

Alda Isabel da Silveira Mello

**DIRETRIZES PARA O PLANO DE ALTA HOSPITALAR:
UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NO PRINCÍPIO DA
INTEGRALIDADE**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Selma Regina de Andrade

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mello, Alda Isabel da Silveira
Diretrizes para o plano de alta hospitalar : uma
proposta fundamentada no princípio da integralidade / Alda
Isabel da Silveira Mello ; orientadora, Selma Regina de
Andrade - Florianópolis, SC, 2013.
203 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Planejamento da
Alta. 3. Enfermagem. 4. Alta do usuário. 5. Assistência
Integral à Saúde. I. Andrade, Selma Regina de . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Alda Isabel da Silveira Mello

**DIRETRIZES PARA O PLANO DE ALTA HOSPITALAR: UMA
PROPOSTA FUNDAMENTADA NO PRINCÍPIO DA
INTEGRALIDADE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de março de 2013.

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Selma Regina de Andrade
Presidente/Orientadora

Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum
Membro

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro

Enfermeira Dra. Isabel Cristina Alves Maliska
Membro

Dedico este trabalho à minha família e aos colegas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas oportunidades que favoreceram meu viver: saúde, amor e desafios que encontro na caminhada.

A minha mãe Vanice, pelo exemplo de dignidade e perseverança, de conviver amorosamente conduzindo com inteligência e carinho a diversidade de toda a família.

Aos meus filhos Júlia, Guilherme e Murilo e minha neta Anita, que preenchem de sentido meu caminho e ensinam a amar.

A Universidade Federal de Santa Catarina, onde convivo desde a graduação, seus professores, servidores, e colegas do Hospital Universitário, em especial à equipe de enfermagem da CM3, e aos usuários que assistimos todos esses anos.

A Dra. Selma Regina de Andrade, pelo empenho durante o processo de orientação do estudo, pela condução criativa e paciência demonstrada.

Aos integrantes da banca, Dra. Nádia Chiodelli Salum, Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Isabel Cristina Alves Maliska, Dra. Eliane Matos e Dda. Aline Lima Pestana, pela disponibilidade de leitura e sugestões que muito contribuíram à complementação do estudo.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde – GEPADES, pelo acolhimento e contribuições.

A Dra. Jordelina Schier e Prof. Dr. Gelson de Albuquerque pelo companheirismo e incentivo no início do projeto.

Aos colegas do mestrado pela a alegria dos momentos de estudo compartilhados.

Aos enfermeiros da CM3: Fernanda, Cilene, Jeane, Isabel, Rafaela, Newton e Milene, em especial à Janeide, Isabela, Márcia Castanhel, pela amizade de muitos anos.

Aos participantes do estudo, usuários e enfermeiras que dispuseram seu tempo e informações para o aprofundamento das ideias.

Agradeço especialmente aos autores consultados, aqueles cujas citações alimentam o estado da arte e que são responsáveis pelas transformações, pois, conforme Albert Einstein (1935): tudo que você aprende na escola é trabalho de muitas gerações.

O homem que não busca novas aprendizagens torna-se um prisioneiro da cotidianidade reprodutivista, acrítica, automática e prosaica, afastando o seu lado profissional da postura autônoma.

(Paulo Freire, 2003)

RESUMO

Estudo de abordagem quali-quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, que objetivou propor diretrizes fundamentadas no princípio da integralidade para o plano de alta hospitalar qualificada de enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Utilizou, como suporte teórico, a compreensão da alta hospitalar sob a ótica da integralidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). A pesquisa foi realizada com onze enfermeiros lotados nas clínicas médicas e cirúrgicas e 144 usuários do Sistema Único de Saúde internados nas clínicas médicas. A coleta de dados utilizou três estratégias: análise documental, oficinas temáticas e questionário Likert. A abordagem quantitativa constou de um levantamento documental para elencar e analisar, a partir do histórico de enfermagem, os problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas de usuários portadores de doença crônica, internados nos serviços de clínica médica da instituição. A abordagem qualitativa utilizou dos princípios da pesquisa-ação e foi operacionalizada em oficinas temáticas com o objetivo de propor, juntamente com os enfermeiros, as ações para a alta hospitalar qualificada, considerando o princípio da integralidade dos serviços do Sistema Único de Saúde. A terceira estratégia objetivou validar, junto aos participantes as principais orientações para formulação de diretrizes para a alta hospitalar qualificada. Nos históricos de enfermagem encontrou-se a baixa ocorrência de identificação de problemas na Necessidade de Educação para a Saúde, passíveis de intervenções relacionadas ao autocuidado e encaminhamentos para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. O conteúdo resultante da discussão sobre conceitos integrativos e práxis assistencial nas oficinas, foi submetido à análise temática e agregado em seis categorias: usuários e familiares; equipe de enfermagem hospitalar; equipe de enfermagem em saúde coletiva; equipe multiprofissional; educação para a saúde e alta hospitalar. No questionário Likert, quarenta e cinco assertivas obtiveram concordância e subsidiaram a elaboração das diretrizes para a alta hospitalar qualificada de enfermagem. Nesse processo foram evidenciadas algumas dificuldades no planejamento de alta hospitalar: predominância da visão fragmentada dos profissionais; falta de aceitação e adesão às atividades educativas e a baixa valorização dos programas de saúde pelos usuários; dificuldades de acessibilidade dos usuários à equipe; grande demanda espontânea; a hegemonia médica influenciando as decisões da equipe multiprofissional; sobrecarga de trabalho; formação profissional; falta

de educação permanente sobre alta hospitalar e Sistema Único de Saúde; falta de recursos; gestão caracterizada pela cultura curativa da instituição; desconhecimento da organização dos serviços da Atenção Primária de Saúde. Os resultados foram organizados em dois manuscritos, o questionário Likert e as Diretrizes para o planejamento da alta hospitalar qualificada de enfermagem.

Palavras-chave: Planejamento da Alta. Enfermagem. Alta do usuário. Assistência Integral à Saúde. Doença crônica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Exploratory, descriptive research of qualitative and quantitative approach, aimed to propose guidelines based on the integrality principle for the nursing qualified discharge from hospital plan of the university hospital Professor Polydoro de São Thiago, from Federal University of Santa Catarina, Brasil. Using the understanding of hospital discharge from the viewpoint of a comprehensive service as a theoretical support (BRASIL, 1990). The survey was conducted with eleven nurses from medical and surgical clinics and 144 users of the Unified Health System hospitalized in medical clinics. The data was collected using three strategies: document analysis, thematic workshops and Likert questionnaire. The quantitative step consisted of document research for analyzing and listing, based on the nursing history, the problems related to Basic Human Needs in patients with chronic diseases, hospitalized in the medical clinic of the institution. The qualitative step used the principles of action research and was operationalized in thematic workshops with the objective of proposing, along with nurses, actions for qualified discharge from hospital, from the perspective of a comprehensive service within the Unified Health System. The third strategy used a survey, with the aim of validating, with participants, the main guidelines for the formulation of rules for a qualified discharge from hospital. on the nursing history, it was found low occurrence of problem identification about the Need of Education for Health, likely related to self-care and referrals for continued treatment after discharge. In the qualitative research, the content resulting from the discussion in the workshops, about integrative concepts and healthcare practice, was subjected to thematic analysis and classified in six categories: Users and family, hospital nursing, public health nursing, multidisciplinary team, health education, and discharge from hospital. In the Likert questionnaire, forty-five assertions obtained agreement and supported the development of guidelines for nursing qualified discharge from hospital. This process showed some difficulties in hospital discharge planning: Predominance of professionals with fragmented views; lack of acceptance and adherence to educational activities, and low valuation of health programs by users; users' difficulty in having access to the team; great spontaneous demand; the medical hegemony influencing the decisions of the multidisciplinary team; excessive workload; professional training; lack of continued education in discharge from hospital and Unified Health System; lack of resources; management characterized by the healing culture of the institution; lack of knowledge

about service organization of Primary Health Care. Results were organized in two manuscripts, the Likert questionnaire and the Guidelines for planning of nursing qualified discharge from hospital.

Keywords: Discharge from hospital planning. Nursing. User discharge from hospital. Health Integral Assistance. Chronic disease. Unified Health System.

RESUMEN

Estudio con metodología cualitativa y cuantitativa, tipo investigativo-descriptivo, con el objetivo de proponer directrices fundamentadas en el principio de la integralidad para el plan de alta hospitalaria calificada de enfermería del Hospital Universitario Professor Polydoro de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Se utilizó como soporte teórico la comprensión del alta hospitalaria desde el punto de vista de la integralidad de los servicios (BRASIL, 1990). El estudio fue realizado con once enfermeros de las clínicas médicas y quirúrgicas y 144 usuarios del Sistema Único de Salud internados en las clínicas médicas. Los datos fueron recogidos usando 3 estrategias: análisis de documentos, talleres temáticos y cuestionario Likert. La etapa cuantitativa incluyó un estudio de los documentos para incluir y analizar, a partir del historial de enfermería, los problemas relacionados con las Necesidades Humanas Básicas de usuarios portadores de enfermedades crónicas, internados en los servicios de clínica médica de la institución. La etapa cualitativa se basó en los principios del estudio/acción y fue realizada en talleres temáticos con el objetivo de proponer, juntamente con los enfermeros, las acciones para el alta hospitalaria calificada, desde el punto de vista de la integralidad de los servicios del Sistema Único de Salud. La tercera estrategia se basó en una encuesta de opinión, con el objetivo de validar, con los participantes, las principales orientaciones para formular las directrices para el alta hospitalaria calificada. En los informes de enfermería hubo poca frecuencia de identificación de problemas en la Necesidad de Educación para la Salud, susceptibles a intervenciones relacionadas con el cuidado personal y derivaciones para la continuidad del tratamiento después del alta hospitalaria. En el estudio cualitativo, el contenido resultante de la discusión sobre los conceptos integrantes y la praxis asistencial en los talleres fue sometido al análisis temático y dividido en seis categorías: Usuarios y familiares; enfermería hospitalaria; enfermería de salud colectiva; equipo multiprofesional; educación en salud y alta hospitalaria. En el cuestionario Likert, cuarenta y cinco afirmativas tuvieron concordancia y apoyaron la elaboración de las directrices para el alta hospitalaria calificada de enfermería. En ese proceso se destacaron algunas dificultades en la planificación de alta hospitalaria: Predominio de la visión compartimentada de los profesionales; falta de aceptación de las actividades educativas y la baja valorización de los programas de salud por parte de los usuarios; dificultades de acceso de los usuarios al equipo; gran demanda

espontánea; la hegemonía médica influyendo en las decisiones del equipo multiprofesional; sobrecarga de trabajo; formación profesional; falta de educación permanente sobre alta hospitalaria y Sistema Único de Salud; falta de recursos; gestión caracterizada por la cultura de cura de la institución; desconocimiento de la organización de los servicios de Atención Primaria de Salud. Los resultados fueron organizados en dos manuscritos, el cuestionario Likert y las Directrices para la planificación del alta hospitalaria calificada de enfermería.

Palabras clave: Planificación del Alta. Enfermería. Alta del usuario. Asistencia Total de la Salud. Enfermedad crónica. Sistema Único de Salud.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, FLORIANÓPOLIS, 2011	104
QUADRO 2: DIRETRIZES PARA A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NO HU/UFSC	153

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: DEMONSTRATIVO DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA NA ETAPA 1, FLORIANÓPOLIS, 2011	60
TABELA 2: DEMONSTRATIVO DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA NA ETAPA 2, FLORIANÓPOLIS, 2012	60
TABELA 3: DEMONSTRATIVO DE PROBLEMAS ELENCADOS POR NECESSIDADE HUMANA BÁSICA. FLORIANÓPOLIS, 2011-2012	61

MANUSCRITO 1

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS 144 PARTICIPANTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA, SEGUNDO O SEXO E LOCAL DE INTERNAÇÃO, FLORIANÓPOLIS, 2011-2012	82
TABELA 2: DOENÇAS CRÔNICAS IDENTIFICADAS EM USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA DO HU/UFSC, FLORIANÓPOLIS, 2011-2012	82
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS EM 144 HISTÓRICOS DE USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA, FLORIANÓPOLIS, 2011-2012.....	84
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS EM 144 HISTÓRICOS DE USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA. FLORIANÓPOLIS, 2011-2012.....	84
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS TRÊS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS DE MAIOR OCORRÊNCIA EM 144 HISTÓRICOS DE USUÁRIOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA. FLORIANÓPOLIS, 2011-2012	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AH	Alta Hospitalar
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária de Saúde
CCR1	Serviço de Internação de Clínica Cirúrgica I
CCR2	Serviço de Internação de Clínica Cirúrgica II
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CM1	Serviço de Internação de Clínica Médica I
CM2	Serviço de Internação de Clínica Médica II
CM3	Serviço de Internação de Clínica Médica III
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DE	Diretoria de Enfermagem
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HU/UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NHB	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Política Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	27
1.1 INTRODUÇÃO.....	27
1.2 OBJETIVOS.....	31
1.2.1 Objetivo geral.....	31
1.2.2 Objetivos específicos.....	32
CAPÍTULO 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
2.1 INTEGRALIDADE: UM PRINCÍPIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
2.2 GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E ALTA HOSPITALAR.....	40
2.2.1 Alta hospitalar de enfermagem e processo de cuidado.....	40
2.2.2 Alta hospitalar e integralidade.....	42
2.2.3 Alta hospitalar e conjuntura atual.....	44
2.2.4 Alta hospitalar e conjuntura institucional.....	45
2.2.4.1 Alta Hospitalar e a Enfermagem.....	48
CAPÍTULO 3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	55
3.1 DELINEAMENTO.....	55
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	55
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
3.3.1 Participantes usuários.....	56
3.3.2 Participantes enfermeiros.....	57
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	57
3.5.1 Abordagem quantitativa.....	57
3.5.2 Abordagem qualitativa.....	62
3.5.3 Questionário Likert.....	68
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
4.1 MANUSCRITO I: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E PROCEDIMENTOS DE ALTA HOSPITALAR: NECESSIDADES DE USUÁRIOS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	74
4.2 MANUSCRITO II: PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS, CONSIDERANDO O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.....	95
4.3 QUESTIONÁRIO LIKERT.....	131

CAPÍTULO 5 DIRETRIZES PARA ALTA HOSPITALAR.....	149
5.1 FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA ALTA HOSPITALAR.....	149
5.2 DIRETRIZES PARA O PLANO DE ALTA HOSPITALAR: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.....	150
CAPÍTULO 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
6.2 RECOMENDAÇÕES	161
REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS USUÁRIOS INTERNADOS	177
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS ENFERMEIROS	179
APÊNDICE C: DEMONSTRATIVO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS HISTÓRICOS DE ENFERMAGEM	181
APÊNDICE D: DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO LIKERT	189
ANEXO A: CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	201
ANEXO B: CARTA DE ACEITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	203

APRESENTAÇÃO

No cotidiano assistencial de enfermagem, durante a realização de ações voltadas à liberação de alta hospitalar, percebe-se, por parte dos familiares e/ou usuários, a falta de conhecimento sobre o evento da doença, as recomendações para a manutenção da saúde e encaminhamentos de acompanhamento terapêutico após a saída do hospital.

O constrangimento profissional gerado por perguntas simples, porém realizadas mediante a urgência e ansiedade de saída, demonstrada pelos usuários no momento de encerramento da internação hospitalar, surpreende e sugere uma frustração profissional relacionada à sensação de impotência ante a situação do usuário e seu respectivo familiar. As respostas a tais questões exigiriam um tempo prolongado de explicações, que poderiam ter acontecido ao longo do período de internação hospitalar.

Como enfermeira, sensibilizo-me ante a sensação de desamparo demonstrada por usuários e seus familiares, que transforma o momento de alta hospitalar em uma experiência ambígua, pois, se por um lado, surge a alegria da melhora do quadro de saúde, por outro lado persiste a ansiedade, principalmente para os portadores de doenças crônicas, devido a incertezas relacionadas ao despreparo para o autocuidado e gerenciamento do quadro residual da doença.

A persistência desse constrangimento motivou muitas discussões em reuniões da equipe de Enfermeiros e também foi objeto de discussões e estudos acadêmicos de professores e alunos estagiários. Entretanto, essa situação se repete a ponto de compor um item específico do planejamento anual do serviço de clínica médica, e pode-se afirmar que ainda não se encontrou uma maneira de implementar o processo de alta hospitalar adequadamente.

A possibilidade de desenvolver a dissertação no Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, voltada ao processo de alta hospitalar constituiu-se em uma oportunidade de desvelar e aprofundar este aspecto assistencial junto aos profissionais enfermeiros, para identificar dificuldades e buscar soluções a partir da visão do profissional que planeja e operacionaliza o cuidado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) implementou mudanças na organização da atenção à saúde, por meio do cuidado em rede, a modelagem de linhas de cuidado e projetos terapêuticos individuais, que constituem conceitos integrativos desafiadores e complexos para os profissionais especializados, que exercem suas funções no âmbito

hospitalar, e que necessitam manter-se atualizados em relação aos programas, ações e serviços para poder realizar orientações e encaminhamentos mais efetivos para evitar agravos de saúde e reinternações.

As diretrizes para a Alta Hospitalar (AH) qualificada de enfermagem constituem o produto final de um percurso metodológico, que buscou informações e ações que sustentam a prática do planejamento de alta no âmbito hospitalar, com os conceitos integrativos que transversalizam toda a malha assistencial dos níveis de complexidade do SUS. Constituem em uma ferramenta administrativa direcionada para a promoção de intervenções de enfermagem mais efetivas, planejadas numa perspectiva de integração com outros pontos de atenção à saúde, como garantia de continuidade do bem-estar do usuário em comum, a divulgação dos princípios e diretrizes do SUS, e favorecendo a adaptação institucional ao novo paradigma assistencial introduzido pela Política Nacional de Saúde.

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) integra os níveis de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo-lhe procedimentos que envolvem tecnologia para a realização de diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento das pessoas portadoras de doenças agudas ou crônicas, que necessitam de recursos especializados, dentre estes àqueles relativos à assistência de enfermagem.

A enfermagem hospitalar assiste os usuários que necessitam de um tratamento institucionalizado e especializado, que inclui acompanhamento, diagnóstico e intervenções terapêuticas, por meio de recursos complexos e logística apropriada, para o atendimento da sintomatologia exacerbada que compõe os quadros agudos.

Os usuários portadores de doenças crônicas, além do atendimento hospitalar, recebem um acompanhamento continuado e integral, que inclui ações e serviços de saúde no âmbito da saúde coletiva segundo o avanço da doença.

Atualmente, a integralidade da atenção constitui um dos principais desafios do SUS, posto que deva ser exercida em suas várias dimensões: desde a maneira da abordagem de usuários e familiares com acolhimento humanizado e holístico à organização do processo de trabalho, no qual o “cuidado integral” se caracteriza pela divisão de atividades que evita a fragmentação assistencial pela equipe de enfermagem. A integralidade é um dos princípios do SUS, que tem fundamentado o processo de mudança na forma de organizar e ofertar os serviços na área da saúde, e diz respeito ao direito universal do usuário de ser atendido em todas as suas necessidades de saúde (SILVA; RAMOS, 2011).

Especialmente em relação aos usuários portadores de doença crônica, que internam e reinternam nos serviços hospitalares, a integralidade assume uma dimensão administrativa como eixo integrador dos fluxos assistenciais, organizados entre as instituições que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. São casos em que a doença progride através de modificações estruturais e funcionais, cujas disfunções ou sequelas imprimem um caráter de dependência em relação aos cuidados que não cessam após a alta hospitalar (AH). Essas situações são consideradas condições crônicas, que podem ser definidas

como aquelas que “apresentam um período de tempo superior a três meses e que, em geral, não se autolimitam” (BRASIL, 2007, p. 115).

As doenças crônicas em processo de agudização são passíveis de reinternação e trazem um grande ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao usuário e seus familiares. É importante conhecer o perfil dessa população, para que seja possível prestar um melhor atendimento hospitalar e, também, planejar atentamente os cuidados que serão necessários após a alta, a fim de evitar uma reinternação não programada (BORGES et al., 2012).

Se considerados o caráter permanente da sintomatologia das doenças crônicas e a frequência com que seus portadores retornam ao hospital, o período de internação constitui-se uma oportunidade de aprimoramento educativo, de formação e transformação cultural para a promoção da saúde do usuário e familiar, por meio da educação para a saúde. São pessoas que necessitam de orientações e incentivo à prática do autocuidado para conquistar sua autonomia, para a manutenção das funções vitais do organismo e à realização das atividades de existência (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Nesse sentido, todas as iniciativas são consideradas importantes de serem desenvolvidas no espaço de atuação que constitui o serviço de internação hospitalar, um ponto de atenção à saúde da rede assistencial do SUS, no qual se desdobram os contatos pessoais diretos, que possibilitam ao enfermeiro, mediante avaliação de gravidade e riscos, considerar a singularidade e a autonomia do usuário, para reavaliar se as suas opções terapêuticas estão sendo adequadas no contexto da vida real (MALTA; MERHY, 2010).

