Inexistência de interação multidisciplinar para a construção de alta qualificada</p>	<p>3 (20%)</p>	<p>“[...] porque muitos chegam a dar alta e não explicam [...]”</p>	<p>“Porque muitos chegam a dar alta e não explicam, não acolhem a família, não sabem se essa família realmente tem condições financeiras e psicológica para receber esse enfermo na sua casa.” (P2)</p>
		<p>“[...] aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática [...]”</p>	<p>“E aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática, não consegue um protocolo, né? Mas que eu entendo, a gente discute o caso, paciente indo de alta, para onde ele está indo? Está indo para outro hospital, está indo para casa? O que cada um pode orientar? Qual a parte de cada um nesse processo?” (P7)</p>
		<p>“[...] atualmente o que ocorre é que eu falo com o médico, aí o médico fala com assistente social, e ele, meio de ponte, fica meio perdido. Às vezes eu tenho que ir atrás de assistente social, que o médico me falou que a assistente social falou. Fica uma coisa meio complicada, mas acho que o ideal seria isso, aquela roda onde todos estão juntos e já falam do mesmo paciente,</p>	<p>“O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde.” (P10)</p>

		coloca cada um nas suas metas, e cada um faz a sua parte ali. [...]"	
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Embora a literatura científica cite outras ferramentas, descritas na fundamentação teórica, como os estudos de caso, prontuários coletivos, atendimento em conjunto e reuniões familiares, nenhum desses dispositivos foi relacionado pelos entrevistados. Com isso, é possível inferir que apenas as reuniões interdisciplinares são lembradas como facilitadoras para a troca de saberes e informações no planejamento da alta hospitalar qualificada na instituição estudada.

Segundo Andrade (2019), esse é o primeiro passo para uma ação efetivamente interdisciplinar. O autor ainda sustenta que, nessas reuniões, são imprescindíveis a linguagem comum e o vocabulário harmônico, pois só assim a comunicação se efetiva. Manter o jargão de cada área ou ater-se somente às discussões extremamente específicas que impossibilitam o entendimento e a participação de outras áreas envolvidas no atendimento inviabiliza o exercício interdisciplinar. Participar de uma ação interdisciplinar pressupõe manter uma postura condizente, caracterizada pelo reconhecimento de que cada área é parte de um grande todo, e de que cada saber necessita obrigatoriamente de complementação. A riqueza de uma atuação nessa perspectiva está justamente no fato de se poder entender a importância de cada saber, o fundamental em cada abordagem e as interfaces entre as áreas, de forma a construir um novo saber.

No entanto, para 3 participantes, caracterizando 20% dos entrevistados, não existe interação multidisciplinar para a construção da alta qualificada. Quando se fala em postura multidisciplinar, demonstra-se a necessidade de cada indivíduo estar disposto a ver sua atuação complementada, seu saber questionado e sua prática sempre explicada para os demais membros da equipe, que em muitos casos, não conhecem as especificidades de cada profissão. Por isso, a atuação em equipe organizada nesses moldes transcende o simples fato de se exercer uma prática em conjunto com outros profissionais, pois requer dos sujeitos envolvidos nesse processo a capacidade de aprendizado constante, de compartilhamento de saberes, bem como de análises conjuntas que desemboquem em decisões consensuais. Por isso, é necessário que o profissional tenha condições tanto de ouvir o outro, quanto de falar de sua prática, da metodologia utilizada, dos instrumentos, da teoria de base, bem como dos pressupostos ético-filosóficos que norteiam as ações de cada um (Andrade, 2019).

Da análise das respostas dos participantes com relação ao seu entendimento do processo de AHQ, ao considerar a segurança do paciente, após a alta hospitalar, surgiram 3 categorias: “Positiva”; “Negativa” e “Neutra” (Quadro 7).

Em seguida, a categoria “Positiva” foi subdividida em 5 subcategorias, elencadas de acordo com o motivo citado com maior frequência que determinou a garantia da segurança do paciente, após a alta hospitalar qualificada: a. Orientações necessárias; b. Reinternações; c. Estrutura fora do hospital; d. Recuperação da máxima funcionalidade; e. Redução do tempo de internação.

Observa-se que a categoria “Positiva” teve maior frequência de citações nas subcategorias: ‘Orientações necessárias’ e ‘Reinternações’, com 4 (26,66%), cada. Ainda se traduz dado relevante 1 (6,66%) citação na categoria ‘Negativa’.

Foi inferido, para grande maioria dos participantes, 12 (80%) participantes, que a alta hospitalar qualificada é garantidora de segurança e declararam ser segura quando há o envolvimento da equipe multidisciplinar no preparo dessa transição de cuidados.

Para esse grupo foram criadas subcategorias para compreender os motivos de a alta qualificada ser confiável para a segurança do paciente. Ficaram assim distribuídas: em igual percentual (26,66%), ou seja, 4 participantes entenderam que as orientações necessárias para os cuidados fora do hospital seriam a determinação da segurança e que a segurança vem da percepção na redução do número de reinternações precoces, cada. Também ocorre com o mesmo percentual 01 (6,66%) participante ao citar que a elaboração consciente de transição de cuidados em qualquer ponto das Redes de Atenção à Saúde, muito bem elaborada, como o grande determinador da segurança da alta e a tentativa de recuperação da máxima funcionalidade, buscando chegar o mais próximo possível do que o paciente era antes do período do internamento, seria capaz de garantir a segurança. Ainda 01 (6,66%) referiu que reduzir a exposição do paciente ao ambiente hospitalar, agilizando a saída do mesmo da instituição, aponta a segurança da alta hospitalar.

Também foi verificado um participante com resposta negativa, 6,66% dos entrevistados, relatando não observar segurança para os pacientes com a alta hospitalar. Outros 3 participantes, 20% do total, apresentaram uma resposta neutra, sem defini-la como segura ou não, entendendo que o processo é apenas realizado.

Quadro 7 – Distribuição das Categorias das entrevistas, segundo as respostas dos participantes quanto a como entendem o processo de AHQ, ao considerarem a segurança do paciente, após a alta hospitalar. Ribeirão Preto/SP, 2024.