Os aspectos relacionados à reavaliação e inclusão de itens a serem abordados junto ao usuário e familiar, quando elaborados conjuntamente no planejamento para a alta, produzem resultados mais efetivos, quando esses retornarem ao seu ambiente natural e enfrentarem dignamente os desafios de sua nova situação de vida (SCHIER, 2004).

Legalmente, a AH é definida como um ato médico que finaliza a modalidade de assistência prestada ao usuário no âmbito da internação, podendo esse ser liberado nas condições de "curado", "melhorado" ou com seu "estado de saúde inalterado". Para indivíduo portador de doença crônica, é necessário garantir a continuidade da assistência, seja ela desenvolvida em outros pontos de atenção à saúde ou no próprio domicílio (BRASIL, 2002).

Para o usuário portador de doença crônica, a gravidade da doença, o grau de dependência do cuidado especializado e as possibilidades prognósticas limitantes requerem o planejamento e

operacionalização de cuidados por parte de vários profissionais que integram uma equipe multiprofissional. As evidências demonstram que “sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 7).

As atividades terapêuticas realizadas de acordo com a ótica de cada ofício também necessitam de reavaliação dos resultados antes da liberação do usuário. Isto é essencial quando se pensa nos esclarecimentos e encaminhamentos necessários para a garantia de continuidade assistencial pela equipe de saúde que vai receber o usuário após a AH. Nesse sentido, apesar de definida oficialmente como um ato médico, pode-se dizer que, na prática assistencial, a AH tem sua definição ampliada para uma decisão consensual multiprofissional para que cada um possa, em tempo, realizar procedimentos e preparar a contrarreferência provida de insumos e recursos para outro ponto de atenção da rede do SUS, ou até mesmo ao domicílio (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

Cada profissional de saúde detém uma metodologia própria, que estrutura saberes e técnicas, e isso pode, dependendo da visão institucional, piorar a fragmentação do cuidado. Entretanto, se houver liberdade para criar e tomar decisões, as contribuições podem enriquecer o projeto terapêutico comum, pois quando relacionados à gestão das relações de trabalho, “persistem processos segmentados, mas interdependentes e estabelecer acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho” (BRASIL, 2007, p. 142).

No HU/UFSC, não existe um protocolo multiprofissional de AH que organize os aspectos assistenciais no tocante à liberação dos usuários em condição de alta. Alguns profissionais, por exemplo, os enfermeiros organizaram suas próprias rotinas sem descreverem o fluxo de providências internas e liberação em si (procedimentos operacionais padronizados – POP).

Para os enfermeiros, planejar e executar atividades para a AH, em meio às demais atividades assistenciais, é um desafio, pois essas atividades estão diluídas entre tantas outras responsabilidades, as quais não são possíveis de classificar em uma escala de prioridades durante a prestação da assistência, cujo atendimento se dirige prioritariamente às necessidades psicobiológicas devido à gravidade dos usuários que internam em quadros agudos.

Apesar das inquietações relacionadas às ações inovadoras propostas por meio de novas normativas do SUS, longe de proceder essa

ampla e idealizada abordagem, no que tange ao planejamento de AH, observa-se, na prática, que os enfermeiros realizam um rápido esclarecimento no momento de liberação do usuário, sobre dúvidas relacionadas às orientações e reforço de encaminhamentos médicos. Trata-se de informações nem sempre registradas e que raramente são formalizadas como uma contrarreferência ao enfermeiro da instituição de saúde de procedência do usuário. Na prática, o planejamento para AH processa-se de maneira pouco sistematizado, sem registros específicos, sem a prerrogativa de diretrizes estabelecidas para contribuir com sua pertinência e resolutividade (SILVA; RAMOS, 2011).

A falta de um plano de cuidados de enfermagem de preparo para a AH, executado ao longo da internação, acaba por liberar para o domicílio usuários desorientados e inseguros em relação ao porvir, o que já foi constatado por estudos anteriores no HU/UFSC, os quais concluíram que “quando fornecidas as orientações apenas no momento da alta, a maioria dos dados importantes não eram absorvidos pelo acompanhante” (VIEIRA, 2007, p. 76) e também que “a inexistência de referência e contrarreferência influenciam nas reinternações” (SILVA, 2009, p. 60).

Os estudos citados sugerem a necessidade de diretrizes assistenciais congruentes à Política Nacional de Saúde (PNS), que introduzam uma postura do corpo de enfermagem da instituição mais integrativa aos demais níveis de complexidade. É importante, portanto, pensar em uma AH mais engajada, que seja capaz de evitar situações de “abandono”, manifestadas, por exemplo, pelas inquietações, dúvidas e ansiedades por parte dos usuários e de seus familiares em situações de AH e reinternação.

Durante a realização do processo de alta, são necessárias ações educativas, que promovam a autonomia do usuário em relação, por exemplo, à busca de atendimento para intercorrências no local certo; providências destinadas à prevenção do avanço da doença para agravos e sequelas devido ao autocuidado ineficiente, e o fornecimento de informações que permitam ao usuário gerenciar a sua própria saúde por meio de “escolhas responsáveis que garantam maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde” (MALTA; MERHY, 2010, p. 595).

A justificativa deste estudo está expressa, assim, no cotidiano assistencial que inclui, dentre outras questões: as dúvidas e a ansiedade que são manifestadas por usuários e familiares no momento da liberação de AH; o desconhecimento dos enfermeiros acerca dos trâmites legais da Rede de Atenção à Saúde (RAS); ausência de uma sistematização do processo de AH; a preocupação e a frustração dos enfermeiros com a

continuidade do cuidado após a AH; a transferência de responsabilidades relativa a receitas e encaminhamentos terapêuticos ao usuário e familiar; a pequena ocorrência na identificação de problemas relacionados à Necessidade de Educação para a Saúde nos históricos de enfermagem; e a inexistência de registros dos resultados relativos ao plano de AH nas evoluções de enfermagem.

São situações que remetem à necessidade de buscar o entendimento de como acontece, na prática, a articulação das ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde, realizadas pelos enfermeiros durante o período de internação de usuários no HU/UFSC.

Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a responder a seguinte questão de pesquisa: considerando o princípio da integralidade do SUS, quais as diretrizes que podem nortear a alta hospitalar qualificada ao usuário portador de doença crônica?

Esta pesquisa está sustentada teoricamente, no conceito de diretrizes, utilizado para a formulação organizacional do SUS, que corresponde ao conjunto de “posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar profissionais da saúde e usuários dos serviços acerca de cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas” (BRASIL, 2009a, p. 116); e parte da premissa de que a implementação de diretrizes relacionadas à AH qualificada poderá proporcionar um salto na qualidade assistencial, uma vez que elas se constituem em uma ferramenta gerencial desenvolvida a partir do cotidiano assistencial, que abriga em seu bojo as ansiedades e esperanças dos profissionais enfermeiros da instituição em relação à PNS.

1.2 OBJETIVOS

Para responder a questão de pesquisa formulada, o estudo foi organizado em objetivos geral e específicos e conduzido de forma a desvelar uma realidade assistencial elaborada junto aos profissionais enfermeiros, da qual seriam extraídos os subsídios para solucionar problemas relativos à alta hospitalar no HU/UFSC.

1.2.1 Objetivo geral

Propor diretrizes para a alta hospitalar qualificada de enfermagem, destinada a usuários com condições crônicas agudizadas internados no HU/UFSC, fundamentadas no princípio da integralidade do SUS.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Elencar e analisar, a partir do histórico de enfermagem, os problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas dos usuários portadores de doença crônica, que internam nos serviços de clínica médica do HU/UFSC.
- b) Analisar, juntamente com os enfermeiros dos serviços de clínica médica e cirúrgica do HU/UFSC, as ações para a alta hospitalar qualificada, considerando o princípio da integralidade do SUS;
- c) Validar, juntamente aos enfermeiros da Clínica Médica e Cirúrgica do HU/UFSC, as principais orientações para formulação de diretrizes para a AH qualificada, considerando a integralidade dos serviços do SUS;
- d) Organizar as diretrizes voltadas à alta hospitalar qualificada de enfermagem da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC.

CAPÍTULO 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 INTEGRALIDADE: UM PRINCÍPIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), como um sistema que se constitui em um amplo referencial teórico, baseado no conceito ampliado de saúde, que supera a tradicional definição, que se limitava apenas à dimensão biológica. Em seu artigo 3º, parágrafo único, o conceito de saúde consiste no “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

A partir dessa visão holística, o sistema brasileiro de saúde vem sendo implantado por meio de transformações expressivas na área da saúde, acompanhadas, desde então, de mudanças políticas, econômicas e sociais em nosso país. Esse sistema implementado por meio de diretrizes está sustentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização, complementaridade do setor privado e participação popular.

Dentre os princípios do SUS, o da integralidade apresenta-se como forte aliado dos profissionais que interiorizam e assumem o conceito ampliado de saúde. Para Sena e Silva (2008, p. 49):

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

Inicialmente, a configuração assistencial do SUS estava estruturada em um sistema organizacional hierárquico, resultante de conflitos, expectativas e tendências entre a academia e a prática; dos interesses da economia privada e da demanda de saúde da população; das concepções generalistas *versus* especialistas; recursos disponíveis *versus* tecnologias adequadas, etc. A isso, somam-se, também, a resistência dos profissionais mais conservadores e a desconfiança da

população em relação aos serviços prestados pela “saúde pública”. Com o passar do tempo, o SUS permaneceu amparado em uma estrutura verticalizada, na qual o hospital continuou a ser a principal referência de efetividade assistencial, e o resultado disso foi a manutenção da assistência de caráter biomédica, que é fragmentada e, muitas vezes, inacessível aos usuários, devido ao excesso de burocracia existente nos atendimentos e procedimentos disponibilizados à população (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, observa-se que, desde a sua origem em 1988, o SUS mantém-se, ainda, “voltado para o atendimento de condições agudas, comprovadamente ineficazes para o atendimento de uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas” (BRASIL, 2007, p. 114). Apesar disso, muitos programas inovadores foram implantados no campo da promoção à saúde, tais como aqueles destinados aos de controle dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tabagismo, alcoolismo, controle do peso, etc., através de intervenções dirigidas à população (restrições legais, divulgação nos meios de comunicação contra o tabagismo, por exemplo) e do estímulo para que houvesse mudanças sustentáveis de estilo de vida, como o incentivo à prática de esporte, à realização de exames preventivos do câncer e outras mais.

As DCNT e, também, algumas doenças transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), constituem-se em um grande desafio tanto na área da saúde coletiva quanto na hospitalar. Sua etiologia está relacionada a fatores de risco de várias ordens, tais como as individuais; as sociais; as econômicas; o baixo nível de atividade física no lazer; a baixa ingestão de frutas e hortaliças; o consumo de refrigerantes e alimentos com elevado teor de gorduras e sal; o tabagismo; o alcoolismo; o estado de pobreza, entre outros. Também influenciam na saúde da população os fatores relacionados à própria atuação dos profissionais nas instituições da área da saúde, que muitas vezes propiciam a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Existem, ainda, os fatores determinantes macroeconômicos e sociais, como por exemplo, o envelhecimento populacional. Segundo Mendes (2012, p. 37) “o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas”.

Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem trabalhando, nos últimos tempos, em três projetos de abrangência

mundial para gerenciar de maneira inovadora as condições crônicas e combater os incontroversos liames entre saúde e desenvolvimento econômico: cuidados inovadores para condições crônicas, estratégias de melhoria da aderência e atenção primária para condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 5).

Os projetos da OMS, que tratam dos cuidados inovadores para condições crônicas, estão baseados em oito elementos essenciais para o aprimoramento dos sistemas de saúde a saber: apoiar uma mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político, desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos no setor saúde; centralizar o tratamento no usuário e na família; apoiar o usuário em suas comunidades e enfatizar a prevenção (OMS, 2003).

No Brasil, esses elementos foram encampados no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011 a 2022, organizado para promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas doenças e seus fatores de risco. Tal plano visa fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, que incluem estes eixos estratégicos: eixo I, de Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; eixo II, de Promoção da saúde; e, por fim, o eixo III, que se refere ao cuidado integral de DCNT (BRASIL, 2011a).

As diretrizes relacionadas ao princípio da integralidade apresentam-se como um forte aliado dos profissionais de saúde porque, conforme a Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências, em seu artigo 4º, parágrafo 2º, elas visam a “garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequado à competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário” (BRASIL, 2009b).

Nesse estudo, o conceito de integralidade do SUS é entendido conforme definido pela Lei 8.080/90, em seu capítulo II, inciso 2: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

As dimensões do princípio da integralidade estenderam-se a várias aplicações na área da saúde. De acordo com Silva e Ramos (2011), foram identificados quatro eixos temáticos em publicações que abordaram sua efetivação prática: eixo integrador dos sistemas de saúde

e integralidade; formação profissional e integralidade; trabalho em equipe e integralidade e sentidos e significados da integralidade. Todos eles destacam atributos e valores que propiciam uma prática assistencial qualificada, que prima pela preservação dos direitos e valores individuais dos usuários do SUS.

A dimensão social do princípio da integralidade do SUS é assim descrita:

os sentidos e práticas da integralidade podem nos apontar caminhos para a construção de políticas sociais mais justas, como, também, para a organização do sistema e dos serviços de saúde centrados nos usuários e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde, como direito (SANTANA et al. 2010, p. 1655).

No âmbito sistêmico, o princípio da integralidade vem sendo exercido através da organização e do desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se utilizam das linhas de cuidado como instrumento para desenhar essas redes a partir da Atenção Primária de Saúde (APS).

As RAS são definidas legalmente pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Elas constituem-se em um novo modelo assistencial que visa à melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores de condições crônicas pela garantia de acesso e oferta de recursos terapêuticos a partir da APS, que são organizadas numa crescente de acordo com a complexidade do quadro de determinado usuário e que operam de modo cooperativo. Segundo Mendes (APUD Brasil, 2011b, p. 14), o conceito de RAS é:

[...] uma organização que desenvolve um enfoque sistemático e planejado para atender as necessidades dos eventos agudos e crônicos manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de

promoção da saúde, de prevenção nas doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população.

As RAS são acionadas a partir de um projeto terapêutico individual, coordenado pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) à qual o usuário está vinculado, e envolve inclusive seu cuidador, para que seja possível garantir o autocuidado e a continuidade do seu acompanhamento/tratamento. Segundo Médici (2010, p. 1):

as redes de saúde devem estar sintonizadas com outros setores sociais, como educação, cultura, meio ambiente, trabalho e lazer, uma vez que saúde é multideterminada. [...] [Elas] devem ter uma postura ativa em relação ao usuário, compartilhando a informação e dando-lhe responsabilidades para cuidar de sua própria saúde. Redes de Saúde devem qualificar o usuário e compartilhar a informação assistencial com eles, com o objetivo não somente de aprimorar a qualidade assistencial, mas principalmente de melhorar a qualidade de vida para todos.

No tocante à operacionalização da RAS, as linhas de cuidado são estratégias recentes, que ainda se encontram em fase de oficinas que estão voltadas a doenças crônicas, como o programa Qualidia. Esse programa tem seu foco de acompanhamento dirigido aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes, e ele já se encontra na fase de modelagem em vários municípios do país. O processo de cuidado inicia-se a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), quando os servidores de saúde localizam no seu distrito sanitário as pessoas que convivem com fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas, que então são encaminhadas à UBS. Após a organização de um projeto terapêutico individual, elas seguem com acompanhamento periódico e encaminhamento (quando necessário) para o recurso mais especializado de média e alta complexidade, que são imprescindíveis àqueles que desenvolvem a doença crônica.

A linha de cuidado em saúde é constituída por práticas e intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde

e engloba desde o preparo para o autocuidado (desenvolvido pelos próprios indivíduos com o objetivo de promover, preservar ou recuperar a saúde) até as atividades ofertadas de forma organizada pelas redes de saúde constituídas por instituições especializadas (domicílios, clínicas, hospitais, organizações não governamentais, etc.), de acordo com um “projeto terapêutico” individual coordenado pela Atenção Primária de saúde (APS). Segundo Yamada (2010, p. 5), a linha de cuidado consiste no

[...] conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida. A ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos. Uma linha de cuidado deve expressar-se por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema.

O caminho, percorrido pelo usuário portador de condição crônica pelos diferentes serviços da rede de atenção à saúde, seria monitorado pelo Sistema de Gestão Clínica, ou seja, “baseado em informações individuais, o que possibilita capturar dados dos usuários de risco de forma contínua, mapeando grupos e indivíduos prioritários e seus eventos adversos, como complicações, internações” (MALTA; MERHY, 2010, p. 602). O programa Qualidia, por exemplo, é monitorado digital ou manualmente com a finalidade de garantir a melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. O sistema de gestão clínica constitui-se, de acordo com (BRASIL, 2011a).

[...] um vínculo do usuário com a unidade e equipe de saúde. Um aplicativo informatizado utilizado para capturar, gerenciar e fornecer informações de condições clínicas específicas, para dar suporte às decisões de organização do cuidado e manejo dos usuários. Pode ser em formato de papel ou eletrônico, mas é o mais importante recurso para gerenciamento do cuidado e organização de redes de atenção de doenças crônicas.

No município de Florianópolis, são reconhecidas como operantes a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, a Rede de urgência/emergência entre outras. Atualmente, encontra-se em fase de oficinas junto aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a implantação de linhas de cuidado voltadas aos usuários portadores de doença crônicas tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2013).

No momento, o encaminhamento do usuário portador de condições crônicas acontece entre os níveis de complexidade de atenção de maneira burocrática “por meio de um encaminhamento impresso pelo sistema de informação de saúde dos municípios, preenchida pelo médico da UBS para consultas nas especialidades” (SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010, p. 856).

Apesar dos enfermeiros exercerem importante papel de interligação e comunicação assistencial na rede, “administrativamente não foi prevista uma guia própria para o registro de encaminhamentos e veiculação de informações terapêuticas relativas ao cuidado de enfermagem” (SILVA, 2008, p. 857). A referência e contrarreferência entre os enfermeiros “permeia todos os serviços, nos diferentes níveis de complexidade do SUS, e esse contato, quando necessário, ocorre de maneira informal, por telefone, e-mail, ou mesmo por escrito utilizando o impresso de encaminhamento clínico do médico” (SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010, p. 856).

A ausência de encaminhamentos formais para a veiculação de informações relativas ao cuidado de enfermagem prejudica a prática assistencial cotidiana, porque não há meios de firmar uma colaboração formal entre os serviços, o que dificulta a operacionalização do projeto terapêutico dos usuários que saem do hospital, situação essa que é repercutida na fragmentação do cuidado destinado aos usuários do SUS após a alta hospitalar.

A preocupação com a veiculação de informações terapêuticas, para dar suporte à continuidade do cuidado, gerou a formação de grupos de estudos de enfermeiros, que atuam em diferentes serviços da área da saúde, para estudar a construção de uma metodologia assistencial adequada para o registro de informações produzidas na assistência de enfermagem, que deverá ser monitorada e reiterada nos demais pontos de atenção a fim de evitar a fragmentação do cuidado (AMANTE et al., 2010).

2.2 GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E ALTA HOSPITALAR

2.2.1 Alta hospitalar de enfermagem e processo de cuidado

No âmbito hospitalar, o planejamento de alta é uma atividade que visa à realização de intervenções profissionais, com a finalidade de promover o autocuidado, a autonomia e o acesso aos recursos de saúde disponíveis, para os usuários recuperem a saúde por meio de recursos assistenciais complexos.

No âmbito da enfermagem, a AH pode, operacionalmente, ser compreendida como um processo de trabalho de assistência. Para Sanna (2007, p. 221):

[São] [...] os Processos de Trabalho em Enfermagem, a saber: Administrar, Assistir, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente, apresentando seus elementos e a inter-relação entre eles, demonstrando que o trabalho da Enfermagem é complexo e multifacetado, requerendo um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se articulam de maneira própria, para produzir transformação da natureza com especificidade que caracteriza particulares esferas de atuação profissional, formas de contribuição social e inserção política com as quais precisam operar conscientemente os profissionais de enfermagem.

O processo de trabalho de assistir ocorre, nesse sentido, segundo a interrelação de seus componentes: objeto; agentes; instrumentos; finalidade; métodos e produtos. Operar conscientemente esses componentes durante o processamento de uma atividade de enfermagem constitui-se em uma:

condição indispensável para a garantia da qualidade de seus produtos e realização profissional de seus agentes, [...] sendo que no processo de trabalho, a dimensão técnica possibilita apreender o conhecimento do trabalhador sobre seu trabalho (YAMAMOTO et al., 2009, p. 225).

Ao conceber e planejar as ações de saúde, os enfermeiros partem de uma necessidade de saúde que necessita ser satisfeita, pois a produção dessas ações engloba os elementos constitutivos do processo de trabalho articulados e sustentados com as concepções transdisciplinares:

O reconhecimento das necessidades de saúde e sua íntima relação com a finalidade do trabalho e com os demais elementos constitutivos do processo de trabalho quando operam são atravessados pela concepção de homem e de processo saúde-doença e, também, são conformados por processos históricos e sociais que determinam a organização das práticas de saúde (CARDOSO et al., 2011, p. 1088).

O processo de AH tem seu início, legalmente, no momento da admissão do usuário pelo serviço de internação hospitalar e termina apenas no momento de sua liberação pelo médico (BRASIL, 2002). No entanto, mediante o modelo do cuidado em rede para o usuário portador de doença crônica, pode-se afirmar que esse processo não termina ali. O seu produto final estará em constante aperfeiçoamento mediante as novas recidivas da doença e aprendizagens, e é, portanto, estendido para além da saída do usuário do hospital ou outro local de atendimento. Está relacionado também ao caminho que ele vai trilhar nos pontos de atenção da linha de cuidado que procedem cuidados e acompanhamento de projeto terapêutico singular.

De forma analógica, pode-se descrever a AH como uma atividade da enfermagem caracterizada como um “processo assistencial” dinâmico, que apresenta como "objeto de trabalho" os indivíduos que necessitam de algo; como *instrumentos* os recursos de ensino-aprendizagem, encaminhamentos, contatos, transferência para outros serviços de saúde ou domicílio, entre outros; como *finalidade* a promoção do autocuidado, autonomia do usuário/familiar, encaminhamentos afins, entre outros; e como *agentes* o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem. O *resultado*, ou produto deste processo seria, a princípio, a liberação de alta de um usuário e familiar melhor preparado para o autocuidado e tomada de decisões pessoais mais adequadas em relação à aderência e continuidade do tratamento nos demais serviços de saúde. A efetividade das ações está atrelada a um trabalho planejado e dialógico extensivo à equipe multiprofissional (YAMAMOTO et al., 2009, p. 225).

2.2.2 Alta hospitalar e integralidade

O SUS, por meio de seus princípios e diretrizes, apresenta um novo modelo de atenção à saúde, que corresponde ao conceito ampliado de saúde, que não se limita apenas ao campo biológico e à ausência de doenças. Trata-se de um modelo que suscita a “necessidade de novos olhares e ações voltados às diversas áreas de atenção a saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito das instituições hospitalares” (SILVA et al., 2011, p. 596).

O modelo do cuidado em rede introduz novas responsabilidades aos enfermeiros, dentre as quais a mais referendada como valor integrativo é a AH, devido aos parâmetros multifatoriais e multicausais da doença crônica, bem como à pluralidade de estabelecimentos assistenciais de saúde relacionados na modelagem das linhas de cuidado. Em relação ao envolvimento do profissional enfermeiro no processo de alta, Silva e Ramos (2011, p. 248) afirmam:

ser atribuição desse profissional, seja da atenção hospitalar ou da atenção básica, promover a continuidade da assistência do hospital ao domicílio, uma assistência integrada e comprometida com a saúde. Considerando a integralidade do cuidado, o enfermeiro deve favorecer a articulação da atenção hospitalar e básica, contribuindo para a construção desse princípio.

Nesse sentido, entende-se o enfermeiro como um profissional de saúde que necessita manter-se atualizado acerca do desenvolvimento e implantação das políticas públicas de saúde, incluindo aspectos organizacionais no contexto das instituições; os planos; estratégias e programas do SUS já implantados regularmente para corresponder com eficácia à sua responsabilidade profissional e seu papel social.

A AH é um processo complexo e desafiador para os profissionais de saúde, usuários e familiares. Trata-se da elaboração de um planejamento de intervenções educativas que visa o autocuidado e autonomia dos usuários e os encaminhamentos necessários para a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção a saúde, onde se processará seu acompanhamento de saúde após o retorno ao domicílio.

A organização de um planejamento abrangente de AH requer a identificação de necessidades de saúde do usuário, dos insumos estratégicos ao seu caso e dos serviços especializados que estão disponíveis. Uma ampla abordagem não é importante apenas para garantir a qualidade do atendimento, mas também para maximizar a eficácia organizacional (WONG et al., 2011).

O alcance do planejamento da AH parte da premissa da possibilidade de ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistemas de dependências, a idade, a doença, o contexto social e cultural, afetividade, compreensão sobre o processo saúde/enfermidade e o poder de estabelecer compromisso e contrato com outros (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Esses são aspectos relativos à “singularidade” do usuário a serem considerados antes de escolher sobre as intervenções a serem implementadas no planejamento de alta, posto que, no ambiente domiciliar, ele retomará os parâmetros de vida anteriormente construídos e que podem ter sido coadjuvantes na instalação e progresso da enfermidade. Para Schier (2004, p. 82):

as condições de vida e saúde humana, enquanto processo saúde/doença estão relacionadas com o bem estar o qual é subjetivo para cada pessoa, vivenciadas de forma diferente em cada etapa de sua vida e produto do seu viver e das relações que estabelece com o ambiente onde vive.

Outro aspecto relevante na AH diz respeito à natureza multidisciplinar e multiprofissional do cuidado hospitalar. O hospital “reúne profissionais com formação e socialização diferenciadas e que ocupam diferentes posições hierárquicas e diferentes espaços na divisão do trabalho” (GUEDES; CASTRO, 2009, p. 4). O planejamento de AH é um processo de corresponsabilidade entre diferentes profissionais de saúde, que inclui também o corpo docente e discente atuante em determinada instituição, como o HU/UFSC. Entretanto, na prática, a falta de abordagem correta da AH demonstra a fragilidade da comunicação entre os conteúdos e posturas repassados na formação e atuação profissional da enfermagem.

O enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do usuário e familiar devido à atuação diuturna da enfermagem e, portanto, na coordenação do planejamento de AH. Em

relação ao funcionamento da equipe multiprofissional, segundo Cardoso e Hennington (2011, p. 89):

o cuidado nas organizações de saúde, em geral, e no hospital, em particular, é necessariamente multiprofissional, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Este cuidado congrega cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. E, no fim, o que caracterizará a maior ou menor integralidade da atenção recebida será a forma como se articulam essas práticas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza o fortalecimento do trabalho multiprofissional de maneira transversal e grupal e apresenta algumas ofertas metodológicas tais como o acolhimento, a clínica ampliada, a equipe de referência, apoio matricial, projeto terapêutico singular, valorização dos trabalhadores da saúde, a formação de redes, a visita aberta, o direito a acompanhante e a implementação de cursos de formação, câmaras técnicas e comitês de humanização nos locais de trabalho (BRASIL, 2004b).

O cotidiano do trabalho em saúde é continuamente questionado e inovado com a incorporação de conhecimentos e tecnologia. Além disso, é possível observar como a formação dos profissionais reflete e transforma o dia a dia do trabalho em saúde. Nesse sentido, a abordagem multidisciplinar da AH no HU/UFSC se manifesta na integração docente-assistencial por meio da presença de professores e alunos em estágios curriculares nos quais vivenciam a assistência, considerando que a integralidade “constituiu-se no cotidiano de trabalho por meio das interações que se estabelecem” (SENA; SILVA, 2008).

2.2.3 Alta hospitalar e conjuntura atual

Historicamente, o hospital constitui-se em um espaço para tratamento e cura (SILVA et al., 2011), onde os enfermeiros demonstram pouca disponibilidade para inserir o planejamento de AH no processo de enfermagem (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011). Na maioria das vezes, constata-se a alta hospitalar procedida como um expediente burocrático de liberação do usuário que está apto a voltar ao domicílio de origem sem que lhe seja oportunizado, durante o período

de internação, as informações necessárias para promover maior autonomia em relação a sua doença (MALTA; MERHY, 2010).

Mesmo em locais onde é fornecida orientação de alta sistematizada, autores referem que familiares e cuidadores se declaram inseguros e despreparados para assumir o cuidado, “pois as informações recebidas foram pouco elucidativas e generalizadas em relação às necessidades dos cuidados domiciliares” (REIS; COBUCCI, 2011, p. 648).

Para Silva e Ramos (2011, p. 248), a AH “é vista como um processo que se consolida no final da internação”. No entanto, no cotidiano assistencial, há o acúmulo de orientações simultâneas fracionadas sob a ótica de vários profissionais atuantes no meio clínico. Essa situação pode acarretar implicações na continuidade do tratamento, na medida em que “as orientações realizadas no momento em que o cliente está saindo de alta, devido à ansiedade de ir para casa, pode fazer com que os mesmos ignorem as responsabilidades e assumam os cuidados sem questionamentos” (PEREIRA et al., 2007, p. 40). Ainda sob o aspecto da AH resumida ao momento da saída do hospital, Silva e Ramos (2011, p. 248), ao avaliarem a saúde da criança, referem que há ocasiões em que a saída do hospital “só é identificada tardiamente, informada pelo próprio acompanhante da criança [...] e a concepção acerca do processo de AH ainda tomado como alta médica, limitando as ações de enfermagem”.

Outro aspecto importante em relação às dificuldades relacionadas à AH diz respeito à entrega de receituários e encaminhamentos diretamente aos usuários ou familiares, que terão de lançar mão da própria iniciativa e criatividade para providenciar deslocamentos e procedimentos administrativos, o que pode acarretar no retardo do acesso a tratamentos essenciais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

2.2.4 Alta hospitalar e conjuntura institucional

No âmbito hospitalar, os enfermeiros são responsáveis por gerenciar a organização, provisão e supervisão da prestação da assistência de enfermagem. Esses profissionais lideram e coordenam equipes para uma assistência de saúde realizada diuturnamente em todos os ambientes onde se aplicam procedimentos terapêuticos de enfermagem. Eles também são responsáveis pelo provimento de recursos humanos suficientes para a prestação de uma assistência segura, acolhedora e profissional para os usuários que necessitam

recuperar a saúde através de recursos complexos (ALMEIDA et al., 2011).

Os enfermeiros programam e supervisionam as atividades realizadas pela equipe de enfermagem no que diz respeito à realização de técnicas, procedimentos, bem como o estabelecimento de vínculos e responsabilização diante dos problemas de saúde dos usuários, principalmente aqueles que reinternam com agravos e sequelas de doenças crônicas. Para se trabalhar com portadores de doenças crônicas, “é necessário compreender as alterações que a doença causa nas estruturas e funções do corpo, os efeitos sobre suas atividades, a participação social de um indivíduo e suas relações com a família e o ambiente” (BARBOSA; DIAS; PEREIRA, 2007. p. 10.).

A atuação do enfermeiro junto aos usuários e familiares, não apenas está relacionada à promoção de sua integração ao ambiente hospitalar e identificação dos aspectos relacionados ao processo saúde-doença, mas também na organização de informações e encaminhamentos que preparam o retorno do usuário ao seu ambiente natural. Nesse sentido, é preciso considerar a possibilidade de o usuário usufruir uma vida com qualidade, posto que as doenças crônicas também podem ser tratadas e controladas no domicílio. Existem muitos programas inovadores do SUS, tais como o de Hospital Dia Geriátrico, Internação Domiciliar entre outros, aos quais os profissionais da saúde podem encaminhar o usuário para um adequado acompanhamento após a alta hospitalar (SCHIER, 2010).

O enfermeiro busca instrumentalizar-se para garantir uma assistência holística e livre de riscos, e também para identificar fragilidades e potencialidades emergentes das vivências explicitadas pelos usuários, a fim de conceber ações com foco na promoção a saúde, que são possíveis de serem trabalhadas junto a esses e seus respectivos familiares ainda durante o período de internação. Para os autores Malta e Merhy (2010, p. 603):

Uma abordagem focada na promoção deve incluir: fatores de risco e doenças já instaladas - como diabetes e hipertensão; ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida; estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso; ações produzidas por equipe multidisciplinar; incorporação de outros profissionais de saúde; empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos - autonomia.

O planejamento de AH caracteriza-se, portanto, como um processo assistencial dinâmico que é realizado através da educação voltada à saúde, que considera sentimentos e expectativas do usuário e familiar a fim de prepará-los para o autocuidado (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011). Na prática, esse planejamento depende principalmente da sensibilidade do profissional para promover a adesão ao tratamento dos problemas identificados inicialmente no Histórico de Enfermagem e, também, daqueles identificados nas passagens de plantão e durante a visita realizada diariamente ao usuário internado (REIS; COBUCCI, 2011).

Nessa perspectiva, a internação não pode ser revertida abruptamente, pois se faz necessário prever tempo hábil para checar o nível de entendimento e adesão ao tratamento por parte do usuário e familiar com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado através de um contato prévio com outros enfermeiros/líderes da comunidade aos quais será formalizada a transferência aos serviços da Atenção Básica de Saúde.

Dentro do modelo do cuidado em rede do SUS, os usuários são reencaminhados à UBS, onde estão os profissionais responsáveis pela coordenação e acompanhamento do projeto terapêutico individual do portador de doença crônica, bem como dos encaminhamentos que se fizerem necessários aos demais níveis de atenção, às instituições prestadoras de serviços especializados nas Linhas de Cuidado modeladas na região domiciliar do usuário (MALTA; MERHY, 2010). Os encaminhamentos correspondem às providências relativas ao provimento de acessórios, medicamentos, transporte, deslocamentos, inscrição nos programas, etc.

A internação hospitalar modifica o referencial das pessoas dependentes do atendimento especializado em saúde. O usuário e familiar têm seu *status* de independência e autonomia modificado, em enfermarias em difíceis condições para abrigar seres humanos acamados e dependentes de cuidados, face às necessidades básicas, “podendo-se verificar, durante a internação, momentos de isolamento, olhar perdido no tempo, relatos de solidão devido ao afastamento da casa e da família” (ALBUQUERQUE; CUBAS, 2009, p. 555),

A partir da admissão no serviço de internação hospitalar, suas vidas passam a integrar esse cenário complexo, no qual diversas pessoas vêm realizar seu trabalho, sob diferentes óticas (profissional, didático, voluntário, etc.). Um cenário bem diferente daqueles frequentados ao longo de suas vidas no âmbito domiciliar. Frente a tal estranhamento, o

usuário “pode perceber uma dificuldade para o autocuidado em sua condição, visto que o ambiente que o rodeia apresenta-se estranho e distante do qual está acostumado” (BARROS et al., 2012, p. 847).

A logística gera uma série de rotinas e procedimentos próprios ao ambiente hospitalar, que inclui a organização de espaços, a realização de procedimentos, as atividades burocráticas simultâneas, as atividades didáticas. Essas são exemplos das providências relativas à demanda assistencial, às quais estão submetidos o usuário e seu familiar, que implicam desde alterações dos hábitos pessoais (banho, alimentação, medicação, etc.) até a convivência com procedimentos invasivos, que podem limitar espaços e liberdades. A qualidade da interação entre usuário, familiar/cuidador e enfermagem durante o período de internação pode promover ou inibir sua adaptação e, também, a adesão às orientações e práticas educativas executadas ao longo do período da internação.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem incorporam-se ao processo de AH durante a realização cotidiana das práticas cuidativas quando demonstram e incentivam a colaboração e/ou participação do usuário e familiar nos procedimentos que estão sendo realizados (BAGGIO, 2006). De fato, participam do processo educativo voltado à continuidade do cuidado no domicílio. Esse envolvimento é algo fundamental para favorecer a adesão às orientações terapêuticas durante a etapa de superação e/ou acomodação do desequilíbrio tratado no hospital, além de contribuir para a diminuição de conflitos familiares, sintomas de depressão e ansiedade.

O reconhecimento pela equipe de enfermagem da natureza e do impacto do problema vivenciado pelo usuário, a compreensão e identificação das estratégias de enfrentamento que ele e seu familiar utilizam e o respeito ao seu processo de adaptação à doença crônica poderão, através de uma postura empática, ir ao encontro de suas reais necessidades para diminuir o seu sofrimento e colaborar na sua adesão ao tratamento (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

2.2.4.1 Alta Hospitalar e a Enfermagem

A enfermagem do HU/UFSC tem sua assistência sistematizada de acordo com a Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta (1979), que foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow (1954). Segundo esta última teoria, o ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las. Associando-as a uma hierarquia de configuração

piramidal, a partir das necessidades mais básicas (psicobiológicas), ele está sempre buscando a satisfação e só passa a procurar satisfazê-las no nível seguinte (psicossociais) quando ele experimenta um mínimo de satisfação no nível anterior até as necessidades de realização (psicoespirituais) (HORTA, 1979). No entanto, reconhece-se que dificilmente um problema afetará apenas uma necessidade, pois todas estão intimamente relacionadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1981).

Ao internarem, geralmente os usuários portadores de doenças crônicas apresentam um estado geral ruim, que requer assistência através de procedimentos relativos ao controle de sinais e sintomas, que se manifestam de maneira aguda e que são relativos às necessidades psicobiológicas, ou seja, aos problemas fisiológicos.

As necessidades psicossociais, dentre as quais se encontra a de Educação para a Saúde e Aprendizagem, estão no segundo nível de prioridade da pirâmide de Maslow. Embora Horta tenha afirmado que as necessidades estão intimamente relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o Ser Humano pode "perceber a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras" (HORTA, 1979).

Assim, mesmo na fase crítica, durante a visita diária aos usuários e familiares, o enfermeiro já pode identificar aspectos educativos que são possíveis de abordar precocemente, ou seja, antes da AH. Tais problemas podem ser identificados como a negação da sintomatologia, a resistência às restrições da dieta, o grau de colaboração em procedimentos e controles e, enfim, as manifestações diversas que compõem um rico levantamento de dados passíveis de serem trabalhados ali mesmo, à beira do leito. Trata-se de um processo educativo mais informal. Essa orientação inicial pode minimizar o sofrimento do usuário na fase aguda da doença, promove a aceitação das limitações presentes e a adesão ao tratamento através de sua própria participação nos cuidados dentro do possível.

Sob a ótica da integralidade do cuidado, acontece uma redefinição das práticas assistenciais no sentido de programar intervenções técnicas, de acordo com as respostas ao plano terapêutico. E nessa redefinição se dá o desenrolar do equilíbrio das necessidades básicas e de criação de vínculos, acolhimento e autonomia, que valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos, como ponto de partida para qualquer intervenção, como um cuidado centrado no usuário extensivo aos demais níveis de saúde do SUS (SENA; SILVA, 2008).

Para planejar intervenções educativas, cabe ao enfermeiro conhecer a realidade da situação pessoal, cultural, social e econômica, considerar o grau de receptividade e adesão às informações para o autocuidado e também buscar o envolvimento e a colaboração multiprofissional e inter-setorial tanto intra-hospitalar como em relação aos demais níveis assistenciais do SUS. Para Pagliarini e Perroca (2008, p. 394):

recomenda-se que o plano de alta seja iniciado no momento da admissão na instituição hospitalar e incorpore quatro etapas: Avaliação das necessidades do usuário; desenvolvimento do plano de alta; educação usuário/familiares mobilizando recursos e serviços necessários; acompanhamento e avaliação, geralmente função dos serviços da comunidade.

Em relação à necessidade de Educação para a Saúde e Aprendizagem, os problemas identificados no histórico de enfermagem correspondem a um dos subitens previstos no roteiro de levantamento de dados, a saber: orientação sobre os problemas levantados nas demais NHB; sobre os recursos disponíveis na comunidade; sobre os recursos socioculturais, sobre os exames periódicos de saúde; sobre o saneamento básico e as imunizações, etc. A partir dessa identificação inicial, são planejadas intervenções que visam promoção à saúde, integradas ao processo de viver do usuário e familiar durante o período de internação, segundo o Roteiro de Observação da UFSC (1981).

Acerca da integralidade, como eixo de articulação entre os serviços, a eficácia desse planejamento requer do enfermeiro uma atualização contínua sobre os aspectos relativos às políticas de saúde. São dispositivos tais como os princípios e diretrizes do SUS, RAS, linhas de cuidado, novas demandas de saúde da população, implantação de novos programas, incluindo aqueles disponibilizados por entidades credenciadas, organizações não governamentais, nos quais as equipes atuam instrumentalizadas, através de programas inovadores para orientar e acompanhar usuários com doenças crônicas de saúde após a AH.

Um dos princípios fundamentais definido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC) destaca que o profissional de enfermagem:

participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de

saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COREN-SC, 2010, p. 100).