Categoria	Subcategoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Positiva	Orientações necessárias	4 (26,66%)	“[...] na minha visão é muito boa essa segurança [...]”	“Olha, na minha visão é muito boa essa segurança, porque eu vejo que o paciente vai para casa bem informado, né? Tanto o paciente quanto o acompanhante, o cuidador direto, eles vão para casa muito bem informados. Então, eu creio que essa segurança que eles têm é muito boa, porque não é em todo lugar que você dá alta para paciente e tem essa discussão de como será que esse paciente será tratado em casa, né?” (P1)
			“[...] com certeza o impacto é positivo [...]”	“Então, assim, com certeza, o impacto será positivo, porque a gente fez essas orientações, e eu acho que no final das contas esse cliente só tem a ganhar, né?” (P3)
			“[...] a alta que não foi dada da forma correta[...]”	“A alta que não foi dada da forma correta, ou que não foi assegurada que o paciente tenha compreendido, nas questões mínimas que você vê que o paciente não entendeu, e por isso não seguiu a terapêutica, ele não fez o seguimento, não fez o uso das medicações, enfim, isso impacta diretamente na saúde do paciente, que tem tudo a ver com a segurança enfim.” (P8)
			“[...] eu acredito sim que eles têm uma alta segura [...]”	“Eu acredito que esclarecidos quanto a possíveis dúvidas, e esclarecidos quanto aos cuidados de medicação e de exercícios da parte da fisioterapia, de acompanhamento psicológico, bom dentre vários, eu acredito que eles têm sim uma alta segura, uma repercussão positiva em relação a isso.” (P12)
	Reinternações	4 (26,66%)	“[...] nós aumentamos a reinternação desses pacientes [...]”	“Então, se a gente não tiver uma alta qualificada, nós aumentamos a internação desses pacientes.” (P4)
			“[...] esse paciente não vai precisar voltar para o hospital por uma coisa pequena [...]”	“Esse paciente não vai precisar voltar para o hospital por uma coisa pequena. Esse paciente ele está com toda a segurança, e seus familiares tem aquele suporte, todo aquele apoio.” (P6)
			“[...] isso pode trazer reinternações [...]”	“E ele tem que ser bem conversado com a família, com o paciente e entre as equipes. Porque se entre as especialidades estiver faltando alguma coisa, alguma pendência vai ser algo mais inseguro. Isso pode trazer reinternações.” (P9)
			“[...] tem uma reinternação por conta de uma falta de orientação [...]”	“Fundamental para que ele não volte, porque às vezes, muitas, muitas vezes a alta tem uma reinternação por conta de uma falta de orientação, ou as vezes, por exemplo se tiver uma intercorrência, por acaso acontecer, aonde ir? O que fazer?” (P10)

	Estrutura fora do hospital	1 (6,66%)	“[...] a gente não vai conseguir mandar ele embora seguro [...]”	“Considerar como é esse paciente em casa, como é essa estrutura familiar, a rede de apoio desse paciente para a gente poder fazer da melhor forma possível, que ele vá com essa segurança, porque sem saber o que acontece depois e sem planejar com outras equipes de saúde do município, a gente não vai conseguir mandar ele embora seguro.” (P11)
	Recuperação da máxima funcionalidade	1 (6,66%)	“[...] quanto menos dispositivos invasivos e mais independência o paciente tem, mais segura é a alta dele [...]”	“Então, eu acho que quanto menos dispositivos invasivos e mais independência o paciente tem, mais segura é a alta dele. E eu acho que a gente foca aqui para chegar o mais próximo disso, para dar alta para o paciente dentro do que é possível.” (P5)
	Redução do tempo de internação	1 (6,66%)	“[...] percebe pela redução do tempo de internação [...]”	“A gente também percebe pela redução do tempo de internação aqui no hospital.” (P14)
Negativa	-	1 (6,66%)	“[...] não, não dá uma garantia, né? [...]”	“Não, não dá uma garantia, né? Acho que a gente confia, mas não sei, não tenho certeza. Até porque envolve muito. Como é a família desse paciente? Como criar a rede de apoio dele? Se ele vai seguir ou não? Se a família vai estar apoiando ou não? E aqui no paciente SUS a gente sabe que tem muita dificuldade nisso, né? Então isso não é realmente uma garantia, pensando mesmo no contexto social.” (P7)
Neutra	-	3 (20%)	“[...] o processo é simplesmente assim [...]”	“O processo é simplesmente assim, a gente treina na unidade de internação e depois faz a supervisão em casa. Quem quer. A supervisão em casa é diretamente o posto de saúde mais próximo e o SAD que pode estar indo fazer o acolhimento. Se ele vê que a família não está apta para poder dar continuidade, ele faz a ponte. A referência faz o fluxo inverso novamente.” (P2)
			“[...]como que nós vamos fazer essa transição desses cuidados...? [...]”	“Eu acredito que todo esse processo tem que ser muito bem cuidado dentro do ambiente hospitalar, para que na hora que ele sai de alta ele esteja muito seguro. Por isso a gente fala em uma alta segura. Como que nós vamos fazer essa transição desses cuidados com segurança para que ele saia acolhido, seguro, fortalecido nesse processo de desospitalização?” (P13)
			“[...]deve ser preparada [...]”	“Deve ser preparada. Os familiares e paciente orientados e a rede de saúde acionada para continuidade dos cuidados com esse paciente.” (P15)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Em mais esse tópico vemos a maioria das respostas contemplando a legislação vigente, como a citada anteriormente, a Portaria MS nº 3.390 (BRASIL, 2013), mas outras também são verificadas, como a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012; e a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

Durante a transição pós-alta, é necessário implementar intervenções desde cedo, com o intuito de garantir uma transição segura e bem-sucedida, especialmente em populações de alto risco, como idosos, indivíduos com múltiplas condições crônicas e aqueles que necessitam de cuidados complexos de longo prazo (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2013). Pesquisas apontam que para essa população, até metade das readmissões pode ser atribuída à alta hospitalar, muitas das quais poderiam ser evitadas. Essas readmissões frequentemente surgem devido a falhas na coordenação do cuidado, baixo seguimento após a alta e informações inadequadas fornecidas no momento da alta (Snow *et al.*, 2009). Especialistas que estudam o cuidado transicional têm investigado a eficácia de várias intervenções em saúde para facilitar a transferência adequada de informações entre a equipe de saúde, pacientes e familiares envolvidos no processo de alta, com o objetivo de reduzir o número de readmissões (Weiss *et al.*, 2015).

Portanto, considerar uma visão abrangente de saúde para orientar as ações relacionadas à alta hospitalar; ações que envolvem compreender que o sistema de saúde deve se alinhar com a escuta, compreensão e contextualização da vida do usuário, de modo a oferecer um cuidado que vá além do binômio adoecimento e cura (Seibert *et al.*, 2019), é de extrema importância. Fomentando que a alta quando bem organizada, envolvendo as disciplinas com suas técnicas e visões, é garantia de segurança, a partir da observação de todos os pontos colocados pela maioria dos participantes da pesquisa.

Contudo, para 3 (20%) dos entrevistados, e para 1 (6,66%), as ações construídas no processo de AHQ para conferir segurança ao paciente e seus cuidadores eram neutras e negativas; respectivamente. A AHQ é uma transição que prevê a continuidade dos cuidados. Trata-se de um momento de mudanças no cotidiano do paciente, pois na maioria dos casos, os cuidados não cessam com a alta do hospital e o retorno para o domicílio (Flesch e Araujo, 2014). Há necessidade de novos cuidados e medicações diferentes do habitual que podem trazer inseguranças ao paciente e tornar vulnerável a alta hospitalar que, se não for bem orientada, pode culminar em novas internações (Costa *et al.*, 2014). Mesmo pacientes que se sentem preparados no momento da alta, ao retornem para casa, se deparam com dúvidas acerca da continuidade do tratamento e da recuperação. Logo, quando ocorre de forma inadequada, a transição do cuidado hospital-domicílio traz diversas repercussões ao paciente que incluem angústia e ansiedade da família (Neves *et al.*, 2016), eventos adversos decorrentes de medicamentos e pouca adesão ao tratamento (Costa *et al.*, 2014).

Como relatado anteriormente, na alta é necessário que a transição do cuidado seja cautelosa e adequada, o que requer um plano abrangente baseado nas necessidades de cuidados do paciente e incentive a participação familiar nesse processo, possibilitando o cuidar em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar. Processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes idosos em situações crônicas de saúde, contribuindo para a redução das taxas de reinternações (Flesch e Araujo, 2014). Estudos revelam, no entanto, que na prática não há planejamento da alta hospitalar, sendo somente as orientações fornecidas de maneira pontual e sintética pelo médico ou enfermeiro no momento da saída do hospital (Fontana, 2017).