Ao proceder à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro organiza suas percepções relativas ao levantamento de problemas, diagnósticos e prescrições, aos quais ele analisa para suspender, manter e/ou prescrever novas intervenções (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Assim, desde os primeiros dias de internação, é possível abordar aspectos básicos relativos a cada doença, através de práticas de educação para a saúde. É possível, também, prever a utilização de estratégias didático-pedagógicas com recursos acessíveis ao entendimento do usuário e familiar relativos às especificidades para a manutenção da qualidade de vida, adequação às limitações eminentes e sequelas.

Ao programar as orientações, o enfermeiro poderá utilizar-se de estratégias de ensino-aprendizagem e tecnologias para atividades educativas, como as publicações oficiais, cartilhas institucionais, prospectos, palestras, filmes, reuniões de grupos, participação em consultas de enfermagem no ambulatório, dentre outras estratégias. Poderá ele, também, exercitar a troca de informações com colegas de outras instituições para onde o usuário será contrarreferenciado, a fim de verificar as reais possibilidades da continuidade do cuidado, iniciado durante a internação hospitalar.

Um aspecto essencial, relacionado à prática educativa, é o respeito à autonomia do indivíduo, na medida em que “mais do que transferir conhecimentos, o educador deve criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2003, p. 47). Nessa perspectiva, o enfermeiro abre espaço para que o usuário e familiar participem da escolha de métodos didático-pedagógicos, acrescentando suas próprias expectativas/perspectivas, de acordo com suas reais possibilidades para o estabelecimento conjunto de metas de aprendizagens voltadas ao cuidado e ao autocuidado, bem como decidir quais os recursos mais adequados e disponibilizados, no meio hospitalar, para se proceder a educação em saúde.

Existem estratégias de aprendizagem utilizadas durante o período da internação, como o fornecimento de material terapêutico para leitura. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre edita a coleção "Educação e Saúde", dirigida aos usuários e seus familiares. Trata-se de uma série de publicações (40 volumes), que fornecem informações e dicas, que auxiliam na promoção da saúde e da qualidade de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011). Outro recurso interessante vem da Escola de Saúde Pública do Paraná, que mantém a produção de vídeos educativos em saúde, com recursos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PARANÁ, 2011).

O HU/UFSC disponibiliza a Sala de Leitura Salim Miguel, com o objetivo de contribuir com o processo de humanização e incentivar o hábito da leitura de usuários internos, externos, acompanhantes e servidores do hospital, além de agregar valor aos serviços oferecidos pela instituição com o acesso à internet, a vídeos educativos, dentre outros.

Outro aspecto relevante atrelado à AH diz respeito aos registros efetuados no prontuário durante o período de internação. A palavra "prontuário" origina-se, etimologicamente, do termo latino "*prontuarium*" que significa "lugar em que se guardam ou depositam coisas que devem estar à mão, de que se pode precisar a qualquer momento, ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa" (HOUAISS, 2009). Dessa forma, o prontuário não é apenas o registro da anamnese do usuário, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência e constitui-se, assim, no registro legal das ações de médicos, de enfermagem e de outros profissionais (POSSARI, 2005).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2009), a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, e as informações podem ser acessadas pelo usuário e familiar se assim desejarem (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Por isso, é importante que os registros de enfermagem demonstrem claramente as intenções e os resultados obtidos durante o tratamento intra-hospitalar, para subsidiar a contrarreferência com dados concretos, orientações e encaminhamentos fornecidos durante a internação hospitalar, que permitam identificar quais os itens a serem trabalhados e reforçados nos demais níveis assistenciais da RAS (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Um estudo que avaliou o instrumento de classificação de usuários, como norteador do planejamento de alta de enfermagem,

revelou que as enfermeiras normalmente atêm-se a registrar mais as áreas de cuidado da dimensão psicobiológica. Contudo, ao utilizarem o instrumento preestabelecido, a dimensão psicossocial passou também a ser privilegiada, o que possibilita uma identificação mais abrangente e aprofundada das áreas de cuidado, que requerem atenção no domicílio (PAGLIARINI; PERROCA, 2008).

Outro estudo, realizado através da aplicação de um impresso para nortear o planejamento de alta, abrangeu informações a serem colhidas e trabalhadas junto ao usuário ao longo dos primeiros quatro dias de internação, considerando as necessidades individuais e o autocontrole ineficaz da saúde. Dentre suas conclusões (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011, p. 530) constam que:

o enfermeiro deve estar apto a investigar e registrar, no intuito de documentar a assistência prestada para que dados possam ser resgatados e reavaliados, tanto por ele, quanto pela equipe multidisciplinar [...] embora a literatura apresente muitas discussões sobre o planejamento da alta do usuário e a importância do papel do enfermeiro neste processo, a documentação de experiências de enfermeiros brasileiros ainda é escassa.

Quanto aos encaminhamentos relativos à transferência do usuário para outros pontos de atenção na rede assistencial do SUS, no HU/UFSC ainda não foi estabelecido um instrumento específico para os registros assistenciais da enfermagem, o que ocasiona dificuldade na reprodução, circulação e utilização da informação terapêutica gerada pelas intervenções de enfermagem. Muitos enfermeiros recorrem ao expediente da reprodução de registros sistematizados durante a internação para contra referenciar o usuário crônico aos demais níveis assistenciais.

Sem uma contrarreferência, há o risco da fragmentação do cuidado. Após a AH, ao consultar em outra instituição, na maioria das vezes, as informações terapêuticas ficam por conta dos detalhes da narrativa do próprio usuário e familiares, para se estabelecer os parâmetros de decisão sobre a continuidade da terapêutica em relação aos cuidados (ZAMBENEDETTI, 2009).

Assim, muitas vezes, quando não há um expediente de comunicação com o registro das informações da internação (e-mail, fax, fotocópia da evolução, etc.) ou um contato pessoal entre os profissionais de saúde (telefone, *Skype*, etc.), que atuam no distrito sanitário ao qual o

usuário está inserido, poderão ocorrer situações de abandono, pois se passam vários dias após a AH até que ele seja identificado pela ESF. Quando os encaminhamentos ficam por conta do usuário, “algumas vezes a informação chega à UBS muito tempo após a alta, dificultando o trabalho da ESF” (SILVA, 2009. p. 94).

No HU/UFSC não existe um programa permanente de capacitação dos profissionais de saúde para os aspectos relativos às diretrizes e princípios do SUS, tais como política assistencial, gestão do trabalho, gestão de recursos humanos, implantação de novos programas, ações e tecnologias voltadas ao atendimento das novas demandas em saúde, que sejam capazes de alicerçar uma assistência atualizada e congruente com as novas competências para o trabalho e ao novo paradigma assistencial gerado pelo SUS.

CAPÍTULO 3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO

A dissertação desenvolveu-se por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, sendo a parte qualitativa pautada nos princípios da pesquisa ação.

O levantamento de dados foi realizado, primeiramente, por meio de uma pesquisa documental exploratória e descritiva, realizada em uma fonte primária constituída pelos registros em históricos de enfermagem de usuários internados. Foram quantificados os problemas de enfermagem sublinhados em todas as Necessidades Humanas Básicas, relativos à identificação de problemas que poderiam gerar intervenções de enfermagem relativas ao processo de AH.

A abordagem qualitativa realizou-se por meio da coleta de dados em oficinas realizadas com a participação de enfermeiros, com vistas à obtenção de informações a partir da vivência do cotidiano assistencial, relativas às intervenções de enfermagem e ao processo de operacionalização da AH.

O resultado do conteúdo elaborado nas oficinas foi submetido aos participantes na forma de assertivas organizadas em um questionário do tipo LIKERT (abordagem quantitativa), sendo que as questões aprovadas subsidiaram formulação das diretrizes para AH qualificada da enfermagem.

As diretrizes para AH qualificada de enfermagem foram elaboradas como produto da dissertação, redigidas e organizadas para serem encaminhadas à Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC como uma ferramenta administrativa para subsidiar uma postura institucional mais integrativa aos princípios do SUS, especialmente o da integralidade.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no HU/UFSC, inaugurado em 1980, que se constitui num hospital geral, público, voltado para o ensino, pesquisa e extensão, no qual se localizam os Serviços de Internação de Clínica Médica (CM) e Clínica Cirúrgica (CCR). São cinco setores de internação que juntos somam 145 leitos, incluindo cinco leitos de isolamento. Cada setor comporta 29 leitos. Os usuários internam geralmente acompanhados por familiares e/ou cuidadores e ficam acomodados em quartos que possuem dois ou quatro leitos.

Atuam nos setores os profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, etc.); da residência multiprofissional e médica, os integrantes do corpo discente e docente da UFSC, voluntários (Amigos do HU/UFSC, por exemplo), dentre outros.

Os serviços de internação englobam diversas especialidades para o atendimento de situações de saúde com comprometimentos crônicos e agudos, em diversos graus de gravidade, a saber: hematologia, neurologia, pneumologia, nefrologia, cardiologia, reumatologia, endocrinologia, clínica médica, infectologia, cirurgia geral, torácica, vascular, plástica, transplante hepático, neurocirurgia, proctologia, urologia, cabeça e pescoço, otorrino, entre outras.

A instituição oferece um suporte de vários pontos de atenção à saúde de alta complexidade, como o de hemodinâmica, endoscopias, tratamento quimioterápico, hemodiálise, UTI, etc., e o ambulatório, que contém ampla cobertura de consultas e procedimentos relacionados a tais especialidades, que estão vinculados à marcação realizada pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) sob a coordenação da UBS.

A enfermagem presta assistência diuturnamente em três turnos alternados com equipes formadas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em todos os ambientes cuidativos em que se faz presente na instituição.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite a realização de praticamente todos os passos do processo de enfermagem de maneira informatizada. A enfermagem adota um modelo assistencial baseado no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, por meio do qual realiza a previsão, a execução, a supervisão e a avaliação da evolução diária do estado de saúde de cada usuário e familiar internado, que vem sendo realizada desde a abertura da instituição em 1980.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.3.1 Participantes usuários

Foram cento e quarenta e quatro (144) usuários portadores de condições crônicas, internados nos serviços de clínica médica do HU/UFSC, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização de investigação nos históricos de enfermagem em seus prontuários, (Apêndice A).

3.3.2 Participantes enfermeiros

Foram onze (11) enfermeiros que atuam nos serviços de clínica médica e cirúrgica do HU/UFSC, mediante assinatura do TCLE, que participaram das oficinas da pesquisa, (Apêndice B).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de dissertação está em concordância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996a), e foi aprovado pelo parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) de número 2392/12 (ANEXO A).

Para preservar os direitos da instituição hospitalar foi concedido um termo de autorização de pesquisa, assinado pelo guardião judicial dos prontuários na instituição, ou seja, o diretor do HU/UFSC, (ANEXO B).

Os enfermeiros participaram da pesquisa mediante o esclarecimento e assinatura do TCLE, do qual foi oferecida uma cópia. Foi oportunizada a tomada de decisões conjuntas sobre as atividades desenvolvidas nas oficinas, sendo que as oficinas foram gravadas e transcritas com prévia autorização. Para manter o anonimato dos participantes foi decidido pela identificação de cada um em E1; E2; e assim por diante até E11.

Os documentos e dados da pesquisa permanecerão sob a guarda da pesquisadora principal durante cinco anos, arquivados em local de acesso exclusivo da pesquisadora e depois serão destruídos.

3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

3.5.1 Abordagem quantitativa

Inicialmente, os dados foram coletados por meio de uma investigação documental exploratória e descritiva, cujos dados foram levantados nos registros do Histórico de Enfermagem de usuários internados no HU/UFSC.

O histórico de enfermagem é um impresso componente do “prontuário do paciente” na instituição, de uso privativo do enfermeiro, que contém o registro das informações sobre o estado inicial de saúde do usuário, feito por meio da identificação dos problemas de saúde

constatados nas primeiras 24h de internação. Tais informações são de caráter oficial, pois consiste em uma anamnese, que contém os sintomas iniciais, a observação clínica e os dados singulares do paciente, que são organizadas segundo orientação da SAE e validadas pelo nome e carimbo do profissional responsável pelo levantamento dos dados (UFSC, 1981).

O prontuário do paciente representa uma fonte de pesquisa de natureza primária, isto é, aquela que contém registros originais, intactos e que ainda “não receberam um tratamento analítico, [...] [e que] encerram uma fonte rica e estável de dados que subsistem ao longo do tempo e que podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 51).

Esses documentos constituem-se fontes primárias de pesquisa porque as informações neles registradas preservam as impressões e motivações do próprio autor, e que “podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Investigar históricos de enfermagem significou uma tentativa de alcançar a intencionalidade do profissional no momento em que foi realizada a anamnese, quando foram observadas a quantidade e a qualidade das impressões escritas, os problemas sublinhados, a aparência do impresso, a facilidade de acesso para nova utilização, enfim, intuir o sentido e a utilidade das informações para a atuação profissional, ou as esperanças por parte do usuário nas intervenções de enfermagem que seriam geradas e implementadas para a melhoria do seu estado de saúde. Segundo Campus, Cury (1997, sem página):

No trabalho com as fontes, recuperação de matizadas memórias, também o pesquisador se verga sobre a sua própria memória, através do jogo intertextual que, agora, inclui a sua voz. Cabe ao pesquisador "suspender", mesmo que momentaneamente, as lembranças já estratificadas, fazendo circular as que foram selecionadas para o esquecimento. Fazendo circular até mesmo as memórias irrealizadas, mas que guardam ainda o frescor de uma potencialidade futura. Atravessá-las com um olhar interdisciplinar, com um novo sentido de preservação de suas fontes é, desse modo, para ele um desafio.

Devido à intimidade da pesquisadora com o tema, esta investigação documental foi conduzida de acordo com as premissas das pesquisas exploratória e descritiva com o objetivo de pensar na aplicabilidade futura dos seus resultados junto aos demais enfermeiros da instituição.

Optou-se pelo tipo de pesquisa exploratória, a qual proporciona maior familiaridade com o problema, e torna-o mais explícito, o que permite o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Uma vez que o assunto já é conhecido, ele se insere nas rotinas assistenciais da instituição, a contribuição, no caso, seria tão somente proporcionar uma nova visão sobre a realidade já existente. No caso desta pesquisa, também foi necessário seguir as premissas da pesquisa descritiva, que tem sua utilidade relacionada à possibilidade de descrever as características dos dados levantados e estabelecer relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado, pois as pesquisas descritivas proporcionam esclarecimento, compreensão e possuem como objetivo descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (GIL, 2008).

Os aspectos descritivos necessários ao aprofundamento da realidade da AH dizem respeito não só aos problemas de saúde de uma população de usuários que frequentam vários pontos de atenção à saúde do SUS, mas também às características dos profissionais de saúde envolvidos na assistência e ainda questões administrativas institucionais no âmbito hospitalar e da atenção primária.

O conhecimento dessas características e das relações que elas estabelecem entre si, permitiram desvelar o papel do enfermeiro, com vistas à realização de ações mais efetivas, voltadas à manutenção do equilíbrio recuperado no âmbito hospitalar pelos usuários portadores de doenças crônicas.

Essa estratégia desenvolveu-se na forma de um levantamento, que objetivou elencar e analisar, a partir do histórico de enfermagem, o rol de problemas identificados nas NHB para gerar intervenções de enfermagem para a AH qualificada dos usuários com condições crônicas agudizadas, que internam nos Serviços de Clínicas Médicas do HU/UFSC.

A opção por investigar somente os históricos de enfermagem de usuários internados nos serviços de clínica médica justifica-se pela facilidade de acesso, pela proximidade física das unidades e por reunirem grande contingente de usuários que realizam um tratamento conservador característico de doenças crônicas.

A coleta de dados em prontuários foi realizada nos três Serviços de Internação de Clínica Médica do HU/UFSC, que totalizam 77 leitos ativos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Durante estas duas etapas estiveram internados 225 usuários, distribuídos nos três serviços de internação, entre os quais 144 (63+81) usuários autorizaram o manuseio de dados em seu histórico de enfermagem por meio da assinatura TCLE); 65 (38+27) usuários recusaram a participação na pesquisa e 16 (07+09) usuários não participaram porque não apresentavam condições de assinar o TCLE e se encontravam desacompanhados na ocasião.

Na primeira etapa, 63 históricos de enfermagem foram analisados no intervalo de 24 a 29 de julho de 2011. A tabela 1 mostra os dados obtidos:

Tabela 1: demonstrativo da população de usuários internados em clínica médica na etapa 1, Florianópolis, 2011

Serviço	Usuários Internados	Usuários aceitaram	Usuários recusaram	Usuários não participaram
CMI	29	16	11	02
CM2	39	25	12	02
CM3	40	22	15	03
Total	108	63	38	07

Fonte: Prontuário do paciente – HU/UFSC, 2011.

Na segunda etapa de coleta, foram investigados 81 históricos de enfermagem entre os dias 29 de fevereiro e 06 de março de 2012 e obtiveram-se os dados demonstrados na tabela 2:

Tabela 2: demonstrativo da população de usuários internados em clínica médica na etapa 2, Florianópolis, 2012.

Serviço	Usuários inter.	Usuários aceitaram	Usuários recusaram	Usuários não part.	Usuários reinter.
CMI	29	25	06	01	00
CM2	39	26	11	02	00
CM3	49	30	10	06	00
Total	117	81	27	09	00

Fonte: Prontuário do paciente – HU/UFSC, 2012.

A coleta dos dados realizou-se por meio da seleção de todos os problemas sublinhados ou que, de alguma forma, foram destacados em todas as NHB afetadas. Eles foram compilados e organizados em planilha do *software* Microsoft Excel 2010®. Para a análise estatística, foi utilizada a ferramenta computacional SEstatNet (Sistema

Especialista para o Ensino de Estatística na Web) (NASSAR et al., 2013), sendo realizadas estatísticas descritivas. Foram elencados os problemas identificados em todas as NHBs. Foi organizada uma tabela detalhada que contém todos os problemas identificados em cada necessidade humana básica afetada para dar maior visibilidade da ocorrência (Apêndice C). A tabela 3 permite a visualização da somatória final da ocorrência geral de problemas de enfermagem nas NHBs afetadas:

Tabela 3: demonstrativo de problemas elencados por Necessidade Humana Básica. Florianópolis, 2011-2012

Necessidades Humanas Básicas	Problemas de enfermagem	Percentual
Necessidades Psicobiológicas	1736	99.8 %
Necessidades Psicossociais	33	1.8 %
Necessidades Psicoespirituais	33	2.5 %
Total	1816	100%

Fonte: Prontuário do paciente – HU/UFSC, 2011 (1ª etapa) / 2012 (2ª etapa).

O estudo também possibilitou traçar um perfil dos usuários, a partir das informações de identificação e morbidade constantes no prontuário do paciente, que se mostraram congruentes com a realidade da população brasileira descrita por MENDES (2012, p. 37), destacando “o processo de envelhecimento populacional e situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas”. Durante a segunda etapa do levantamento de dados não foram encontrados usuários reinternados.

Pesquisas em documentos são importantes “não porque respondam definitivamente a um problema, mas porque proporcionam maior visão deste problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios” (GIL, 2008, p. 47).

Diante da constatação de que os enfermeiros selecionam pouquíssimos problemas para serem elaborados junto aos familiares e usuários, relativos ao gerenciamento da doença crônica e autocuidado nos históricos de enfermagem insinuam-se novas facetas da questão relativa à AH.

Os resultados, discussões e considerações relativas a esta abordagem quantitativa se apresentam na forma do manuscrito I, intitulado “Histórico de enfermagem e procedimentos de alta hospitalar: necessidades de usuários em condições crônicas agudizadas”.

3.5.2 Abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa teve os dados coletados através da realização de oficinas temáticas, que ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2012.

Dentre as diversas formas de se estudar a realidade no campo da saúde, a pesquisa ação caracteriza-se como um tipo de investigação social, que permite o compartilhamento entre os envolvidos, suas diferentes formas de viver, sentir e representar situações comuns ao grupo, favorecer a descoberta de parâmetros comuns e valorizar posturas e posicionamentos para a tomada de decisões em busca de soluções (MINAYO, 2010).

A abordagem foi conduzida, inicialmente, não apenas com o objetivo de complementar as informações de um diagnóstico assistencial ainda em elaboração, mas como oportunidade de proceder uma intervenção técnica na prática assistencial por meio da exposição de temas relacionados à Política Nacional de Saúde. Além disso, objetivou-se estimular a discussão em torno das implicações práticas desse conteúdo em relação ao processo de AH na instituição, correspondendo às fases de “observar”, de “pensar” e de “analisar”, que caracterizam a pesquisa ação (THIOLLENT, 1966).

Foram realizadas cinco oficinas temáticas para que houvesse a explanação e a discussão de conceitos fundamentais que alicerçam o paradigma assistencial do SUS. Tais atividades de pesquisa tiveram como resultado discussões acerca da realidade profissional na instituição e permitiram os atos de pensar, de explorar, de analisar e de interpretar os fatos relativos ao processo de AH na instituição.

Durante a condução das oficinas temáticas, a pesquisadora principal do estudo assumiu o papel de participante observador, no qual a relação entre o grupo e o pesquisador fica restrita à duração da pesquisa e se aprofunda “pela adoção de hábitos, formas de atuação solidária, vivência conjunta e acompanhamento de acontecimentos que julgarem importantes pelos entrevistados dentro de suas rotinas cotidianas” (MINAYO, 2010, p. 281).

O conceito de "oficina" é assim formulado por Afonso (2006, p. 9):

A oficina consiste em um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma

questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir. [...] Uma oficina deve ter um planejamento básico e flexível, sendo desenvolvida ao longo de um número combinado de encontros. Utiliza informações e reflexões e trabalha significados afetivos e vivências relacionadas ao tema em discussão.

O planejamento das oficinas foi concebido de maneira flexível e embasado nos resultados da pesquisa documental, a partir da lacuna assistencial, caracterizada pela baixa ocorrência da identificação de problemas de enfermagem, relativos à necessidade de educação para a saúde, bem como pelos conceitos que integram o referencial do SUS, que necessitavam ser apresentados e discutidos para introduzir uma melhoria na prática assistencial relativa ao processo de alta hospitalar.

Nos serviços de internação de Clínica Médica e Cirúrgica, os enfermeiros do HU/UFSC, onde essa pesquisa de mestrado se desenvolveu, constituem um total de 40 profissionais, que trabalham diuturnamente, sendo, para cada serviço, dois no período matutino, dois no período vespertino e um no período noturno, que são alternados a cada três noites em cada setor e cinco nas respectivas chefias. Todos foram contatados, os enfermeiros que efetivamente participaram das atividades foram pessoalmente esclarecidos sobre os propósitos desta pesquisa e convidados a participar.

A definição da amostragem não utilizou um critério numérico, mas o da representatividade, que considera “quais os indivíduos sociais tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado [...] a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em múltiplas dimensões” (MINAYO, 2004, p. 43).

Dentre os convidados, 11 enfermeiros aceitaram participar através da assinatura do TCLE, dos quais oito atuam no serviço de internação da clínica médica, dois no serviço de internação da clínica cirúrgica e um da área gerencial vinculado à coordenação e supervisão dos serviços de Clínica Médica. Todos eles representaram enfermeiros que exercem suas atividades profissionais nessa instituição nos diferentes turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno.

Os encontros aconteceram na sala de aula do Mestrado Profissional, local afastado dos setores de internação do HU/UFSC, com a participação dos enfermeiros fora de seus respectivos horário de trabalho, o que foi viabilizado por rearranjos espontâneos na escala individual de serviço, e com recursos didático-pedagógicos por conta da pesquisadora principal.

Os dados, representados nesse estudo pelas falas dos participantes, foram gravados e transcritos com auxílio de um redator, que além de ter feito os registros sistemáticos, também deu suporte logístico ao longo da realização das oficinas. Cada oficina teve uma programação individualizada para responder a um propósito pré-definido.

A Primeira Oficina foi programada com a finalidade de promover a aproximação e acolhimento aos enfermeiros participantes, na qual foram apresentados os objetivos, a forma de participação, a definição de agenda com o cronograma dos trabalhos e uma discussão inicial de conceituação e contextualização sobre a práxis (significados e percepções pessoais e profissionais) sobre a “educação para a saúde” e o processo de “AH”, com vistas à construção dialógica de um diagnóstico sobre a prática deste aspecto do cuidado. As discussões foram conduzidas seguindo esta ordem:

- a) apresentação do projeto de dissertação;
- b) discussão em torno do conceito espontâneo de AH e do diagnóstico resultante da pesquisa feita nos históricos de enfermagem;
- c) discussão sobre as facilidades e dificuldades encontradas na prática assistencial no que se refere ao processo de AH;
- d) apresentação na forma de slides dos conceitos: conceito ampliado de Saúde do SUS, Condições Crônicas, AH, O Princípio de Integralidade do SUS e Diretrizes assistenciais;
- e) avaliação do encontro.

A Segunda Oficina teve seu enfoque programado para as questões “institucionais”, no sentido de promover uma socialização das informações sobre os recursos e iniciativas disponíveis no HU/UFSC, tais como grupos para usuários crônicos, consulta de enfermagem, *folders*, filmes, técnicas de ensino aprendizagem, etc. Para assegurar a fidelidade dos relatos em relação à assistência praticada cotidianamente nos serviços, a coordenadora não buscou informações prévias e também não preparou exposição sobre o assunto. As discussões giraram em torno das potencialidades e fragilidades institucionais relativas à

concretização de orientações e encaminhamentos internos e externos de AH. As discussões foram conduzidas na seguinte sequência:

- a) resgate das conclusões do encontro anterior;
- b) discussão acerca das potencialidades e fragilidades institucionais relativas à AH;
- c) avaliação do encontro.

A Terceira Oficina contou com a participação da coordenadora dos programas da atenção primária do município de Florianópolis, que falou sobre o tema: “Construindo o SUS, desdobramentos do princípio da integralidade”. Em sua fala, ela abordou aspectos políticos do sistema de saúde no país, incluindo o trabalho multidisciplinar, referência e contrarreferência (os portadores de condições crônicas) e descreveu alguns programas desenvolvidos na APS, nas RAS, e sobre a interdependência desses com o trabalho a nível hospitalar, segundo a perspectiva de que "somos parte integrante do SUS". As discussões foram conduzidas nesta ordem:

- Sistema Único de Saúde: diretrizes e princípios;
- programas e ações disponíveis na rede de saúde da Secretaria de Saúde de Florianópolis e possibilidades de encaminhamentos;
- debate dos aspectos relativos à integralidade;
- avaliação do encontro.

Na Quarta Oficina, os participantes presenciaram uma capacitação, intitulada “Primeira Oficina de Aprendizagem 1: Qualidade de Redes de Atenção e linha de cuidado”, promovida pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, que contou com a presença de facilitadoras representantes do Ministério da Saúde. Nesse evento, realizaram-se discussões acerca de modelos de atenção à Saúde, fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde e modelagem de linhas de cuidado na região da Grande Florianópolis. Tal momento oportunizou a instrumentalização dos enfermeiros participantes para a concretização de ações integradoras, tais como a contrarreferência e assessoria técnica junto à APS. A Quinta Oficina constituiu-se em um momento de conclusão das atividades, em que houve uma discussão sobre o plano de AH sob a ótica da integralidade, sobre o papel do enfermeiro no processo de saúde do usuário portador de condições crônicas. Durante esse encontro final, foi feita a avaliação das oficinas, bem como o estabelecimento de uma modalidade de comunicação para conhecimento

do relatório e validação do conteúdo produzido, através da transcrição das gravações nas oficinas. As discussões foram conduzidas na seguinte sequência:

- a) questionamento direcionado aos participantes e posterior discussão sobre o tema: de que forma o conteúdo discutido nas oficinas, acerca dos saberes e práticas relacionados à AH, poderá contribuir para a operacionalização, no HU/UFSC, do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde?
- b) estabelecimento de uma modalidade de comunicação para conhecimento do relatório e validação do conteúdo produzido através da transcrição dos dados elaborados nas oficinas;
- c) preenchimento do instrumento de avaliação.

Os dados coletados nas cinco oficinas resultaram em falas registradas, cujos conteúdos foram submetidos à técnica de análise temática, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). Os dados foram organizados e avaliados em três etapas:

Primeira etapa: *Pré-Análise*: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e compreende as tarefas de Leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A segunda etapa ou *Exploração do material*: consiste essencialmente na operação de codificação a partir de uma categorização dos dados obtidos para alcançar o núcleo do texto. Na terceira etapa, de *Tratamento dos dados obtidos e interpretação*, ocorre a interpretação dos dados já categorizados de acordo com seu referencial e embasamento teóricos (Grifos da autora) (MINAYO, 2010, p. 217).

Na etapa de pré-análise, após a transcrição das falas gravadas nas oficinas, foi realizada uma leitura superficial do material para que houvesse a interação da pesquisadora com o conjunto das comunicações. Depois dessa leitura “flutuante”, surgiram as primeiras impressões e a percepção da natureza das colocações, que se manifestaram de ordem

profissional, institucional e até pessoal, relativas ao cotidiano de trabalho. Para a constituição do *corpus*, foram utilizados os critérios descritos por Minayo (2010, p. 316): exaustividade, pois foi utilizado o material de todas as oficinas, independentemente da especificidade dos temas de cada uma, e até das impressões compartilhadas de maneira mais informal, quando da participação da oficina Qualidia e avaliações escritas; representatividade, já que foi realizada uma leitura atenta às colocações contendo aspectos relativos à AH, às experiências vivenciadas, ao conhecimento técnico, às posturas, aos posicionamentos e ao processo decisório atentando às “características essenciais do universo pretendido”; homogeneidade, pois se primou pela escolha de temas estritamente relacionados aos objetivos iniciais da pesquisa, ou seja, ações relativas à AH e a integralidade dos serviços do SUS, para que fossem evitadas particularidades; e, por fim, a norma da pertinência, na medida em que foram valorizadas as falas que poderiam responder os objetivos iniciais desta pesquisa em particular e, também, com vistas à formulação de diretrizes para a AH qualificada ao usuário portador de condições crônicas, objetivo geral da dissertação.

Ainda na fase de pré-análise, foi iniciada uma releitura dos objetivos da dissertação, para confirmação e reformulação dessas finalidades de pesquisa, para a ampliação do quadro de hipóteses ou pressupostos em função das informações organizadas e, principalmente, para a elaboração dos indicadores a serem adotados na análise. Uma das principais dificuldades para a realização dessa etapa foi a presença entre as falas, de informações confusas e incompletas durante a gravação do conteúdo de pesquisa, conseguido pelas oficinas.

A segunda etapa da análise temática, de exploração do material, tratou do desmembramento do material organizado no *corpus* por meio da codificação, categorização e quantificação das informações em unidades ou categorias, através da redução do texto em expressões ou palavras significativas, personagens, ou acontecimentos, em função das quais o conteúdo de uma fala estaria organizado (MINAYO, 2010).

Para integrar a categoria “alta hospitalar”, por exemplo, foram separadas frases e expressões conectadas pela ideia de “saída”, “liberação” e “melhora do quadro clínico” como um núcleo de compreensão, mas também estão incluídas, nesse campo de significação, a ideia de “processo”, “educação” e “autocuidado”, que compõe um segundo núcleo de compreensão dentro da mesma categoria.

Também foram encontradas expressões que denotam a mudança de visão relativa à AH, conforme o desenvolvimento das oficinas dentro dessa categoria.

Na terceira etapa da análise temática ocorreu o tratamento dos resultados obtidos, e a proposição de inferências e interpretação, “relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente” (MINAYO, 2010, p. 318). Nessa fase, houve intenso exercício de considerar os dados achados e os importantes para os resultados da pesquisa.

A análise temática permitiu organizar o conteúdo das falas e das avaliações escritas por similaridade em categorias temáticas, que resultaram em seis categorias, a saber: usuários e familiares; equipe de enfermagem hospitalar; equipe de enfermagem em saúde coletiva; equipe multiprofissional; educação para a saúde e alta hospitalar. O conteúdo das categorias subsidiou o processo de construção das diretrizes para a AH qualificada, após sua submissão aos participantes, na forma de assertivas organizadas em um questionário Likert.

Os resultados, discussões e considerações da abordagem qualitativa se apresentam na forma do manuscrito II, intitulado “O processo de alta hospitalar na percepção dos enfermeiros, sob a ótica da integralidade do SUS”.

3.5.3 Questionário Likert

No quinto encontro (avaliação final), decidiu-se, em conjunto com os participantes, que a pesquisadora principal seria responsável por providenciar um dispositivo de comunicação para que pudessem conhecer os resultados da pesquisa.

Tecnicamente, “os resultados da pesquisa se referem às categorias que emergiram da análise; as inferências e interpretações, e sua relação com o quadro teórico desenhado inicialmente” (MINAYO, 2010, p. 318), que estão descritos na forma do manuscrito II.

No entanto, na fase de releitura dos resultados encontrados nas duas abordagens, que inicialmente delinearão o levantamento de dados, e deveriam orientar a elaboração do produto final dessa dissertação (Diretrizes para a AH qualificada no HU/UFSC), surgiu um impasse relacionado à necessidade de comprovação por parte dos participantes, acerca da realidade assistencial, que se revelou preocupante, ante a constatação de uma postura defasada, assumida por alguns enfermeiros, em relação às diretrizes e programas vigentes no SUS.

Ambos os resultados (históricos e oficinas) confirmaram a necessidade de uma ferramenta gerencial para embasar ações de supervisão e capacitações, relacionadas ao processo de AH na instituição, para corresponder ao princípio da integralidade do SUS.

Constatou-se também, que tendo sido agregado pelo critério da similaridade, o conteúdo das categorias favorecia o desenho das diretrizes. Mas havia um hiato entre as categorias e as diretrizes a serem elaboradas.

Para corresponder aos princípios da pesquisa ação, é necessário o envolvimento dos participantes em atos de intervenção na realidade a ser modificada. Até então, a intervenção tratara da disposição e discussão, por parte da pesquisadora junto aos participantes, dos conceitos relacionados à política assistencial do SUS, e a participação desses na oficina Qualidia. Para corresponder à fase do “agir” da pesquisa ação, buscou-se um envolvimento mais direto dos enfermeiros participantes na realização das diretrizes.

Nesse sentido, optou-se por submeter o conteúdo das categorias aos participantes, para uma ratificação dos resultados, por meio de uma pesquisa de opinião que permitisse expressar sua discordância e concordância, com o texto.

Para a apreciação dos resultados pelos participantes, o conteúdo das categorias foi organizado em 62 assertivas, para serem submetidas a uma determinação de valor, conforme o grau de concordância ou discordância com cada afirmação que compõe um “item Likert”. A escolha da escala Likert buscou facilitar a abordagem desse assunto sensível e desafiador junto aos enfermeiros participantes para identificar as áreas a melhorar.

A Escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica, usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação (VOGELZANG; YUOSEY, 2001).

Um item Likert é apenas uma afirmação à qual o sujeito pesquisado responde através de um critério, que pode ser objetivo ou subjetivo. O que se deseja medir são níveis de concordância ou não concordância à afirmação. O formato típico de um item Likert é bipolar e acompanhado da respectiva pontuação a ser analisada ao final. Após o questionário ter sido totalmente respondido, cada item pode ser analisado separadamente ou, em alguns casos, as respostas dadas podem ser somadas para criar um resultado por grupo de itens (VOGELZANG; YUOSEY, 2001). No caso, os itens são assertivas construídas a partir das categorias resultantes da análise temática. Para construir uma assertiva a partir do conteúdo de uma categoria raciocinou-se conforme os exemplos:

a) Seleção de núcleos de sentido dentro da categoria “usuários e familiares”:

- O familiar “toma as rédeas” do cuidado antes do paciente devido à complexidade do cuidado.

- O paciente está envolvido mais com o procedimento cirúrgico, do que com a doença em si.

- O paciente ainda tem muitas dúvidas na hora da alta hospitalar.

b) Reflexão sobre premissas que serviram para as assertivas nº 19 e 48:

- Um indivíduo com dor, dispneia, conectado a equipamentos, realmente não estará disposto a reflexões e orientações sobre o autocuidado, devido à interferência de estímulos e impedimentos que dificultarão sua comunicação e raciocínio.

- com a melhora da sintomatologia, este quadro muda, mas muitas vezes o usuário está envolvido com outra questão assustadora, que é o fato enfrentar alguma condição de vida diferente, como o uso da bolsa de colostomia, um impedimento emocional para sua comunicação e raciocínio.

- É melhor concentrar os esforços iniciais do processo de AH junto aos familiares.

c) Redação da assertiva nº 19, relativa ao familiar:

- O familiar com iniciativa para o cuidado do usuário com algum grau de dependência é um aliado no processo de AH.

d) Redação da assertiva nº 48, relativa ao usuário:

- No quadro agudo, os usuários estão preocupados com o desconforto e limitações provocadas pela sintomatologia e não se interessam em obter esclarecimentos da doença de base.

O encontro realizado para aplicação do questionário Likert contou com a presença unânime dos participantes e teve como objetivo

único o preenchimento desse documento. Não ocorreram novas discussões sobre o processo de AH.

Durante a realização de esclarecimentos por parte da coordenadora acerca do preenchimento das opções do questionário, foi ressaltado que as opções deveriam ser assinaladas de acordo com a percepção da “realidade vivenciada” no cotidiano dos serviços de internação, nos quais os participantes atuavam. Logo após o início dos trabalhos, alguns participantes consideraram confuso ter de responder em relação à realidade, sendo que alguns concordavam com a afirmação, mas se confundiam quando a afirmação não correspondia à prática do dia a dia. Ficou acordado junto aos participantes, então, que assinalassem simplesmente o grau de concordância com a afirmação em si, seu significado, sem considerar o cotidiano de trabalho.

Os questionários respondidos foram digitados em planilha Excel 2010[®], sendo avaliada a frequência absoluta, ou seja, o número de vezes que o elemento aparece na amostra. Considerou-se aprovada a assertiva com concordância total e parcial maior ou igual a 7. Este critério de aceitação foi selecionado porque representa uma concordância geral duas vezes maior que o número de não concordância (VOGELZANG; YUOSEY, 2001).

Organizou-se o grau de concordância conforme os valores: [1] discordo plenamente; [2] discordo parcialmente, [3] indiferença, [4] concordo parcialmente; [5] concordo plenamente.

Paralelamente, realizou-se a verificação quanto à concordância ou discordância das assertivas, por meio da obtenção do Ranking Médio (RM) da pontuação atribuída às respostas, relacionado à frequência das respostas, onde os valores menores que três (3) são considerados como discordantes e, maiores que três (3) como concordantes, considerando uma escala de cinco pontos. O valor três (exatamente 3) corresponde à indiferença, e o “ponto neutro” equivale à resposta em branco.

Para o cálculo do RM, utilizou-se o método de análise de escala do tipo Likert apresentado por Malhotra (2001), conforme o exemplo:

Escala tipo Likert com um item aplicado, sinalização do grau de concordância e o número de participantes que assinalaram respectivamente:

9 Não existe uma rotina para AH na instituição.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
	[-]	[-]	[1]	[6]	[4]

$$\text{Média Ponderada} = \text{Frequência} \times \text{valor da opção: } (1 \times 3) + (6 \times 4) + (4 \times 5) \\ = 47$$

$$\text{Logo RM} = 47 / (1+6+4) = 4,2$$

Foi possível intuir, segundo o conjunto das respostas assinaladas no questionário Likert, que os enfermeiros participantes revestiram-se de boas expectativas em relação às melhorias que se fazem necessárias nesse aspecto da prática hospitalar, uma pré-disposição desses profissionais para qualificar o processo de alta hospitalar ao usuário portador de doença crônica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O documento contendo o questionário Likert com as assertivas encontra-se no capítulo de resultados e discussão. O demonstrativo contendo a frequência das respostas assinaladas em cada questão, e o respectivo ranking médio alcançado se encontra no APÊNDICE D.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa se apresentam na forma de dois manuscritos, atendendo ao disposto na Instrução Normativa 03/MP/PEN/2011, de 12 de setembro de 2011. Também são apresentados como resultados o questionário Likert construído especificamente para este estudo. O produto final dessa dissertação é composto pelas Diretrizes para o planejamento de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.

4.1 Manuscrito 1: Histórico de enfermagem e os procedimentos de alta hospitalar: necessidades de usuários em condições crônicas.

4.2 Manuscrito 2: Processo de alta hospitalar na percepção dos enfermeiros, considerando o princípio da integralidade.

4.3 Questionário Likert: Etapa de validação das assertivas construídas a partir das oficinas temáticas.

4.1 MANUSCRITO I: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E PROCEDIMENTOS DE ALTA HOSPITALAR: NECESSIDADES DE USUÁRIOS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS

MELLO, Alda Isabel da Silveira
ANDRADE, Selma Regina de

RESUMO

Pesquisa de abordagem quantitativa, documental, exploratória e descritiva, que objetivou elencar e analisar, no histórico de enfermagem, os problemas relacionados às necessidades humanas básicas de usuários com doenças crônicas, que internam nas clínicas médicas do Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, para subsidiar o conceito de alta hospitalar qualificada de enfermagem. A coleta de dados ocorreu em dois períodos: agosto e setembro de 2011 e fevereiro e março de 2012. Os dados foram compilados e organizados em planilha do software Microsoft Excel 2010®. A análise estatística utilizou a ferramenta computacional SStatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web, sendo realizada estatística descritiva. Nas variáveis quantitativas foram apresentadas: a média, o desvio-padrão, os valores mínimos e máximos. Nas variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas. Como resultados constataram-se uma população de 86 homens e 58 mulheres, com idade média de 53,8; internação em média 30 dias; reinternação de 2,8 vezes. Elencou-se 1816 problemas de enfermagem: 1736 (95,5 %) relacionados às necessidades psicobiológicas; 33 (1,8%) psicossociais; 47 (2,5%) psicoespirituais. Constatou-se a baixa ocorrência de identificação de problemas para gerar intervenções relacionadas ao autocuidado e gerenciamento da doença crônica, limitando a alta hospitalar qualificada da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência Integral a Saúde. Alta do Usuário. Planejamento de Alta. Doença crônica.