Atualmente a qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais. A realização de efetivas transições é, ainda, um desafio, principalmente no que se refere à alta do hospital para o domicílio, pois esses serviços possuem peculiaridades que incluem a grande demanda por atendimento, a superlotação, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos, as quais acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, sendo a transição do cuidado uma delas (Acosta, 2018). À vista disso, entende-se que o preparo para alta precisa ser

planejado desde a admissão, para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída, minimizando assim possíveis reinternações e garantindo o sucesso do tratamento. É importante destacar a importância da equipe multiprofissional de saúde neste processo, orientando nas diversas áreas os cuidados que o paciente deve ter em domicílio (Fontana, 2017; Weber *et al.*, 2017).

Ao considerar a complexidade dos sistemas de saúde e as dificuldades quanto à sustentabilidade, investir em estratégias para aprimorar a comunicação de equipes multiprofissionais e pacientes pode contribuir para o aprimoramento de transições de cuidado. Nessa perspectiva, a garantia de transições seguras e eficientes de serviços hospitalares para o domicílio tem sido foco de interesse de pesquisadores no âmbito internacional. Estudos têm sido realizados para identificar fatores que influenciam o sucesso das transições e avaliar o desempenho dos serviços de saúde nesse processo (Preto *et al.*, 2017). No Brasil, a discussão sobre a transição do cuidado é recente e, portanto, ainda incipiente. Entretanto, foram obtidos avanços nas políticas públicas voltadas para a continuidade do cuidado, que é um dos resultados pretendidos pelo conceito de transição do cuidado.

Ao final foi dado ao entrevistado um espaço reservado para acrescentar algum comentário que ainda julgasse importante ser registrado sobre a temática e suas vivências na equipe multidisciplinar, no planejamento da Alta Hospitalar Qualificada no local do estudo.

Foi possível observar que a totalidade dos entrevistados percebem os benefícios e os desafios do trabalho multidisciplinar na elaboração da AHQ. Assim, a partir dessa visão, é possível verificar a mudança de paradigma no modelo assistencial na instituição, com a multidisciplinaridade alicerçando os cuidados dispensados ao paciente.

Em várias falas percebe-se que as disciplinas se sentem mais valorizadas e empoderadas para construção de processos, incluindo a alta hospitalar.

“Muito interessante, muito bonito e importante essa alta qualificada, porque você não vê em outros lugares isso acontecer, né? Eu tive bastante vivência em outros hospitais e não tive essa oportunidade de ver essa alta qualificada. A equipe envolvida na alta do paciente, e aqui eu vejo isso. Então, eu vejo com um olhar muito bonito, muito importante, e, assim, é um trabalho maravilhoso.” (P1)

“Então, assim, eu só tenho a agradecer porque a gente é muito bem aceita, muito bem vista pelas equipes, e a gente se sente parte

integrante mesmo. Mesmo que a gente esteja engatinhando. Mas a gente se sente muito lisonjeada, porque a gente se sente parte mesmo da equipe multidisciplinar aqui na Beneficência Portuguesa.” (P3)

“Na prática eu vejo que a gente tem um espaço e uma autonomia para dar opinião, e, às vezes, para interferir na alta ou não desse paciente de acordo com o que a gente vê. Eu não esperava isso. Essa é minha primeira grande experiência em hospital com 20 anos de formado. Então, de quando eu formei para agora muita coisa mudou. Eu esperava um ambiente totalmente diferente, eu não esperava essa interação.” (P5)

“As minhas experiências no trabalho aqui têm sido muito bacanas, muito legais, eu sinto tudo fluindo. Eu acho bem importante manter isso, essa coisa de todo mundo conversar, todo mundo alinhar as opiniões.” (P6)

“Todo dia a gente aprende com os colegas, aprende com outros profissionais, e trabalhando aqui na Bene eu consegui entender muito a importância mesmo da equipe multidisciplinar...” (P8)

“Eu acho a equipe multidisciplinar uma das coisas mais benéficas para o paciente no momento da alta.” (P9)

“Queria considerar o fato da melhoria do serviço em relação à equipe, e de estarmos mais próximos, interligados.” (P11)

“Eu acredito que eu tenho somente que agradecer por todo o trabalho que eu venho construindo junto com a equipe multi. Eu acredito que a gente está sempre buscando melhorias para o cuidado tanto do paciente, quanto da família.” (P12)

Acrescem-se às pontuações, os desafios frente a essa nova realidade de cuidado hospitalar, principalmente, no fortalecimento do trabalho multidisciplinar.

“Eu acho que é essencial que a gente pudesse melhorar ainda mais para conseguir fazer isso para uma quantidade grande de pacientes, porque eu acho que isso é um pouco limitado.” (P4)

“Assim, pensando no nosso trabalho aqui acho que talvez uma discussão multi no dia que antecede a alta para que a gente consiga colocar tudo em papel, todo mundo fazer um relatório juntos sobre essa alta do paciente, quais as condutas e qual direcionamento e orientação de cada.” (P7)

“A gente sempre lutou para acontecer, mas quando tem uma força de cima, assim vai muito melhor. Se tem um apoio lá de cima, ter alguém superior apoiando, incentivando e sempre fiscalizando para ver se continua é muito importante mesmo.” (P10)

“Eu acho assim, que a gente tem evoluído demais aqui dentro da instituição. Eu acho que o processo está bem construído. O que falta ainda é a gente aprimorar.” (P13)

“Eu acredito que a alta consegue ser melhorada não focando só no paciente, mas em todos. Ter pessoas chaves para a gente ficar conversando mais em equipe.” (P14)

“Eu acredito que a alta hospitalar qualificada, para que todos os membros da equipe multidisciplinar tenham condições mesmo de orientar o paciente, a família e o cuidador, tem que ser planejada e discutida em tempo hábil, para que todos esses profissionais tenham um tempo de qualidade mesmo de atuar.” (P15)

Foi destacado, ainda, outro ponto, relacionado a melhoria da comunicação e da empatia. “Então, o que falta hoje em dia é a comunicação, a falta de compreensão e empatia com o próximo.” (P2)

A principal observação para o pesquisador, após os resultados descritos anteriormente, se dá na compreensão de que o processo de Alta Hospitalar Qualificada na instituição estudada, nos dias atuais, não se pauta apenas na alta médica, principalmente aquelas direcionadas aos indivíduos com importante perda de funcionalidade e que impactam de forma dramática seus familiares e cuidadores, mas está amparada pela formulação de algumas estratégias conjuntas das categorias profissionais que contemplam a equipe multidisciplinar, por meio de atitude interdisciplinar. A inserção dessas estratégias, embora incipiente, se impõe como uma ação concreta e efetiva nesse hospital, e pode ser verificada pelo pesquisador na elaboração da Alta Hospitalar Qualificada, que ocorre de forma articulada e dialógica.

Embora em nenhuma fala observe-se a verbalização das diversas resoluções legislativas direcionadas à temática, os aspectos legais foram percebidos pelo pesquisador no discorrer da operacionalização de cada disciplina. Centrados no paciente e extensivo a seus familiares e cuidadores; práticas como orientações variadas, garantias de segurança na transição de cuidados, ofertas de recursos e envolvimento com os contextos sociais retratam algumas das principais ações da equipe multidisciplinar, voltadas para a Alta Hospitalar Qualificada.