History of nursing and hospital discharge procedures: needs of users in chronic conditions

ABSTRACT

An exploratory, descriptive, documental, quantitative research, aimed to analyzing and listing, based on the nursing history, the problems related to Basic Human Needs of the patients with chronic diseases hospitalized in the medical clinic service of the university hospital Professor Polydoro de São Thiago, from Federal University of Santa Catarina, Brasil. The data was collected in two periods of time: August-September, 2011 and February-March, 2012, and it was compiled and organized in a Microsoft Excel 2010® spreadsheet. The statistical analysis used SEstatNet - An expert system for teaching Statistics on the Web, executing descriptive statistics. Results: 86 men and 58 women was observed, with 53,8 years average age; 30 days average hospitalization; and 2,8 times reiterated hospitalization. 1816 nursing problems were observed: 1736 (95.5 %) of them were related to psycho-biological needs; 33 (1.8%) to psycho-social needs; and 47 (2.5%) to psycho-spiritual needs. It was observed a low occurrence of problem identification for generating interference related to self-care and chronic disease management.

Keywords: Nursing. Health Integral Assistance. User discharge from hospital. Discharge from hospital planning. Chronic disease.

Informe de enfermería y procedimientos de alta hospitalaria: necesidades de usuarios en condiciones crónicas

RESUMEN

Estudio con metodología cuantitativa, documental, investigativo y descriptivo, con el objetivo de incluir y analizar, a partir del historial de enfermería, los problemas relacionados con las Necesidades Humanas Básicas de usuarios portadores de enfermedades crónicas internados en los servicios de clínica médica de un del Hospital Universitario Professor Polydoro de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Los datos fueron recogidos en dos periodos: Agosto y septiembre de 2011 y febrero y marzo de 2012, y fueron compilados y organizados en una planilla del software Microsoft Excel 2010®. El

análisis estadístico utilizó la herramienta computacional SEstatNet - Sistema Especialista para la Enseñanza de Estadísticas en la Web, y se realizó la estadística descriptiva. Como resultado se constató una población de 86 hombres y 58 mujeres, con edad promedio de 53,8 años; internación promedio de 30 días; reinternación de 2,8 veces. Se observaron 1816 problemas de enfermería: 1736 (95,5 %) relacionados con las necesidades psicobiológicas; 33 (1,8%) psicosociales; 47 (2,5%) psicoespirituales. Se constató la poca frecuencia de identificación de problemas para generar intervenciones relacionadas con el cuidado personal y administración de la enfermedad crónica.

Palabras Clave: Enfermería. Asistencia Total de la Salud. Alta del Usuario. Planificación de Alta. Enfermedad crónica.

INTRODUÇÃO

Os hospitais integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e são fundamentais na interconexão dos setores e serviços, no tocante à ampliação da qualidade e resolutividade no processo de produção de saúde. Possuem papel fundamental na assistência às condições crônicas de saúde no atual modelo assistencial baseado em diretrizes do Ministério da Saúde (MS) relativo à integralidade do cuidado.

O enfermeiro da área hospitalar participa deste contexto assistencial através da realização de atividades gerenciais e assistenciais necessárias, principalmente, à recuperação da saúde, utilizando-se de conhecimento com bases técnico-científicas, acrescido dos aspectos relacionados à “complexidade do homem no que se referem às singularidades, multiplicidades e individualidades, sua relação e inserção nos diferentes contextos de vida” (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012, p. 4).

Por integrar os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade assistencial, os enfermeiros desempenham papel estratégico na continuidade do tratamento dos usuários portadores de doenças crônicas. Segundo o modelo do cuidado com as condições crônicas preconizado pelo SUS, esses profissionais exercem um papel fundamental no tocante às intervenções relativas à autonomia do usuário, tais como orientações para o autocuidado, gerenciamento de intercorrências e encaminhamentos necessários à sustentação e

continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar (AH) dentro da RAS (MIASSO; CASSIANI, 2005).

A prática profissional do enfermeiro é orientada pela utilização de instrumento metodológico, o Processo de Enfermagem, o qual guia a elaboração de ações e registros da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Os registros de enfermagem são de grande importância para a continuidade dos cuidados quando disponibilizados para outros setores ou serviços de saúde, pois concretizam a vocação integrativa do enfermeiro no processo do cuidado em rede (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Os registros de enfermagem constam de informações que incluem as etapas do processo de enfermagem, ou seja, do levantamento inicial das necessidades básicas afetadas no histórico de enfermagem, prescrições e evolução com os resultados das intervenções assistenciais, inclusive o relato do andamento dos encaminhamentos de AH (HORTA, 1979; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Esses encaminhamentos são as informações, recomendações e procedimentos para o cuidado do usuário, que retorna ao seu habitat natural, após ter vivenciado quadros agudos, provocados por intercorrências da doença crônica de base durante a internação hospitalar. Ao proceder esses encaminhamentos, o enfermeiro estará “vinculando o portador de DCNT ao cuidador e a equipe da Atenção Básica, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção” (BRASIL, 2011a, p. 18).

O processo de enfermagem tem seu início por meio da identificação dos problemas de enfermagem no histórico, os quais originam prescrições de intervenções profissionais, que objetivam restaurar o equilíbrio das necessidades humanas básicas afetadas. Para cada problema identificado inicialmente no histórico, e posteriormente na evolução diária, são previstas intervenções de enfermagem (REPPETTO; SOUZA, 2005; SILVA et al., 2012). Como problema de enfermagem entende-se “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem do enfermeiro sua assistência profissional” (HORTA, 1979, p. 39).

Na prática hospitalar, as intervenções de enfermagem são realizadas por meio da utilização de tecnologias de natureza “duras” (ligadas a equipamentos, máquinas, exames e procedimentos invasivos, normas e estruturas organizacionais), geralmente mais concentradas em ambientes tais como a UTI e a emergência. As tecnologias de natureza

“leve-duras” (decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como os protocolos da clínica médica), e, também, as tecnologias “leves” (das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, responsabilização, entre outros), que estão presentes em todas as intervenções de cuidado e ambientes do hospital. (MALTA; MERHY, 2010).

Dentre as necessidades humanas básicas investigadas nos itens do histórico de enfermagem, destacam-se as necessidades psicossociais, que proporcionam a elaboração de planejamento de ações relacionadas à educação para a saúde e aprendizagem, aplicadas para resolver ou minimizar os efeitos de fatores de riscos relacionados como coadjuvantes às doenças crônicas (REPPETTO, SOUZA, 2005; SILVA et al., 2012). Desta forma, as informações contidas nos históricos de enfermagem norteiam toda a prática assistencial, inclusive o planejamento para a AH (MIASSO, CASSIANI, 2005).

O planejamento de AH constitui uma intervenção diferenciada quando dirigida aos usuários portadores de doença crônica, sendo considerado “um momento privilegiado para se produzir a continuidade do processo de cuidado na rede básica onde o usuário está conectado, ao invés de simplesmente lhe fornecer uma contrarreferência burocrática” (MALTA; MERHY, 2010, p. 5).

A efetivação de ações integrativas dentro da RAS traz, para os enfermeiros, o desafio de corresponder ao princípio da integralidade do SUS. Demanda o acréscimo de atividades de planejamento, que incluam mudanças assistenciais e culturais (PEREIRA et al., 2007), ou seja, o planejamento de uma AH qualificada ao usuário portador de doença crônica.

A AH qualificada é uma intervenção de enfermagem, por meio do planejamento de atividades, a partir do levantamento de problemas realizado na internação hospitalar, de maneira humanizada, acolhedora, que investiga os problemas relacionados às necessidades humanas básicas, mas que se utiliza como referência também do atendimento às normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde, bem como o cumprimento dos dispositivos institucionais em vigor.

Neste sentido, a AH qualificada ao usuário portador de doença crônica deve estar composta de ações que incluam orientações e encaminhamentos, que correspondam aos programas vigentes previstos pelo Ministério da Saúde, relativos ao cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde como uma garantia de continuidade, qualidade e resolutividade assistencial dentro da RAS.

Neste contexto realizou-se um levantamento em históricos de enfermagem para responder à seguinte questão de pesquisa: Os enfermeiros estão identificando, no histórico de enfermagem, os problemas relativos ao cuidado das condições crônicas em usuários que realizam tratamento nos serviços de internação de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)?

Para responder a essa questão, este estudo teve o objetivo elencar e analisar, a partir do histórico de enfermagem, os problemas relacionados às necessidades humanas básicas para a alta hospitalar qualificada, de usuários com condições crônicas internados nas clínicas médicas do HU/UFSC.

Justifica-se a pesquisa pela compreensão de que o período de internação pode oportunizar aquisição de conhecimentos, que favoreçam ao usuário um exercício de autonomia. Informações e práticas que constituem a educação para a saúde, incentivo à adesão ao tratamento, ações e programas disponibilizados pelos serviços da rede, adaptações ou modificações necessárias no estilo de vida para o alcance da qualidade de vida, são exemplos de itens que podem compor um planejamento da AH qualificada.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, documental, exploratória e descritiva, com coleta de dados em históricos de enfermagem em 144 prontuários de usuários com condições crônicas agudizadas, oriundos de todo o estado de Santa Catarina, internados nas clínicas médicas do HU/UFSC. A realização deste estudo, que é parte da dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob o parecer consubstanciado nº 2392/2012, em conformidade com as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi efetuada consulta aos prontuários de usuários internados, sendo solicitada autorização dos mesmos por meio da explanação acerca dos objetivos e método da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o direito ao sigilo e anonimato.

O estudo desenvolveu-se nos Serviços de Internação de Clínica Médica I (CMI), Clínica Médica II (CMII), e Clínica Médica III (CMIII) do HU/UFSC, os quais acolhem usuários da região da grande

Florianópolis e do interior de Santa Catarina, para atendimento especializado de várias áreas, com ênfase naquelas que a instituição constitui referência na rede de atenção do SUS. Os serviços somam 77 leitos ativados e, geralmente, recebem usuários portadores de doenças crônicas agudizadas e/ou agudas graves, provenientes dos serviços de ambulatório, emergência e unidade de terapia intensiva.

A população do estudo constituiu-se 144 históricos de usuários internados, cujos dados foram coletados em duas etapas com intervalo de 6 meses entre elas, para verificar a ocorrência de históricos de enfermagem de usuários portadores de doenças crônicas reinternados, e observar se foram registrados novos agravantes devido ao avanço da doença, como consequência de questões relacionadas ao autocuidado e/ou gerenciamento inadequado da doença.

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2011, em dois períodos de uma semana, com intervalo de 15 dias entre elas, totalizando 63 participantes. A segunda etapa da coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2012, que totalizou 81 participantes. Na segunda etapa da coleta de dados não ocorreram usuários internados que tivessem participado da primeira etapa. Os participantes da pesquisa foram escolhidos intencionalmente, segundo a facilidade de acesso e o consentimento para a pesquisa.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: ser portador de doença crônica e desejar participar do estudo por meio do consentimento livre e esclarecido à consulta no prontuário. Como critério de exclusão adotou-se o impedimento clínico para a compreensão da pesquisa e realização da assinatura do TCLE.

No HU/UFSC, a enfermagem utiliza a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, como referencial teórico e metodológico da assistência (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1981). Esta teoria tem sua operacionalização no Processo de Enfermagem, o qual constitui uma ferramenta para organizar a assistência através da “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas” (HORTA, 1979, p. 35) em etapas sequenciais, que permitem uma avaliação continuada das respostas do indivíduo, família e comunidade às intervenções profissionais previstas.

Nessa pesquisa foram avaliados os históricos de enfermagem dos prontuários selecionados, compilando a lista de problemas, destacados ou sublinhados pelos enfermeiros junto ao impresso do histórico, no que se refere às necessidades humanas básicas afetadas.

Também foram obtidas informações de identificação, clínica de internação, sexo, idade, data de admissão, data de alta, diagnóstico médico e número de internações na instituição que caracterizam a condição crônica de doença.

Cabe lembrar que o prontuário contém todos os registros do usuário, sendo que na variável número de internações na instituição foi observado o número de vezes que cada participante da pesquisa internou no HU/UFSC. Com base nas variáveis: data de admissão e de alta, foi calculado o tempo de duração da internação de cada participante da pesquisa.

O estado geral de saúde dos participantes não foi avaliado, tão pouco os demais dados do prontuário foram acessados.

A unidade de medida para sinalizar a quantidade de vezes em que um problema foi identificado nos históricos de enfermagem pesquisados foi denominada de “ocorrência”, e representou a frequência com que gerou intervenções iniciais de enfermagem no momento de internação do usuário selecionado.

Os dados foram compilados e organizados em planilha do *software Microsoft Excel 2010*®. Para a análise estatística foi utilizada a ferramenta computacional SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web (NASSAR et al., 2013), sendo realizada estatísticas descritiva e inferencial. Nas variáveis quantitativas foram apresentadas: a média, o desvio-padrão (DP), os valores mínimos e máximos. Nas variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas. Com base nos diagnósticos médicos foram identificadas as doenças crônicas, sendo que os valores absolutos (n) e os percentuais de cada doença não são inter-relacionados, ou seja, cada doença foi tratada como uma variável isolada, com percentual podendo variar de 0 a 100, conforme ocorrência.

RESULTADOS

Os 144 participantes desta pesquisa possuíam média de idade equivalente a 53,8 anos (DP±17,7), com mínimo de 15 e máximo de 92 anos. Ficaram internados em média por 30 dias (DP±22), com mínimo de dois dias e máximo de 177 dias. Na tabela 1 seguem os dados de sexo dos participantes e o local de internação.

Tabela 1: Distribuição dos 144 participantes internados em clínica médica, segundo o sexo e local de internação, Florianópolis, 2011-2012

Variável	N	%
Local de internação		
CMI	41	(28,47%)
CMII	51	(35,42%)
CMIII	52	(36,11%)
Sexo		
Masculino	86	(59,72%)
Feminino	58	(40,28%)

Fonte: Prontuário do paciente/Serviço de CM/HU/UFSC, 2011/2012

Convém destacar que todos os 144 participantes possuíam doenças crônicas, sendo que destes 97 (67,36%) estavam em processo de agudização, ou seja, estavam vivenciando uma instabilidade no processo saúde-doença crônica. O momento de hospitalização seria propício para a aquisição de novos conhecimentos sobre o cuidado e controle das doenças de base, para evitar novas complicações e/ou internações futuras.

Dentre os participantes, 47 (32,64%) estavam internados por outros motivos não relacionados à intercorrência da doença crônica. Na tabela 2 foram destacadas as doenças crônicas mais prevalentes e o percentual dos participantes do estudo que possuíam tal diagnóstico médico, sendo que alguns desses detinham mais de um dos diagnósticos relatados:

Tabela 2: Doenças crônicas identificadas em usuários internados em Clínica Médica do HU/UFSC, Florianópolis, 2011-2012

Doenças Crônicas	N	%
Câncer	45	31,25
Hipertensão arterial sistêmica	29	20,14
Doença cardíaca	23	15,97
Acidente vascular cerebral	18	12,50
Diabetes mellitus	16	11,11
Doença hepática	12	8,33
Insuficiência renal crônica	10	6,99
Síndrome da imunodeficiência adquirida	9	6,25

Fonte: Prontuário do paciente/Serviço de CM/HU/UFSC. 2011/2012

Também levantou-se o número de internações de cada participante nesta instituição, sendo observada média de 2,8 internações (DP±3,0), com mínimo de 1 e máximo de 19, fato que reforça a necessidade de identificação de necessidades psicossociais para a previsão de cuidados, que capacitem o usuário com doença crônica para o autocuidado efetivo, e encaminhamentos adequados à respectiva linha de cuidado.

Ao analisar os dados relativos ao número de internações, constatou-se a ausência de ocorrência de reinternação da segunda etapa da coleta.

Quando inter-relacionado o fato dos participantes vivenciarem a agudização da doença crônica com o número de internações na instituição, percebeu-se por meio da aplicação do teste U de Mann-Whitney, que existe relação estatisticamente significativa (p-valor 0,0000002), ou seja, pode-se afirmar que esta condição propicia a internação hospitalar frequente. Este achado reforça a importância do levantamento de informações no histórico de enfermagem relacionadas às necessidades psicossociais e a importância da realização de intervenções de enfermagem que favoreçam a alta qualificada de enfermagem e a consequente redução de internações futuras.

Em relação às necessidades humanas básicas afetadas, foram identificadas nas duas etapas de coleta de dados, um total de 1816 ocorrências (99,8 %) isto é, problemas destacados ou sublinhados nos subitens do histórico de enfermagem.

Nos subitens das necessidades psicobiológicas, identificou-se 1736 ocorrências, representando um percentual de 95,5%, de problemas que geram prescrições de intervenções, que em sua maioria se utilizam de tecnologias de natureza “duras”. Identificou-se 80 ocorrências distribuídas entre as necessidades psicossociais (33) e psicoespirituais (47), que juntas somaram um percentual de 4,3% de problemas para serem trabalhados por meio de ações, que em sua maioria se utilizam de tecnologia de natureza “leve” (aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde com o usuário e familiar). Na tabela 3 observa-se o resultado geral do levantamento, segundo as necessidades básicas afetadas:

Tabela 3: Distribuição dos problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas em 144 históricos de usuários internados em clínica médica, Florianópolis, 2011-2012

Necessidades Humanas Básicas	Problemas de enfermagem	Percentual
Necessidades Psicobiológicas	1736	95.5 %
Necessidades Psicossociais	33	1.8 %
Necessidades Psicoespirituais	47	2.5 %
Total	1816	99.8%

Fonte: Prontuário do paciente/Serviço de CM/HU/UFSC. 2011/2012

Dentre as necessidades humanas básicas, todos os subitens favorecem a identificação de problemas a serem abordados por intervenções educativas. Assim, entre as necessidades psicobiológicas se encontram os problemas tais como os de nutrição, ou de atividade física, que são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Porém, dentre as “necessidades psicossociais” existe um subitem mais específico para investigar questões relacionadas à educação para a saúde e aprendizagem, na qual foram constatadas 33 ocorrências, que correspondem a 1.8 % do total de problemas identificados no levantamento, seguido da necessidade gregária, com 25 ocorrências, sendo que, junto com as demais, são descritas na tabela 4:

Tabela 4: Distribuição dos problemas relacionados às necessidades psicossociais em 144 históricos de usuários internados em clínica médica. Florianópolis, 2011-2012

Necessidades Psicossociais	Ocorrência
Educação para a saúde e aprendizagem	33
Gregária	25
Segurança emocional	22
Amor; afeto; atenção	19
Comunicação	10
Aceitação; Autoestima; Autoimagem	06
Liberdade	04
Auto realização	01
Participação	01
Criatividade	00
Recreação	00
Lazer	00
Espaço	00

Fonte: Prontuário do paciente/Serviço de CM/HU/UFSC. 2011/2012

Ampliando a descrição acerca dos três subitens relacionados às necessidades psicossociais com maior ocorrência, verifica-se que oito ocorrências demarcam a necessidade de intervenção quanto aos encaminhamentos sobre a patologia e oito ocorrências indicam a necessidade de orientação sobre a patologia. Os demais subitens não apresentaram ocorrências que sugerissem a presença de doença crônica em estado de agudização ou a oportunidade de estabelecer intervenções de enfermagem para promover a mudança de condutas e a melhoria do autocuidado. Podemos observar, na tabela 5, que, em relação à educação para a saúde e aprendizagem, poucas foram as ocorrências relacionadas à orientação sobre a doença e suas implicações:

Tabela 5: Distribuição dos problemas relacionados às três necessidades psicossociais de maior ocorrência em 144 históricos de usuários internados em clínica médica. Florianópolis, 2011-2012

Problemas	Ocorrência
Educação para a saúde e aprendizagem	
Orientação quanto às rotinas do setor	17
Encaminhamentos sobre sua patologia	8
Orientação sobre sua patologia	8
Gregária	
Com acompanhante	11
Sem acompanhante	7
Introverso	2
Morar com familiares	2
Gosta da família	1
Morar sozinho	1
Saudade de casa	1
Segurança emocional	
Ansiedade	13
Medo	8
Agressividade	1

Fonte: Prontuário do paciente/Serviço de CM/HU/UFSC. 2011/2012

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado, constatou-se a baixa ocorrência de problemas relatados e/ou sublinhados dentro do item "necessidades psicossociais", subitem "Educação para a Saúde", no qual, tecnicamente o enfermeiro deveria averiguar os determinantes relacionados à condição crônica de saúde, bem como de registrar a preocupação e intenção de intervir, junto ao usuário e familiar, no que se refere ao autocuidado, autogerenciamento da doença e encaminhamentos relativos às demais instituições, integrando-se e integrando-os a um projeto terapêutico singular, posto que, dentro do contexto de saúde, "especificar projetos terapêuticos singulares significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas necessidades, preferências e história" (BRASIL, 2008, p. 21).

Os dados demonstram que, dos 1816 problemas identificados nos históricos de enfermagem, 1736 tratam de ocorrências que integram necessidades psicobiológicas, as quais originam prescrições de intervenções que utilizam as chamadas tecnologias assistenciais “duras”, para recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. Entre os demais problemas identificados, 33 integram necessidades psicossociais, e 47 estão incluídas nas necessidades psicoespirituais, sendo que ambas requerem intervenções de promoção e prevenção de agravos de saúde que se utilizam das tecnologias “leve-duras e leves”, ou seja, de aconselhamentos, demonstrações de cuidados, que se utilizam dos aspectos relacionais, da produção de vínculo, da capacidade de decisão do profissional de realizar encaminhamentos na equipe multiprofissional, entre outros.

Estes dados sugerem que os enfermeiros estão atuando num contexto à margem da atual transição tecnológica em saúde no país. O modelo organizacional do SUS requer uma reestruturação assistencial focada em necessidades do usuário, que ultrapassa o atendimento emergencial, principalmente se ele for portador de doença crônica (MENDES, 2012).

Atualmente o tratamento de saúde que os usuários necessitam mediante o quadro de cronicidade (condição de saúde comprovada na população investigada conforme a tabela 2) transversaliza todo o sistema de saúde, ou seja, “o momento da hospitalização permeia o processo de adoecer/ser saudável e pode contribuir para aquisição de autonomia do usuário em relação ao autocuidado e manejo da condição crônica” (MALTA; MERHY, 2010. p.5) após a AH. No entanto constatou-se a baixíssima ocorrência na identificação de problemas para

gerar intervenções de encaminhamentos aos demais profissionais da equipe multiprofissional interna ou externamente ao hospital.

O fato dos enfermeiros produzirem uma baixa ocorrência na identificação de problemas, para gerar encaminhamentos de contrarreferência, demonstra que a integralidade dos serviços ainda não se apresenta como uma prerrogativa para a seleção de problemas nos históricos de enfermagem. Suas funções parecem se ajustar principalmente às necessidades de usuários que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos.

Os enfermeiros identificam problemas relacionados a quadros graves de saúde, mas não diferenciam os quadros agudos provocados por uma doença episódica, dos quadros agudos provocados por uma doença crônica, a qual é consequente a múltiplos fatores e singularidades que produzem condições crônicas de saúde na vida do usuário, e que, portanto também constituem problemas a serem identificados pelo enfermeiro no momento da internação hospitalar para gerar orientações e encaminhamentos na rede de atenção à saúde.

Esta realidade está refletida no paradigma médico hegemônico, cujas características foram bastante questionadas por ocasião da reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira, porque se baseia na intencionalidade de produção, de equipamentos e de saberes tecnológicos estruturados, que “se desenvolveu a partir de recursos disponibilizados à assistência prestada por meio de conhecimentos especializados, nos equipamentos, máquinas e fármacos” (BRASIL, 2004a, p.23). Para a Organização Mundial de Saúde, este contexto assistencial contemporâneo é consequente “ao fato dos atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos [...] a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura, são características do tratamento dispensado atualmente” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 33).

A eficiência da assistência de enfermagem na instituição, dirigida para o atendimento de quadros graves, por meio de intervenções que priorizam as necessidades psicobiológicas, promove a recuperação de doenças episódicas e quadros agudos, mas não é suficiente para promover resultados duradouros junto aos usuários portadores de doenças crônicas recidivadas, haja vista a média de 2,8 reinternações, com longo período de duração (média de 30 dias (DP±22) dentre a população investigada). No Brasil, atualmente “os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam um impacto crescente [...] estão entre as principais causas de internações hospitalares” (BRASIL, 2011a, p. 32).

Em relação ao subitem de Educação para a Saúde, foram elencados 33 problemas, dos quais 17 se referiam à necessidade de orientações quanto às rotinas do setor e 16 relacionados às questões da doença de base. Um percentual pequeno (1,8%) diante de uma amostragem de 144 históricos de usuários portadores de doenças crônicas, com histórico de reinternações.

A importância de se investigar junto ao usuário os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, alimentação inadequada, hábitos higiênicos, bem como fatores sociais como a baixa escolaridade, renda, entre outros, deve-se ao fato de que “o cliente, quando, devidamente informado, orientado e motivado acerca da sua saúde e seus direitos de cidadão é capaz de tomar suas próprias decisões e de se autocuidar” (SCHIER, 2004, p. 67).

Um processo de AH exercido durante o período de internação, planejado em concordância com os demais profissionais de saúde que atuam no serviço, é um ato de cidadania que oportuniza o exercício da integralidade dos serviços dentro das linhas de cuidado, a sobreposição dos conteúdos educativos organizados nos programas do SUS, atividades, procedimentos e encaminhamentos para a manutenção do equilíbrio de saúde alcançado pelo usuário por meio de recursos complexos durante a hospitalização. É um direito do usuário o acesso a informações, que lhe possibilite a liberdade para o autocuidado e gerenciamento adequado das condições e doença crônica que vigoram em sua vida.

O estudo não abordou as intervenções de enfermagem prescritas para cada problema encontrado, no entanto, ao julgar por aqueles identificados nos históricos, os enfermeiros não estão fazendo a identificação da necessidade de ações de educação, que proporcionam resultados de longo prazo na saúde dos usuários com doenças crônicas, nem a previsão de encaminhamentos de contrarreferência para a linha de cuidado à qual os usuários portadores de doença crônica estão vinculados. Esta identificação é essencial para a realização do planejamento da AH qualificada.

Os quadros agudizados de doenças crônicas, apesar de se utilizarem da mesma tecnologia, são usualmente estabilizados. Mas a doença permanece no indivíduo, por isso requerem o acréscimo de intervenções direcionadas à preservação e manutenção das funções vitais desequilibradas, de forma permanente, imposta pela convivência com uma doença incurável, progressiva e com acompanhamento previsto em vários pontos de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Essa diferenciação é vital, inclusive para aqueles que se encontram internados sem gravidade, como no caso de um usuário portador de doença crônica que realiza uma investigação diagnóstica ou tratamento especializado, a fim de evitar “situações de abandono” após a AH. Segundo Zambenedetti (2009, p. 10),

no modelo tradicional de lógica taylorista da organização do trabalho em saúde, o encaminhamento deixa de ser uma responsabilidade do profissional ou do sistema de saúde e passa a ser de responsabilidade do usuário. Quando este não pode acessar o serviço (recurso indisponível, longas filas, etc.) o problema será considerado "daquele usuário" ou "daquele serviço", não existindo o compromisso geral com a integralidade da atenção à saúde dos atores envolvidos no processo saúde-doença.

A baixa ocorrência de identificação de problemas nas necessidades psicossociais reflete a prática de uma abordagem voltada prioritariamente para a doença, o diagnóstico e o tratamento. Os enfermeiros parecem pouco valorizar as especificidades do processo saúde-doença, tais como os fatores de risco e determinantes sociais (SILVA et al., 2011). Esta é mais uma postura que demonstra a baixa adesão dos profissionais da área da saúde às propostas e diretrizes do Ministério da Saúde, em relação à assistência aos usuários com doenças crônicas e às propostas da alta qualificada (MENDES, 2012; BRASIL, 2011b).

Por outro lado, no momento da internação, tanto usuários quanto familiares/acompanhantes, quando estão respondendo ao levantamento inicial de problemas, fonte desta investigação, logicamente referem ou demonstram grande desconforto relacionado à sintomatologia do quadro agudo, o que reduz significativamente sua disposição para o diálogo e o aprofundamento das necessidades psicossociais. Aspectos como estilo de vida, contexto socioeconômico, adesão ao tratamento, significados do agravo (medos, sentimentos, ânimo) somente serão abordados após a melhora clínica, durante a evolução diária do processo de enfermagem. Isto explica, parcialmente, a baixa ocorrência de identificação nos históricos de enfermagem de problemas a serem trabalhados junto ao usuário por meio de intervenções educativas, e encaminhamentos aos demais serviços que integram linhas de cuidado no momento inicial da internação hospitalar.

Na enfermagem, muito há que se evoluir no que tange a comunicação nas organizações de saúde, pois, conforme as autoras (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011, p. 38):

o SUS um sistema de saúde como um sistema possuidor de lacunas no que tange a comunicação que deveria existir, efetivamente, entre os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, uma vez que atuam em diferentes níveis de atenção, uma vez que cada um desenvolve seu trabalho separadamente, deixando os usuários a mercê de um sistema de saúde ineficiente.

Nesse sentido, corroborou-se com uma das lacunas assistenciais relacionadas ao princípio da integralidade do SUS, que sinaliza a necessidade de ações no sentido de estimular o desenvolvimento de práticas assistenciais entre os enfermeiros, bem como demais profissionais da saúde, numa perspectiva integrativa, que favoreça a qualidade de vida do usuário portador de doença crônica para além do ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área da saúde, nem sempre as mudanças assistenciais se concretizam na velocidade com que são idealizadas politicamente, na forma de princípios e diretrizes. Os estabelecimentos de saúde necessitam de tempo para implementar uma política interna que corresponda ao paradigma assistencial do SUS.

O modelo assistencial voltado ao usuário portador de condições crônicas pressupõe a assistência em rede, necessitando do exercício da integralidade por parte dos profissionais da área da saúde, o que implica um maior empenho pessoal para favorecer o acesso dos usuários em condições de AH às demais ações e serviços de cada linha de cuidado específica. A instituição hospitalar necessita capacitar e incentivar os profissionais à adesão e implementação das novas maneiras do cuidado em rede.

O usuário com doença crônica requer um levantamento de problemas dirigido aos determinantes da doença, que inclua fatores de risco, socioambientais da saúde, comportamentais e biológicos, embasando um planejamento de alta hospitalar qualificada, ou seja, planejada com orientações e encaminhamentos efetivos, capazes de evitar reinternações e promover o acompanhamento na RAS.

Recomenda-se a instituição hospitalar um empenho urgente para rever o impresso do histórico de enfermagem, que se mostra bastante defasado em relação à identificação de problemas de enfermagem quanto aos fatores de risco, agravantes e possibilidades terapêuticas das condições crônicas de saúde, bem como dos indicativos de contrarreferência para os demais serviços dentro da RAS.

A constatação em históricos de enfermagem de um déficit na identificação de problemas passíveis de intervenções para a AH qualificada ao usuário com doença crônica remete à necessidade de novos estudos para identificar como acontece, na prática cotidiana, o planejamento e o procedimento das orientações para o autocuidado, no sentido da promoção da autonomia do usuário em relação à condição crônica após a AH.

O déficit de identificação no histórico de enfermagem de problemas que requerem a organização de encaminhamentos para os demais pontos de atenção à saúde remete à necessidade de promoção pela instituição de reflexões e capacitações relativas ao paradigma assistencial do SUS junto aos enfermeiros, no sentido de favorecer a adesão desses profissionais aos seus princípios e diretrizes, bem como sua adoção de posturas integrativas de cuidado.

Na prática atual na instituição, após os primeiros dias da internação, durante a visita diária ao usuário, é possível que os enfermeiros identifiquem aspectos a serem trabalhados na beira do leito, como uma educação para a saúde mais informal. Porém, essa é uma maneira incipiente de praticar a promoção à saúde, por meio da educação para a saúde processada de acordo com uma demanda episódica, e não de acordo com os princípios integrativos que regem o planejamento da AH qualificada.

Nesse sentido, recomendam-se novas investigações relacionadas às dificuldades de realizar um planejamento de alta adequado ao usuário portador de doença crônica, para embasar a formulação de política interna institucional, que favoreça a integração e adesão de seus profissionais aos princípios da Política Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos resolução 196/96**. Brasília, 1996.

_____. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Oficina de Aprendizagem 1: construção de linhas de cuidado na perspectiva de rede.** Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira.** Brasília, 2004a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CHRISTOVAM, B. P; PORTO, I. S; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem. Brasília, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrareferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da Ufsm (REUFISM)**, Santa Maria, p. 31-40, jan. 2011.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34. p. 593-606, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 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.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. D. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.

NASSAR, S. M. et al. **SStatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação, relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 40-45, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.

SCHIER, J. **Tecnologia em Educação em Saúde**: o grupo aqui e agora. Porto Alegre: Sulina, 2004.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Roteiro de Observações:** Problemas relacionados às necessidades psicossociais. Florianópolis: UFSC, 1981.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 334-345, 2009.

4.2 MANUSCRITO II: PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS, CONSIDERANDO O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.

MELLO, Alda Isabel da Silveira
ANDRADE, Selma Regina de

RESUMO

Pesquisa com abordagem qualitativa que se utilizou dos princípios da pesquisa-ação, com o objetivo de propor, juntamente com os enfermeiros dos serviços de clínica médica e cirúrgica Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, as ações para a alta hospitalar qualificada, sob a ótica da integralidade dos serviços do SUS. Participaram onze enfermeiros dos setores de clínica médica e cirúrgica, mediante assinatura do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2011, por meio de cinco oficinas, incluindo uma de aprendizagem do programa “Qualidia”. As falas foram transcritas e submetidas à análise temática de Minayo, e resultaram em seis categorias: usuários e familiares; equipe de enfermagem hospitalar; equipe de enfermagem em saúde coletiva; equipe multiprofissional; educação para a saúde e alta hospitalar. Foram apontadas dificuldades no processo de alta hospitalar devido à predominância da visão fragmentada dos profissionais; pouca adesão às orientações e baixa valorização dos programas de saúde pelos usuários; dificuldades de acessibilidade dos usuários às equipes; grande demanda espontânea; a hegemonia médica influenciando na equipe multiprofissional; sobrecarga de trabalho; formação profissional; falta de educação permanente relativa à alta hospitalar e Sistema Único de Saúde; falta de recursos; gestão caracterizada pela cultura curativa; desconhecimento da atuação da Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Redes de Atenção à Saúde. Má distribuição de insumos, consultas, exames e implementação de programas na Atenção Primária; ausência de referência e contrarreferência; usuários e familiares despreparados para autocuidado e gerencia da doença.

DESCRITORES: Alta do usuário. Assistência Integral à Saúde. Assistência à Saúde. Enfermagem. Doenças crônicas.

Nurses' concept about hospital discharge process from the perspective of a comprehensive service within the unified health system

ABSTRACT

Research with qualitative approach, using action research principles, aimed to propose to the nurses from medical and surgical clinics of the university hospital Professor Polydoro de São Thiago, from Federal University of Santa Catarina, the actions for qualified discharge from hospital, from the perspective of a comprehensive service within the Unified Health System. Eleven nurses participated from respective sections. The data was collected in five workshops between October and December, 2011. After being subject to thematic analysis of Minayo, the content resulted in six categories: Users and family, Hospital nursing, Public health nursing, Multidisciplinary team, Health education, and Discharge from hospital. Professionals with fragmented views were observed, as well as lack of resources, medical hegemony, excessive workload, lack of continued education related to Unified Health System; management characterized by healing culture; lack of reference and counter-reference, Users with spontaneous demand, low acceptance and valuation of health programs and guidelines, access difficulty, lack of training for self-care and disease management.

Descriptors: User discharge from hospital. Health Integral Assistance. Health Assistance. Nursing. Chronic diseases.

Concepto de los enfermeros sobre el proceso de alta hospitalaria desde el punto de vista de la integralidad del Sistema único de Salud

RESUMEN

Estudio con metodología cualitativa que utilizó los principios de estudio/acción, con el objetivo de proponer a los enfermeros de las clínicas médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Professor Polydoro de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, las acciones para el alta hospitalaria calificada, desde el punto de vista de la integralidad de los servicios del Sistema Único de Salud. Participaron once enfermeros de los respectivos sectores. Los datos

fueron recogidos en cinco talleres entre octubre y diciembre de 2011. Después de someterse al análisis temático de Minayo, el contenido fue dividido en seis categorías: Usuarios y familiares; Enfermería hospitalaria; Enfermería de salud colectiva; Equipo multiprofesional; Educación en salud y Alta hospitalaria. Se destacó la visión compartimentada de los profesionales, falta de recursos, hegemonía médica, sobrecarga de trabajo, falta de educación permanente relativa al Sistema Único de Salud; administración caracterizada por la cultura de cura; ausencia de referència y contra referència, usuarios con demanda espontánea, baja aceptación y valorización de las orientaciones y programas de salud, dificultad de acceso, falta de preparación para el cuidado personal y administración de la enfermedad.

Descriptores: Alta del usuario. Asistencia Total de la Salud. Asistencia de la Salud. Enfermería. Enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a nova formulação político-organizacional para o redimensionamento dos serviços e ações de saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Sendo implantado como um processo social em permanente construção, por meio de princípios e diretrizes que asseguram uma maior articulação entre o governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990; 2011b).

Para os profissionais de saúde a implementação do SUS demandou intensa modificação na maneira de conduzir o trabalho. Mediante as políticas assistenciais criadas a partir do conceito ampliado de saúde, são necessárias frequentes adaptações para a reorganização dos serviços, norteadas pelos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, hierarquização, regionalização, resolutividade, complementaridade do setor privado, descentralização e participação dos cidadãos, em todas as esferas governamentais (BRASIL, 2009b).

Dentre os princípios do SUS, no âmbito da reorganização dos serviços, a integralidade representa uma ferramenta para organizar as práticas e oferta em saúde (SILVA; RAMOS, 2011). O conceito de integralidade da assistência está definido na Lei Orgânica Nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, em seu Capítulo II, Inciso 2, como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e

curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e serviços de saúde sob gestão pública, organizados numa conformação assistencial em níveis de atenção à saúde, de acordo com a densidade de tecnologia empregada, distribuída em atenção básica ou primária à saúde (Unidade Básica de Saúde - UBS), ações de média e de alta complexidade (clínicas especializadas e hospitais), as quais “guardam profunda relação entre si, conformando a intersetorialidade, sendo acionados ou referendados com dada frequência de acordo com o fluxo da demanda”. (GUEDES; CASTRO, 2009, p. 5).

Neste contexto, o hospital é um estabelecimento de saúde, cuja concentração tecnológica é dirigida aos recursos de média e alta complexidade, organizados como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Pontos de atenção correspondem a serviços especializados, dentro dos estabelecimentos de saúde, para a realização de diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de usuários com intercorrências de saúde agudas e/ou gravemente enfermas, dentre as quais aquelas portadoras de doenças crônicas e também usuários saudáveis tais como gestantes, recém-nascidos, etc (BRASIL, 2004a).

A RAS integra ações e serviços para a assistência de caráter progressivo, voltada para o atendimento de condições crônicas de saúde, por meio de projetos terapêuticos individuais coordenados pela Atenção Primária de Saúde (APS), tais como a rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede de atenção cardiovascular, etc. Trata-se do modelo assistencial em rede, centrado no campo das necessidades do usuário e operacionalizado por meio de Linhas de Cuidado (LC) (MENDES, 2012).

A LC constitui o acompanhamento da trajetória do usuário desde a identificação pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em determinado território adstrito, de fatores socioambientais, socioeconômicos, fatores de risco individuais modificáveis ou não, para o desenvolvimento de uma doença crônica, até a utilização da tecnologia sofisticada em ambientes terapêuticos especializados, necessários para o suporte de vida daqueles que evoluíram para agravos (MALTA; MERHY, 2010).

O modelo assistencial é desenhado regionalmente para atender os usuários, incluindo os portadores de doenças crônicas, a partir de um projeto terapêutico individual, que envolve necessariamente o seu cuidador, e coordenação pela UBS. Utiliza-se de ações e serviços disponibilizados por uma função singular, desenvolvida em locais tais

como os domicílios, unidades básicas de saúde, clínicas, laboratórios, que detêm os insumos e equipamentos necessários para o atendimento de especificidades e prioridades definidas para a saúde local (FRANCO, 2006).