Entretanto, houve a constatação de que algumas poucas categorias profissionais ainda percebem dificuldades para as construções de trabalho interdisciplinar, principalmente pelo número reduzido de recursos humanos que podem ser utilizados nas atividades processuais de elaboração da Alta Hospitalar Qualificada e, ainda, por acreditar que a equipe multidisciplinar possui interações limitadas, e mesmo inexistentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver ações multidisciplinares no cenário hospitalar é tarefa árdua, especialmente onde o modelo hospitalocêntrico do cuidar, com processos de trabalho fragmentados, ainda predomina. A experimentação profissional dessa mudança de paradigma é, sem dúvida, a conquista mais grandiosa do pesquisador, tal qual o orgulho em apresentar ao hospital, onde ocorreu o estudo, como está organizado o processo de alta hospitalar qualificada, destinado aos pacientes do serviço de Clínica Médica.

Os achados dessa pesquisa evidenciam à instituição hospitalar do estudo a possibilidade da alta hospitalar qualificada ser aplicada e estendida às demais especialidades presentes no hospital, assim como abrem um novo horizonte para a cultura institucional, mostrando a viabilidade da criação de novos espaços de conversa, com a utilização de outras ferramentas e instrumentos que podem fortalecer, ainda mais, a qualidade da alta hospitalar qualificada, atualmente, implementada pela equipe de saúde envolvida nesse processo. Nessa direção, os pesquisadores elaboraram e validaram o conteúdo do instrumento referente ao envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta hospitalar qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista (Apêndice II), que poderá ser usado, periodicamente, com vistas a compreender como a equipe multidisciplinar avalia o referido processo.

Na perspectiva dos participantes do estudo, os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições e as executam satisfatoriamente no planejamento e elaboração da alta hospitalar qualificada, pautado no princípio da integralidade do SUS, centrado no paciente; e respeitando a participação, a opinião e a decisão de todos; possibilitando transições seguras, coordenadas, eficazes e efetivas do cuidado. Nesse sentido, sugere-se uma estratégia para a implementação da alta hospitalar qualificada, no sentido de sistematizar as ações da equipe multidisciplinar presentes no processo, por meio de um Procedimento Operacional Padrão (POP) (Apêndice VII), e ainda alterações em sistema de registro, previsto no Prontuário Eletrônico do Paciente, descritas no referido POP.

Ações interdisciplinares como as reuniões ordinárias da equipe, caracterizam os passos iniciais rumo a multidimensionalidade que envolve esse universo, ficando nítido, para o pesquisador, a necessidade de implementação de outras ferramentas para fortalecer essa atividade, para que as melhorias das práticas hospitalares

impactem de forma decisiva na recuperação da funcionalidade, na transição segura dos cuidados e, na redução das reinternações.

Nesse contexto, observa-se ser premente, o aumento de profissionais de cada disciplina, com o intuito de abranger um número cada vez maior de pacientes e seus familiares/cuidadores que poderão receber esse tipo de atenção à sua saúde, acrescentando-se ainda à equipe, profissional ainda ausente; olhando continuamente para frente em direção ao avanço das ações interdisciplinares, vislumbrando o surgimento da transdisciplinaridade.

Como elemento limitante é importante destacar a escassez de trabalhos na literatura científica direcionada à temática desenvolvida, sob a perspectiva da equipe multidisciplinar, especialmente no âmbito nacional; fato que restringiu, em alguns momentos, a discussão de informações encontradas na presente pesquisa, sob a ótica contemporânea.

Por fim, concebe-se a possibilidade da criação de um novo estudo, que avalie o impacto dessas intervenções da AHQ no que tange as diretrizes que norteiam os cuidados, após a transição do cuidado para fora do ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, J. S. et al. Hospital discharge instructions: comprehension and compliance among older adults. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 11, p. 1491-1498, 2014.

ANDRADE, N. K. S. **O cuidado compartilhado ao recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família**. 2019. 83f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOCCHI, S. C. M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 569-573, set./out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Melhor em Casa**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF: MS, 2013a.

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, 2013b.

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.

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.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Campinas, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2014.

CIETO, B. B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 752-757, jul./set. 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, F. F. et al. A Educação Física do CAPS: experiências do estágio em Guanambi – BA. **Cenas Educacionais**, Caetité, v. 2, n. 1, p. 169-185, 2018.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; CAMERON, I. D.; Shepperd, S. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 3, n. 1, 2013.

MARTINS, A.K.; GREEN, T.L.; MCCARTHY, A.L.; SOWA, P.M.; LAAKSO, E.L. Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [s.l.], v. 15, p. 765-772, 2015.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais do Brasil. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 3, p. 29-50, 2011.

PUPPIN, M. A. P; SABÓIA, V. M. A interdisciplinaridade como estruturante no processo de formação e de cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem**, Pernambuco, v. 11, supl. 10, 2017, 2017.

REIS, D. O; ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil: SUS e Pactos Pela Saúde**, Módulo Gestor. Monografia (Especialização em Saúde Familiar); p. 27-47, 2010.

SEIBERT, E.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.53, p. 272-290, 2019.

WEISS, M. E.; BOBAY, K. L.; BAHR, S. J.; COSTA, L.; HUGHES, R. G.; HOLLAND, D. E. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. **Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 45, n. 12, p. 606-614, 2015.

APÊNDICE VI

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA AOS RESPONSÁVEIS DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (PARTICIPANTES DO ESTUDO)

Dissertação de mestrado: “A Alta Hospitalar Qualificada na Clínica Médica de um Hospital Filantrópico no Interior Paulista na Perspectiva da Equipe Multidisciplinar”.

Autor: Marcelo Riera

Orientadora: Profa. Dra. Silva Sidnéia da Silva

Considerando o compromisso da equipe de profissionais envolvidos no processo do estudo: “A Alta Hospitalar Qualificada na Clínica Médica de um Hospital Filantrópico no Interior Paulista na Perspectiva da Equipe Multidisciplinar”, de autoria de Marcelo Riera, com a orientação da Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva, elaborou-se um relatório que pontuou os principais aspectos do estudo e dos resultados produzidos a partir da sua realização.

O relatório foi devolvido ao Diretor Técnico do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, o Sr. Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva, no dia _____ de 2024. A devolução foi registrada através do “Termo de Apresentação de Resultados de Pesquisa Científica” (Anexo 1). O termo, assinado pelo diretor, pelo pesquisador e sua orientadora informa que a devolução é um desdobramento da pesquisa conduzida por Marcelo Riera e que as sugestões apresentadas não geram nenhuma obrigatoriedade quanto à implementação das medidas descritas no relatório. O pesquisador, no dia da reunião com o Diretor Técnico, explicou em detalhes os procedimentos metodológicos da pesquisa e também os seus resultados. No mesmo dia, uma cópia da dissertação foi encaminhada, por e-mail, ao Sr. Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva, cumprindo, deste modo, com o compromisso firmado no Termo de Apresentação de Resultados.

Agendou-se um encontro com a equipe multidisciplinar para o dia _____ de 2024, que ocorreu durante a reunião ordinária da equipe multidisciplinar, para a construção da alta qualificada. A intenção foi realizar um primeiro contato com os sujeitos da pesquisa após o fechamento do estudo e apresentar brevemente os resultados da investigação; e que ele ocorresse, de preferência, em um dos encontros do Programa de Educação Permanente da Instituição hospitalar.

Ribeirão Preto, _____ de 2024.

Marcelo Riera

Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

APÊNDICE VI PRODUTO 3

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA AOS RESPONSÁVEIS DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (PARTICIPANTES DO ESTUDO) – slides



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
Programa de Mestrado Saúde e Educação
Stricto sensu

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO INTITULADO: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



MARCELO RIÊRA
SILVIA SIDNÉIA DA SILVA
(ORIENTADORA)



Fonte da figura: Canva, 2023



DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Instrumento de coleta de dados

- 1) Em sua concepção, o que é Alta Hospitalar Qualificada?
- 2) De acordo com o seu entendimento, quais são as suas atribuições no processo da Alta Hospitalar Qualificada (AHQ)?
- 3) Descreva como você executa as suas atribuições no processo de Alta Hospitalar Qualificada?
- 4) No exercício de suas atividades diárias, você acha que existe interação entre as equipes dos serviços de saúde no processo de planejamento da Alta Hospitalar Qualificada? Se sim, por quê? Se não, por quê?

Fonte da figura: Canva, 2023

Categoria	Número de Citações e Frequência (%)	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
Reunião interdisciplinar como instrumento de construção de alta qualificada	12 (80%)	[...] das reuniões que faz a discussão da melhor forme [...]	"Inclusive a gente tem reuniões, né, das reuniões que faz a discussão da melhor forma dessa alta qualificada do paciente." (P1)
		[...] nós temos as reuniões [...]	"Nós temos, né, as reuniões com a equipe." (P3)
		[...] a nossa reunião multidisciplinar [...]	"O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde." (P4)
		[...] às vezes a gente gasta tempo na reunião [...]	"Às vezes a gente gasta tempo na reunião que a gente podia estar atendendo, às vezes gasta, às vezes a gente fica afrita porque tem um monte de coisas para fazer. Mas eu acho que se não fosse isso, a gente, ou seguraria o paciente aqui tendo condições de alta, ou daria uma alta precoce sem a família ter condições de receber o paciente em casa." (P5)
		[...] então, a reunião multidisciplinar, eu acho, ela é essencial [...]	"Vou pegar o que a gente faz aqui, nós fazemos a reunião multidisciplinar, ali abordado, cada um dá o seu ponto de vista, cada um vai falando da sua área, e é muito bom e interessante porque todo mundo chega num consenso. Engloba tudo, né? De pensar no pequeninho, até o grande. E a gente consegue essa conversa. Então, a reunião multidisciplinar, ou acho, ela é essencial." (6)
		[...] então a gente tem a reunião de pacientes de alta demanda de cuidados [...]	"Então a gente tem a reunião dos pacientes de alta demanda de cuidados, ou pacientes em planejamento de alta, tem a reunião da equipe multidisciplinar nisso. Não é só o diálogo, mas é traçado um plano por escrito. A gente tem um plano terapêutico, com metas, com atribuições de cada membro da equipe, inclusive prazos. Então, cada membro da equipe dá o seu parecer." (P8)
		[...] uma conversa entre os profissionais [...]	"Uma conversa entre os profissionais, conversa direta, avaliação do paciente em conjunto, e não só um falando separadamente para o outro, interagindo. Toda a equipe, cada um dá o seu ponto de vista e a contribuição para ele planejar uma alta." (P9)
		[...] sentamos, discutimos o caso [...]	"Em discussão do caso, sentamos, discutimos o caso. Colocamos, né? Cada um fala da sua parte e assim a gente consegue montar, preparar para uma data que a gente consiga todos ter dado as orientações necessárias." (P11)
		[...] aqui na Bene nós temos a reunião semanal [...]	"Hoje aqui no hospital, aqui na Bene nós temos a reunião semanal, né? Que é feito com todos os membros da equipe que conseguem participar." (P12)
		[...] eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica [...]	"Eu vejo que cada um nessas reuniões conduz com a sua técnica de como que vai evoluir nesses processos de alta e dando todo o seu parecer, e o seu, complementando com a sua experiência profissional. E aí, junto a isso a gente complementa né? Como um todo e trabalha o paciente como um todo, né." (P13)
Inexistência de interação multidisciplinar para a construção de alta qualificada	3 (20%)	[...] as reuniões de terça-feira que acontecem no hospital [...]	"Bom, as reuniões de terça-feira que acontecem no hospital, que a equipe toda está participando, da parte, serviço social, nutrição, farmácia, todo mundo do fato e consegue elaborar em pacientes específicos." (P14)
		[...] membros da equipe multidisciplinar participam para discutir [...]	"Tem as discussões de caso com a equipe da clínica médica para os pacientes que tenham alta complexidade dos cuidados, onde os membros da equipe multidisciplinar participam para discutir esses casos e as demais especialidades." (P15)
		[...] porque muitos chegam a dar alta e não explicam [...]	"Porque muitos chegam a dar alta e não explicam, não acolhem a família, não sabem se essa família realmente tem condições financeiras e psicológica para receber esse enfermo na sua casa." (P2)
		[...] aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática [...]	"E aqui a gente não faz isso de uma forma tão sistemática, não consegue um protocolo, né? Mas que eu entendo, a gente discute o caso, paciente indo de alta, para onde ele está indo? Está indo para outro hospital, está indo para casa? O que cada um pode orientar? Qual a parte de cada um nesses processos?" (P7)
		[...] atualmente o que acontece é que eu falo com o médico, aí o médico fala com assistente social, e o meio de ponte, fica meio perdido. Às vezes eu tenho que ir atrás de assistente social, que o médico me falou que o assistente social falou. Fica uma coisa meio complicada, mas acho que o ideal seria isso, aquela roda onde todos estão juntos e já falam do mesmo paciente, coloca cada um nas suas metas, e cada um faz a sua parte ali [...]	"O que eu presencio é mais a nossa reunião multidisciplinar, que a gente faz semanalmente, que a gente pega um caso específico, dependendo da demanda do paciente para discutir todo, tudo que ele precisa para a alta, tanto a parte médica, a parte de cuidados em casa, serviço social, se ele precisa de algum cuidado extra que tem que buscar na rede de saúde." (P10)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Desenvolver ações multidisciplinares dentro do cenário hospitalar é bastante desafiador quando o modelo hospitalocêntrico do cuidar, com processos de trabalho fragmentados, sempre foi dominante.
- Os achados desse experimento mostram a possibilidade de sua aplicação e extensão às demais especialidades presentes no hospital, assim como abrem um novo horizonte para a cultura institucional, mostrando a viabilidade de criação de novos espaços de conversa, com utilização de outras ferramentas e instrumentos que fortaleçam ainda mais a qualidade da alta hospitalar.
- O estudo confirma que os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar têm conhecimento de suas atribuições e as executam satisfatoriamente no planejamento e elaboração da alta hospitalar qualificada, pautada no princípio da integralidade do SUS, centrado no paciente, e respeitando a participação, a opinião e a decisão de todos, possibilitando transições do cuidado seguras, coordenadas, eficazes e efetivas.
- Torna-se, assim, premente o robustecimento do número de profissionais de cada disciplina, com o intuito de abranger um número cada vez maior de pacientes e seus familiares/cuidadores, com importância em incrementar a equipe com outras disciplinas, destacando-se a Terapia Ocupacional (TO), olhando sempre em frente para o avanço das ações interdisciplinares, objetivando o vislumbre do surgimento da transdisciplinaridade.


Fonte da figura: Canva, 2023

OBS: Material será disponibilizado na íntegra aos membros da banca.

APÊNDICE VII

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PRODUTO 4

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

1. Definição


Este Procedimento Operacional Padrão – POP padroniza e estabelece regras e recomendações na apresentação dos procedimentos multidisciplinares necessários para elaboração da Alta Hospitalar Qualificada de pacientes com alta demanda de cuidados.

2. Objetivo

Sistematizar o processo de elaboração de Alta Hospitalar Qualificada para pacientes que possuem alta complexidade na assistência, internados nas enfermarias SUS.

3. Responsáveis

Equipe Médica
 Serviço Social
 Enfermagem
 Fisioterapia
 Nutrição
 Psicologia
 Farmácia Clínica
 Fonoaudiologia

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

4. Material necessário

Check List de alta (Anexo I)

Ficha de Alta Responsável reelaborada (com a possibilidade de inserção- no mesmo espaço- de todas as orientações multidisciplinares em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)- alterando o atual modelo. (Anexo II)

Projeto Terapêutico Singular (Anexo III)

5. Etapas do processo de elaboração de alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados:

5.1 Elencar os pacientes com alta demanda de cuidados:

- a) Necessitaram de Intubação Orotraqueal (IOT), ficando acoplados a respirador artificial por dias seguidos, e muitas vezes foram submetidos a traqueostomia, em uso de BIPAP ou outro dispositivo suplementador de oxigênio;
- b) Apresentam estado nutricional comprometido, e, estão impossibilitados de utilizar a exclusivamente a via oral para alimentação, necessitando do uso de Sonda Nasoentérica (SNE), gastrostomia e/ou jejunostomia;
- c) Desenvolveram flacidez muscular generalizada devido ao uso de drogas sedativas, e por ficarem imobilizados por grandes períodos, ou ainda permaneçam com dificuldade de deambulação;
- d) Necessitem de fisioterapia respiratória e aspiração de vias aéreas;

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

- e) Apresentam úlceras de decúbito em diversos segmentos corpóreos, com diferentes estágios evolutivos;
- f) Utilizam diversas drogas para a manutenção de suas funções orgânicas que podem ter interação entre si, com prejuízos variados;
- g) Pacientes com uso de Sondas Vesical de Demora ou Colostomia/ileostomia;
- h) Determinam grandes mudanças à rotina da família e à sua própria individualidade e singularidade, requerendo a estruturação de um novo ambiente domiciliar que possa recebê-los de forma adequada, situações que possam demandar o acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e outros ainda, necessitam ser transicionados para outros pontos das Redes de Atenção à Saúde, como: ILPI, Leitos de longa Permanência e Hospitais de Retaguarda;
- i) Vulnerabilidade social (baixa ou nenhuma rede de apoio).

5.2 Discussão dos pacientes com alta demanda de cuidados em reunião interdisciplinar ordinária para elaboração do PTS.

5.3 Elaboração dos planos por disciplina

5.3.1 Procedimento padrão de Enfermagem

- a) Orientação e treino da enfermagem para passagem de dieta e medicação por SNE ou GTT (Conforme condição sensória do paciente as medicações


		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

devem ser administradas via oral de forma cautelosa, sempre com cabeça elevada);

- b) Orientação, treino e prescrição de material para curativo;
- c) Orientação e treino da enfermagem para higienização, troca de fraldas e transferência;
- d) Treino do cuidador quanto às ostomias;
- e) Orientações da enfermagem quanto aos cuidados com as sondas e aspiração de vias aéreas e/ou traqueostoma (prescrição de cânulas, gaze e luva);
- f) Encaminhamento para SAD ou UBS com prescrição do curativo e a frequência que será realizado;
- g) Treinamento para evitar úlceras por pressão (UPP), e havendo presença de UPP deverá ser avaliado, e realizar orientação das melhores opções a serem aplicadas;
- h) Se a mucosa oral apresentar lesões importantes, pode ser realizada higiene oral com nistatina para garantir maior conforto ao paciente. As próteses devem ser retiradas e higienizadas.

5.3.2 Procedimento padrão de Nutrição

- a) Caso o paciente apresente risco nutricional o nutricionista deverá aplicar o Instrumento de Triagem, cada paciente será avaliado individualmente conforme POP-SND-25 e terá sua conduta dietoterápica traçada individualmente;


		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

- b) Para definição da conduta nutricional orientar quanto ao respeito a tolerância e aceitação da dieta visando à promoção do seu conforto;
- c) Orientações nutricionais gerais e encaminhamento da documentação para aquisição de dietas enterais e ou suplementos, tanto com recursos próprios, quanto governamentais;
- d) Definições nutricionais: Energia: 20 a 35 Kcal/Kg/dia restringir conforme a tolerância e sintomatologia do paciente, Carboidrato: 50 a 60% das calorias totais, ou máximo de 5,7g/kg (atual)/dia, Proteína: 1,0 a 2,0 g/Kg/dia, Lipídios: 25 a 30% das calorias totais, Hidratação: necessidade basal – 500 a 1.000ml/dia.

5.3.3 Procedimento padrão de Fisioterapia

FISIOTERAPIA MOTORA

- a) Mobilização passiva de membros superiores e inferiores;
- b) Alongamentos globais de acordo com as queixas e necessidades do paciente;
- c) Manobras de relaxamento para alívio da dor e tensão muscular;
- d) Exercícios metabólicos, prevenindo e tratando edemas;
- e) Posicionamento correto no leito, evitando a formação de úlceras de pressão e trazendo conforto para o paciente (PS FISIO – 01 - Alternância de decúbito, retirada do leito e posicionamento do paciente);
- f) Estimular o paciente a manter sua funcionalidade para preservar articulações e força muscular;
- g) Exercícios ativos, no leito ou em poltrona, em decúbito ou ortostatismo, conforme a tolerância do paciente.


		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

- a) Melhora da função pulmonar através de exercícios respiratórios de expansão pulmonar e uso do incentivador respiratório, posicionamento no leito.
- b) Preenchimento da solicitação judicial para BIPAP e discussão com o serviço de fisioterapia com o serviço;
- c) Redução das secreções pulmonares através de manobras de higiene brônquica como vibrocompressão, compressão e descompressão, uso de incentivador de higiene brônquica, drenagem postural e aspiração traqueal;
- d) É realizada a avaliação fisioterapêutica visando à necessidade de instalação da oxigenoterapia;
- e) As manobras de higiene brônquica devem ser realizadas com cuidado, principalmente em pacientes com plaquetopenia que podem apresentar hemorragia e em pacientes com osteoporose, por apresentar risco de fraturas;
- f) Estimular manter cabeceira do leito elevada, realizar trocas de decúbito, sair do leito sempre que possível, posicionamento correto no leito, uso de incentivadores respiratórios a partir de orientação fisioterápica.

5.3.4 Procedimento padrão de Farmácia clínica

- a) O farmacêutico clínico deverá fazer as orientações voltados às demandas do tratamento farmacológico, ao paciente e seus cuidadores.
- b) A assistência farmacêutica deverá focar-se em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos na rede pública ou em farmácia de alto


		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código	Data de Emissão	Próxima Revisão	Versão nº	Página
01	16/06/2024	16/06/2025	01	
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

custo, encaminhando ao setor responsável para viabilização dos processos.
(Formulário do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização-LME);

- c) Orientar em relação às possibilidades farmacotécnicas e aos aspectos legais (interações medicamentosas), bem como aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento correto dos medicamentos.
- d) Conciliação medicamentosa.

5.3.5 Procedimento padrão do Serviço Social

- a) Aplicação da avaliação social inicial (anexo 1);
- b) Avaliação da necessidade de aspirador, cadeiras de rodas, banho, muleta, cama hospitalar;
- c) Processo de fralda;
- d) Processo de dietas e suplementos;
- e) Processos de oxigênio domiciliar;
- f) Processos de curatela;
- g) Processos de medicação de alto custo;
- h) Acolher as necessidades de pacientes em situação de rua;
- i) Discussão com a rede de apoio pessoal e com a rede de atenção a saúde (RAS) para planejamento da transição de cuidados, respeitando a autonomia do paciente e visando a garantia de direitos individuais e coletivos.
- j) Encaminhamentos ao CREAS, para ILPI filantrópica.
- k) Orientação sobre cuidados e ILPI.
- l) Identificação da rede de apoio e situação socioeconômica.

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

5.3.6 Procedimento padrão da Medicina


- a) Orientações médicas caso haja piora clínica lembrar de checar retorno em porta aberta nos prazos pré-determinados pelo ministério da saúde;
- b) Preenchimento adequado da ficha se alta responsável;
- c) Encaminhamentos para especialidades e exames (contra-referencia);
- d) Fornecimento de atestados, declarações, relatórios e prescrição de medicamentos;
- e) Entrega de todos os exames, documentos, medicamentos e pertences do paciente.
- f) Prescrição de equipamentos, medicamentos, dietas, órteses, próteses e insumos;
- g) Solicitação de leitos secundários e leitos de longa permanência;

6. Desafios e Propostas

Todas as informações deverão ser registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente com estruturação desse campo para que no mesmo espaço sejam abarcadas todas as especialidades. Seguindo recomendação da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709, de 14/08/2018.

7. Indicadores

Não se aplica

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código	Data de Emissão	Próxima Revisão	Versão nº	Página
01	16/06/2024	16/06/2025	01	
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

8. Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos** / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: [http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuida dos%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuida%20dos%20Paliativos.pdf) > Acesso em: 15 jun 2016.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Ministério Público da União. **Lei nº 13.709**, de 14/08/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Gov, 2018.

FELÍCIO, Eliana C. S.; Pereira, Érica Fernanda; Gomes, Débora. Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais. **Cadernos**, Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v 12, n. 2, pg. 87-91, abr./jun 2006.

GIRÃO, Mariana; Alves, Sandra. Fisioterapia nos cuidados paliativos. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**. v. 5, nov. 2013.


INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. /Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

9. Anexos

ANEXO I

Ficha de Avaliação social inicial

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

		AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL	
PACIENTE		CUIDADOS PALIATIVOS: () SIM () NÃO	
ORIGEM:		ACOMPANHANTE () NÃO () SIM	
ENF./LEITO:	DATA DA VISITA	TELEFONES:	
PERGUNTAS E OBSERVAÇÕES			
Quem é o principal cuidador do paciente?			
Como a família se organiza, ou vai se organizar para cuidar do paciente?			
Paciente que é PCD ou idoso, verificar se já tem curador ou procurador?			
Já usava fraldas antes da internação? S () N () Se sim, retira no município ou alguma ONG?			
Se não, quem está aprendendo a fazer a troca e o cuidado?			
Já usava Sonda antes da internação? S () N () Se não, quem será treinado para passar a dieta e a medicação?			
Se sim, a dieta é comprada ou ganhada?			
Paciente já tinha amputação ou ferida: quem fazia o curativo? Em casa () UBS () SAD () OUTRO ()			
Paciente que passou a usar ostomia na internação, família/paciente já foi treinada para esvaziar e trocar a bolsa? S () N ()			
Paciente idoso que a família não terá condições de cuidado no domicílio, quais as opções a família tem pensado? Cuidador ou ILPI?			
Paciente terá porta aberta por _____ dias, podendo retornar direto ao PA/ SUS, reforçar a orientação.			
Paciente deverá agendar imediatamente o retorno no ambulatório, reforçar as orientações.			
Paciente oncológico, ver se trabalhava antes, se está afastado, se foi orientado sobre direitos, se tem alguma dúvida?			
Se não for idoso ou criança (entre 18 e 59 anos, ver se está ficando acompanhante e como a pessoa se organiza para se alimentar)			
PROVIDÊNCIAS			Enf. Ciente
ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS /PROCESSO DE DIETA (PRESCRIÇÃO DE FRASCOS, SERINGAS E EQUIPOS)			
ORIENTAÇÃO E TREINO DA ENFERMAGEM PARA PASSAGEM DE DIETA E MEDICAÇÃO POR SNE OU GTT			
ORIENTAÇÃO, TREINO E PRESCRIÇÃO DE MATERIAL PARA CURATIVO			
ORIENTAÇÃO E TREINO DA ENFERMAGEM PARA HIGIENIZAÇÃO, TROCA DE FRALDAS E TRANSFERÊNCIA			
OSTOMIA TREINO E ENCAMINHAMENTO: FORMULÁRIO PREENCHIDO PELO MÉDICO E ENTREGUE A FAMÍLIA COM 1 BOLSA			
TREINO ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS E/OU TRAQUEOSTOMIA (PRESCRIÇÃO DE CANULAS, GAZE E LUVA)			
ORIENTAÇÃO INSTITUCIONALIZAÇÃO E/OU CUIDADOR			
RELATÓRIO PARA () CADEIRAS DE RODAS () BANHO () MULETA () CAMA HOSPITALAR			
PROCESSO FRALDA			
PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA, ACIONAR SERVIÇO DE ACOLHIMENTO OU LEITO DE LONGA PERMANÊNCIA			
ENCAMINHAMENTO SERVIÇO AO OSTOMIZADO S () N ()			
PROCESSO DE Q2 DOMICILIAR S () N ()			
FORNECIMENTO DE ATESTADOS, DECLARAÇÕES, RELATÓRIOS PARA FINS DE INSS			
ORIENTAÇÃO PROCURAÇÃO/CURATELA			
LIBERAÇÃO ALIMENTAÇÃO			
LIBERAÇÃO VISITAS/ACOMPANHANTES			
OUTRAS			

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código	Data de Emissão	Próxima Revisão	Versão nº	Página
01	16/06/2024	16/06/2025	01	
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

ANEXO II

Ficha de Alta Responsável (Modelo Atual a ser alterado)



SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA E GRACIOSIDADE DOFFERBAA
 Av. Maria Aux - de Jesus
 Rua da S. Maria
 101 - 1000-000
 2800 - 2800-000-00

Atendimento: 000710 Leito: 1010A Paciente: MARIA SPIGADO SILVA Idade: 173 Convênio: IUS INTERMUS Matricula: 7841020421780 Médico responsável: MARCELO RIBEI Especialidade: CLINIC	Pronto Socio: 280701 Setor: PONTO 02 - NOVA SERRA DE FERIA Sexo: F Data Nascimento: 01/09/1950 Data Admissão: 11/09/2024 22:00 Data Evolução: 16/06/2024 13:00	CNJ: 1780201030000788 CNP: 1780201030000788
--	---	--


FICHA DE ALTA RESPONSÁVEL

Endereço: RUA SILVEIRO NETO 201 CASA
 Data Residência: 01/09/1950 Cidade: RIBEIRAO PRTO Rq: 1020000
 Telefone 1: 2488755199000000 Telefone 2: 2488755200
 HISTORICO CLINICO:

EVOLUÇÃO:
 CONDUTA TERAPEUTICA:
 RESULTADOS DE EXAMES:
 INTERCONSULTAS NA INTERNAÇÃO:
 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DA INTERNAÇÃO:
 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
 DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:
 ORIENTAÇÃO DE ALTA:
 DESTINO DADO AO PACIENTE:

Pag: 1/1

MARIA EDUARDO PEREIRA DE OLIVEIRA
CNP: 240999-09
Deposito: 06/06/2024 13:00

	Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição			
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

ANEXO III
Projeto Terapêutico Singular (PTS)

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				



SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA
HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO
 Rua Tibiriçá, 1172 – Caixa Postal 320 – CEP 14010-090
 Tel: (16) 3977-5500 Fax R: 254 – Ribeirão Preto
 CNPJ 55.990.451/0001-05

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

UNIDADE:	LEITO:	INTERNADO NA UNIDADE DESDE:
NOME:	NÚMERO DE REGISTRO:	
	CARTÃO SUS (CNS):	
IDADE:	SEXO:	TELEFONE:
OCUPAÇÃO / PROFISSÃO:		
FAMILIAR DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:		
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA O CASO:		

*FOI TRAZIDO PARA REUNIÃO DEVIDO:(quais são os critérios para trazer para reunião?)

*SITUAÇÃO É PROBLEMA PARA: () PRÓPRIO USUÁRIO
 () FAMÍLIA DO USUÁRIO
 () EQUIPE
 () Outros: _____

*INTERVENÇÕES JÁ REALIZADAS / TENTADAS:

*RESPOSTAS CONSEGUIDAS COM AS ABORDAGENS ANTERIORES OU POSSÍVEIS MOTIVOS DE INSUCESSO:

*HISTÓRIA CLÍNICA:

*HÁBITOS (Atv. Física; etilismo; tabagismo; outras drogas (ilícitas):

*MEDICAÇÃO:

*HISTÓRICO SOCIAL: (fatores de proteção e vulnerabilidade social; rede de apoio ao cuidado)

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planeamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

*ACOMPANHAMENTO EM OUTRAS UNIDADE/NIVEIS DE SAÚDE: (unidade de contra-referência para continuidade do cuidado)

*Visão dos profissionais:

ENF: _____

FARMA: _____

FISIO: _____

MED: _____

NUTRI: _____

PSICO: _____

S.SOCIAL: _____

*OBJETIVO(S):

*PLANO DE CUIDADO/AÇÕES:(com nome dos respectivos responsáveis)

*Lembre-se que os profissionais devem fazer suas ações de maneira mais rápida possível. Não há como determinar o tempo exato de internação, pois o usuário pode piorar e ir para UTI, ou receber alta, ou mudar de setor.

*ESTAVAM PRESENTE:

		Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição		
Código 01	Data de Emissão 16/06/2024	Próxima Revisão 16/06/2025	Versão nº 01	Página
Área emitente: Equipe Multidisciplinar Enfermarias SUS				
Procedimento: Planejamento da Alta Hospitalar Qualificada para pacientes com alta demanda de cuidados				

Elaborado: Dr. Marcelo Riera	Revisado por:	Aprovado por:
--	----------------------	----------------------

ANEXO A

Ilmo. Sr. Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva
Diretor Técnico do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar "Compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo".

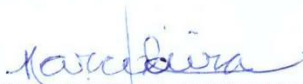
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e será aplicado um questionário -com questões abertas sobre o tema acima proposto-, a profissionais da Instituição hospitalar envolvido no planejamento da alta qualificada, no setor de Clínica Médica. Portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa nesta Instituição de saúde, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável – orientadora



Marcelo Riêra
Pesquisador

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2023.

Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva
Diretor Técnico
CRM 128.178/89
Ystannyslau
31/10/23

ANEXO B


Ilma. Sra. Dra. Letícia Cassimiro Macedo
Vice-Diretora Clínica do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar "Compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo".

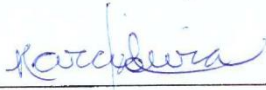
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e será aplicado um questionário -com questões abertas sobre o tema acima proposto-, a profissionais da Instituição hospitalar envolvido no planejamento da alta qualificada, no setor de Clínica Médica. Portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa nesta Instituição de saúde, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável – orientadora



Marcelo Riêra
Pesquisador

Letícia Cassimiro Macedo
31/10/2023
Dra. Letícia Cassimiro Macedo
Clínica Médica
CRM 133342

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2023.

ANEXO C

Ilma. Sra. Melina Monteiro
Gerente de Práticas Assistenciais do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar "Compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo".

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e será aplicado um questionário -com questões abertas sobre o tema acima proposto-, a profissionais da Instituição hospitalar envolvido no planejamento da alta qualificada, no setor de Clínica Médica. Portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa nesta Instituição de saúde, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora

31/10/2023

Melina Monteiro
Melina Monteiro
Gerente de Práticas Assistenciais
Sociedade Portuguesa de Beneficência



Marcelo Riêra
Pesquisador

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2023.

ANEXO D

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO INTERIOR PAULISTA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75651823.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.577.608

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2243952.pdf de 10/11/2023).

Este trabalho visa compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada e abordagem qualitativa, que se utilizará de pesquisa de campo como método de procedimento. Serão realizadas entrevistas com questões abertas, com participantes resultantes de amostragem não probabilística por quota, objetivando compreender o envolvimento da equipe multidisciplinar no planejamento da alta qualificada no Serviço de Clínica Médica de um hospital filantrópico do interior paulista, na perspectiva dos profissionais envolvidos no processo. Espera-se, entendendo que a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado; mas a manutenção da saúde, prevenção de agravos e possíveis recidivas; que esse processo precisa ser construído de forma a integrar todos os

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-7709 **Fax:** (16)3603-7709 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO E

TERMO DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DE PESQUISA CIENTÍFICA

De: Marcelo Riera

Para: Sr. Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva

Data: ____/____/____.

Declaro que recebi os resultados da pesquisa intitulada “A Alta Hospitalar Qualificada na Clínica Médica de um Hospital Filantrópico no Interior Paulista na Perspectiva da Equipe Multidisciplinar”. Tenho conhecimento que a investigação foi conduzida por Marcelo Riera, com a orientação da Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva, sendo ela defendida e aprovada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Recebi, ainda, a orientação de que os resultados que estão sendo apresentados, obtidos a partir da pesquisa, através de relatório que sintetiza os principais dados que foram levantados e analisados, não geram nenhuma obrigatoriedade de implementação de quaisquer sugestões que nele estejam contidas.

Da mesma forma, tenho ciência de que o pesquisador está desobrigado a desenvolver intervenções que tenham o propósito de minimizarem os problemas identificados pela pesquisa, sejam ela remuneradas ou não. Mas o mesmo se coloca à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam estar relacionadas com o relatório ou com a pesquisa que foi realizada com a equipe multidisciplinar que atua na Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto. Por último, declaro que também recebi, por e-mail, uma cópia da dissertação com os dados completos da investigação.

Marcelo Riera

Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Dr. Ystannyslau Bernardes da Silva