Os hospitais abrigam distintos pontos especializados de atenção à saúde: o ambulatório; a emergência; UTI, hemodinâmica, unidade dialítica; hospital dia, etc. (BRASIL, 2011b), e por isso assume uma dimensão relevante na vida dos usuários portadores de doenças crônicas e seus familiares, que convivem com o avanço da doença e os agravos agudos que ocasionam reinternações.

Os enfermeiros que atuam em hospitais desempenham importante papel na identificação das suas necessidades de saúde (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011). Muitos clientes são hospitalizados nas unidades clínicas e cirúrgicas, “sendo setores que demandam dos profissionais de saúde ações diversificadas e complementares, tendo como meta atender a uma assistência integral” (ARAÚJO, 2012, p. 3).

O período de internação hospitalar inicia com a entrada do usuário na unidade de internação, e acaba quando o médico determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente (BRASIL, 2002). Constitui um período “propício para que os cuidados à saúde sejam abordados com vistas a desenvolver atitudes que resultem em impactos positivos para o tratamento que se deseja implementar” (BORGES et al., 2012, p. 2595), e pode ser aproveitado como “um momento no qual indivíduo e profissionais de saúde discutem todas as informações acerca da doença e do tratamento” (TORRES et al., 2011, p. 1).

O processo de alta hospitalar engloba atividades de preparo do usuário e familiar, para o exercício do autocuidado, por meio do fornecimento de informações e demonstração de procedimentos, que visam minimizar sua dependência do cuidado profissional especializado. “O cliente, quando, devidamente informado, orientado e motivado acerca da sua saúde e seus direitos de cidadão, é capaz de tomar suas próprias decisões e de se autocuidar” (SCHIER, 2004, p. 67).

O retorno seguro do usuário e familiar ao domicílio é fruto do trabalho de vários profissionais. “Esse cuidado congrega um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando entre os vários cuidadores que circulam no hospital” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 9).

Assim, o planejamento de alta hospitalar (AH) é acrescido de encaminhamentos que visam o gerenciamento da doença, como por exemplo, esclarecimentos e providências relativas a insumos,

medicamentos, meios de transporte para acessar consultas e exames, escolha do local adequado para o atendimento de intercorrências, uma programação característica de atividade multiprofissional.

Em relação à enfermagem, “diante do processo da tecnologia de cuidar, educar e acolher, o planejamento da AH passa a ter um papel especial: o elo entre a instituição hospitalar, o ambiente domiciliar e a rede de saúde” (ARAÚJO, 2012, p. 10).

A transição de uma etapa a outra de atendimento entre os níveis de complexidade, isto é, do hospital para outros pontos de atenção dentro das LC, deveria ocorrer mediante o sistema de regulação, ou de referência e contrarreferência definidos em protocolos das RAS (CONASS, 2011c).

No entanto, observa-se cotidianamente a saída de usuários e familiares desinformados e despreparados para realizar o autocuidado. E não há certeza de que os encaminhamentos serão efetivos, porque são entregues para que eles mesmos tomem as providências. Além disso, há o descrédito no sistema que influencia na falta de adesão ao tratamento pelos usuários.

Nesse sentido, buscou-se investigar, junto aos enfermeiros do Hospital Universitário Professor Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), qual o contexto, práticas e saberes vivenciados no cotidiano assistencial relativos à AH. Esse estudo desenvolveu-se com o objetivo de propor, juntamente com os enfermeiros dos serviços de clínica médica e cirúrgica do HU/UFSC, as ações para a AH qualificada, considerando o princípio da integralidade dos serviços do SUS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se utilizou dos princípios da pesquisa-ação, estruturada em cinco encontros de grupo, sendo três oficinas temáticas para coleta de informações, uma de treinamento do programa “Qualidia” e uma avaliativa.

Conforme Pimenta (2005), para que a pesquisa-ação seja efetiva, faz-se necessário a contextualização dos dados de uma determinada problemática, e que os sujeitos envolvidos constituem um grupo com objetivos comuns. As oficinas temáticas foram planejadas em função da resolução de um problema coletivo (THIOLLENT, 1996), no caso, o contexto das práticas e saberes vivenciados pelos enfermeiros no cotidiano assistencial relativos à AH.

Os trabalhos foram desenvolvidos no HU/UFSC, no qual se localizam os Serviços de Internação de Clínica Médica (CM) e Clínica Cirúrgica (CCR), que juntos somam 145 leitos com atendimento exclusivo do SUS. Fornecem o atendimento especializado necessário para o atendimento de situações de saúde com comprometimentos crônicos e agudos, em diversos graus de gravidade.

Os usuários internam acompanhados por familiares e/ou cuidadores, e ficam acomodados em quartos com dois ou quatro leitos.

Atuam nos setores os profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc.), da Residência Multiprofissional e Médica, os integrantes do corpo discente e docente da universidade, voluntários, Amigos do HU, dentre outros. A equipe de enfermagem é formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e está presente em todos os ambientes cuidativos da instituição.

O HU/UFSC comporta vários pontos de atenção à saúde, de média e alta complexidade, tais como o de hemodinâmica, centro endoscópico, tratamento quimioterápico, hemodiálise, UTI, maternidade, entre outros, e seu ambulatório mantém ampla cobertura de consultas, exames e procedimentos especializados, disponibilizados segundo a marcação realizada pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

A enfermagem adota um modelo assistencial baseado no Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979) por meio do qual realiza a previsão, execução, supervisão e avaliação da evolução diária do estado de saúde de cada usuário internado, que vem sendo realizado desde a abertura da instituição em 1980. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite a realização do registro diário de todos os passos do processo de enfermagem de maneira informatizada.

Os participantes da pesquisa foram onze enfermeiros das unidades de internação médica e cirúrgica, mediante convite e esclarecimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desses, nove trabalham nos serviços de internação da clínica médica e dois nos serviços de internação da clínica cirúrgica, com representantes dos três turnos de trabalho: matutino; vespertino e noturno.

As oficinas tiveram a duração média de 2h; sob a coordenação da pesquisadora que assumiu o papel de participante observador e contou com o auxílio de um relator externo ao grupo, que além dos registros sistemáticos deu suporte na logística. Os trabalhos foram desenvolvidos

mediante exposição inicial de um tema relativo à AH, seguido de discussão entre os participantes.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011, sendo que os conteúdos das oficinas foram gravados, transcritos e submetidos à análise temática de Minayo (2010).

A primeira oficina buscou a “Contextualização sobre a práxis: significados e percepções profissionais”. Foram apresentados os resultados da pesquisa interna que revelou a baixa ocorrência, nos Históricos de Enfermagem de usuários internados nos serviços de clínica médica, da identificação de problemas relacionados à Necessidade de Educação para a Saúde, e a ausência de indicativos para encaminhamentos de referência e contrarreferência de enfermagem entre as demais instituições de saúde envolvidas no tratamento.

A segunda oficina abordou as “Fragilidades e fortalezas institucionais para a implementação do planejamento da AH de enfermagem qualificada ao usuário portador de doença crônica”. Foram apresentados conceitos referendados na literatura atual do SUS, OMS e Enfermagem, tais como o conceito ampliado de saúde; SUS; condições crônicas; alta hospitalar; princípio de integralidade, entre outros. Além de discutir esses conceitos, os participantes foram convidados a socializar informações acerca dos recursos e iniciativas para orientação de saúde na instituição, tais como grupos de diabéticos, de hipertensos, consulta de enfermagem, folhetos, cartilhas, atividades de orientação nos serviços, etc.

A terceira oficina, intitulada “SUS: desdobramentos do princípio da integralidade”, contou com a presença da enfermeira coordenadora dos programas da Atenção Primária de Saúde (APS) do município de Florianópolis. Após a explanação da atual conjuntura da APS foram abordadas questões que incluíram o trabalho multidisciplinar, referência e contrarreferência, programas desenvolvidos na APS e sua interdependência com a assistência hospitalar, na perspectiva de exercitar a integralidade entre os serviços em nível local e regional, voltada à dinâmica da RAS. Foram discutidas as percepções e expectativas relativas à saúde coletiva na região da grande Florianópolis.

No quarto encontro, os participantes presenciaram a Iª Oficina de Aprendizagem de RAS e Linha do Cuidado do programa “Qualidia”, promovido pelo Ministério da Saúde, conjuntamente com os trabalhadores da APS, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Os trabalhos tiveram a duração de 8h. Na ocasião foi apresentado o novo modelo de cuidados com condições crônicas do SUS, RAS e Linha de

Cuidado (componentes e modelagem). Embora o conteúdo da “oficina Qualidia” se dirigisse aos trabalhadores da APS, os participantes da pesquisa tiveram acesso ao uso da palavra durante os debates e esclarecimentos junto aos tutores.

O quinto encontro, além de resgatar o conteúdo da “oficina 'Qualidia'”, também procedeu à avaliação final das atividades da pesquisa. Avaliou-se a dinâmica, os conteúdos e os resultados das oficinas na perspectiva dos participantes. Foi discutido o processo de AH sob a ótica da integralidade e o papel do enfermeiro no processo de saúde-doença do usuário portador de doenças crônicas. Em seguida foi preenchido um instrumento de avaliação e estabelecido uma modalidade de comunicação para conhecimento e validação do conteúdo produzido nas oficinas.

O conteúdo das oficinas foi agregado em seis categorias: usuários e familiares; equipe de enfermagem hospitalar; equipe de enfermagem em saúde coletiva; equipe multiprofissional; educação para a saúde e AH, esta última desmembrada em quatro subcategorias: AH e processo de cuidado; AH e integralidade; AH e conjuntura atual; e AH e conjuntura institucional.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC, respeitando a resolução CNS196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu aprovação por meio do parecer consubstanciado nº 2392/12. Para preservar o anonimato dos participantes foi adotada a identificação de E1; E2; até E11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organizar e interpretar o vasto material transcrito a partir das falas dos participantes constituiu um grande desafio. A participação de onze enfermeiros, em diferentes estágios evolutivos de maturação pessoal e profissional, revelou uma realidade assistencial rica em práticas, saberes, mas também revelou controvérsias, o que requereu por parte da pesquisadora um exercício da “habilidade indutiva (indução de universais com base em particulares) e criatividade [...] habilidade para discernir padrões e entrelaçá-los em um ponto unificado, de modo frutífero” (POLIT; BECK, 2011, p. 505).

Em relação aos enfermeiros, o quadro 1 demonstra o perfil dos participantes:

Quadro 1: Perfil dos participantes da pesquisa, Florianópolis, 2011

Participantes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Idade	26	25	34	40	46	25	28	32	32	31	36
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Tempo de formação (anos)	4	4	9	19	16	3	6	3	10	8	11
Especialista	N	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S
Mestre/anda	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S
Doutora/anda	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N
Tempo de atuação na instituição (anos)	2	2	9	6	9	3	5	10	9	1,5	9
Experiência em outra instituição	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S

Legenda: S: sim; N: não; F: feminino

Fonte: Questionário Likert de validação de assertivas

O perfil dos participantes revelou, quanto ao gênero, a predominância do sexo feminino (100%). Nesta questão específica, a feminilização da força de trabalho da categoria está de acordo com os dados encontrados na literatura (RONCON; MUNHOZ, 2009).

Encontrou-se a média de idade de 32 anos; tempo de formação de oito anos e atuação na instituição de seis anos, o que revela uma amostragem de jovens profissionais, coerente com a rotatividade provocada pela evasão dos profissionais que atuam em serviços de internação, relacionada, principalmente, à sobrecarga de trabalho gerada pelas múltiplas responsabilidades assistenciais e gerenciais, acrescidas do sofrimento inerente ao cuidado de usuários gravemente enfermos e moribundos. Segundo Brito et al. (2008, p. 48):

A participação do enfermeiro de clínica médica na realização de atividades gerenciais e assistenciais representa, para muitos, uma situação geradora de conflitos e de indefinição quanto aos seus papéis, dado que, em muitos casos, assume-se um vasto leque de atividades cuja priorização e conciliação tornam-se praticamente inviáveis. Assim, gerência e assistência se configuram como fazeres distintos, não podendo ser exercidos ao mesmo tempo pela mesma pessoa, sendo necessário migrar de um papel para o outro.

Autores discorrem sobre a importância da presença de jovens profissionais de saúde em setores que desenvolvem atividade fim. Aos poucos, a postura profissional do enfermeiro tem mudado, mas atualmente o mundo requer destes profissionais um grande salto, que

incluí desenvolver íntima relação com computadores, dominar os princípios básicos da administração, aprender a trabalhar em equipe, não se apegar demasiadamente a detalhes, fazer o que gosta e ser otimista. (RONCON; MUNHOZ, 2009).

Os participantes detêm uma experiência profissional diversificada. Desses, nove (81,8%) já trabalharam em outro estabelecimento assistencial de saúde, incluindo atuação na saúde coletiva e entidades privadas (não identificadas para manter a privacidade dos participantes), o que pode estar relacionado ao tipo de vínculo dos enfermeiros no início da carreira, na forma de contrato temporário.

Em relação à pós-graduação, identificaram-se 8 enfermeiros (72,7%) que possuem curso de especialização. Dez enfermeiros (90,9%) cursaram ou estão cursando o mestrado e três enfermeiros (27,27%) que cursaram ou estão cursando o doutorado. Isto demonstra um grande interesse dos enfermeiros em se aperfeiçoarem, bem como a expressiva mobilização, por parte da instituição, no tocante às coberturas necessárias para a liberação das licenças de capacitação. Em parte, por se tratar de um hospital escola, a procura pela condição de pós-graduado é atribuída também ao incentivo à qualificação, por nível de capacitação do servidor público federal da área da educação, conforme o Decreto N° 5.824, de 29 de junho de 2006 (BRASIL, 2006).

Pôde-se observar que onze (100%) dos enfermeiros participantes graduaram sob a vigência do SUS, visto que este completou 25 anos em 2013, e o participante com maior tempo de formação obteve o diploma há 19 anos.

Devido à formação acadêmica atualizada, esses profissionais representam um aliado potencial para a realização das mudanças necessárias, para que a instituição possa corresponder ao novo paradigma assistencial produzido pelo SUS. Além estarem aptos a elaborar hipóteses clínicas, ter raciocínio clínico, saber elaborar diagnósticos de enfermagem, é preciso começar a planejar os cuidados de maneira extensiva aos ambientes dos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Segundo os autores Erdmann, Fernandes e Teixeira (2011, p. 93):

A reflexão sobre a educação em enfermagem, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, deve estimular os cursos a se perceberem nesse processo e a reverem suas decisões pedagógicas à luz do novo paradigma da

formação/capacitação do profissional de saúde, sustentado no modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS e centrado na ciência, tecnologia e inovação em enfermagem.

A seguir são apresentadas as categorias e a discussão relativa à AH sob a ótica da integralidade do SUS.

a) Categoria usuários e familiares:

A denominação “paciente” ao invés de usuário, conforme a terminologia convencional do SUS foi preservada em função da fidelidade às falas dos enfermeiros participantes.

O usuário é reconhecido neste trabalho como “um sujeito que tem singularidades, que interage e que é merecedor de respeito” (SCHIER, 2004, p. 80), um ser humano que se encontra numa fase fragilizada de sua vida, não só pela limitação de liberdade que a internação hospitalar lhe impõe, mas também pela relevância das limitações do exercício das funções vitais provocadas pela doença crônica:

Os pacientes não querem ser tratados como crianças, nem como uma patologia, um diagnóstico, querem ser tratados como uma pessoa normal. E não serem lembrados pelo trabalho que dão todos os dias (E8). Alguns pacientes querem fazer escolhas que nem sempre são as melhores (E11).

A reinternação hospitalar é um evento frequente entre os usuários, que, devido ao processo de adoecimento de longo prazo e o gerenciamento inadequado da saúde, desenvolvem quadros crônicos agudizados, que acabam sendo atendidos de forma episódica, por meio da busca espontânea de atendimento nos serviços de urgência/emergência, ou seja, junto aos serviços que integram os níveis de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2007). Os participantes confirmam esta realidade:

Existe uma demanda espontânea de portadores de doença crônica nos setores de internação (E1). É uma busca de tratamento por parte dos pacientes que já conhecem a própria sintomatologia (E11).

São pacientes que entram no setor de internação e pedem para internar. (E4). Os pacientes graves só procuram ajuda quando muito doentes, quando então tem de vir direto na emergência, no hospital. (E4)

A percepção dos enfermeiros participantes em relação ao usuário portador de doença crônica corresponde à descrição da Organização Mundial da Saúde (2003) de um quadro persistente e que necessita de certo nível de cuidados permanentes:

Porque curado ele não vai ficar. Completo bem-estar não vai existir. Sempre haverá uma incapacidade, uma dor, uma medicação que ele vai ter que tomar. Então, ele vai ter que procurar o bem-estar para si. Isso vai ser a saúde dele (E2).

Trata-se de indivíduos que convivem com condições adversas para a continuidade do tratamento, de origem singulares:

É importante o reconhecimento da estrutura do familiar para se adaptar as transformações e sequelas no doente. Reconhecer sua situação social, financeira, hábitos, costumes, a dinâmica familiar, as possibilidades de enfrentamentos e o real interesse da família pela recuperação do paciente (E1).

E também de ordem sistemática, relacionados à organização do SUS:

Existem problemas de agendamento pelo SISREG e internamente, isso quando não coincidem com os feriados e férias dos especialistas, ou quando a marcação de consulta só abrirá daqui a três meses. Daí, devido à demora, o paciente crônico tem mesmo de voltar no hospital. Eles sobem ao setor de internação porque viajaram com consulta marcada e o ambulatório não está atendendo naquele dia. Querem realizar os exames que tanto demoram. Muitos desses pacientes pagam pelo transporte que é caro e não são atendidos (E9).

Por isso, é importante estimular a participação ativa do familiar nos cuidados, por meio de uma postura profissional que valoriza a escuta, o carinho, estabelecimento de vínculo e responsabilização. Os familiares (e/ou cuidadores) participam diretamente deste processo, da busca da continuidade do cuidado e dos recursos terapêuticos adequados, para a manutenção do equilíbrio alcançado na internação hospitalar. O acompanhamento do fluxo da linha de cuidado pressupõe a responsabilização do cuidador pelo usuário (MALTA; MERHY, 2010). Os participantes preocupam-se com os familiares e interagem a fim de obter uma parceria terapêutica:

Como será que o familiar vai receber a notícia de que o paciente nunca mais vai ser o mesmo? (E3)
Existem familiares que percebem o cuidado com naturalidade (E2). Que “tomam as rédeas” do cuidado antes do paciente devido à complexidade do cuidado (E4). Minha experiência me mostra que o familiar aprende primeiro a realização do cuidado (E10).

b) Categoria equipe de enfermagem hospitalar:

Durante o período de internação hospitalar, o usuário permanece neste espaço, permeado por tecnologias leve-duras e duras, que também carrega a potencialidade de emprego de tecnologias leves (MALTA; MERHY, 2010), “por meio de práticas político-pedagógicas que possibilitem compreender a saúde como qualidade de vida” (GUEDES; CASTRO, 2009, p. 24).

Nesse sentido, os participantes reconheceram uma defasagem assistencial, na medida em que todos os integrantes da equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dedicam-se prioritariamente ao cumprimento das intervenções cuidativas, por meio da aplicação de tecnologias e procedimentos para a atenuação dos sintomas:

Há necessidade da sensibilização para manter a essência da profissão [...] Sensibilizar para todas essas questões da AH é bem complicado mesmo (E7).

A enfermeira se preocupa com questões que o técnico de enfermagem não se preocupa [...] O

técnico de enfermagem vê somente a técnica em si. É impaciente e está sempre correndo quando é para permitir a auto-aplicação de insulina pelo paciente. A gente quer convencer o técnico de enfermagem da possibilidade ajudar a orientar, mas não consegue (E10).

A importância da participação dos trabalhadores de enfermagem na política de enfrentamento das doenças crônicas está impressa no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, que prevê, em seu eixo III, relativo ao cuidado integral, na estratégia 6: “desenvolver e implementar estratégias para a formação profissional e técnica e de qualificação das equipes de saúde” (BRASIL, 2011a). O período de internação é oportuno para o exercício do autocuidado, uma vez que os procedimentos se realizam diariamente, repetidamente:

Durante a internação o paciente e o familiar vão vendo como os funcionários colocam a bolsa (colostomia). Contemplando coisas ditas durante a realização do procedimento, e depois, para reforçar o que aprendeu. Conheço uma pessoa traqueostomizada que aprendeu a realizar o auto cuidado perfeitamente durante a internação (E9).

c) Categoria equipe de enfermagem em saúde coletiva:

Os participantes demonstraram desconhecimento de vários programas implantados no âmbito da APS, bem como da dinâmica atual de organização das equipes da ESF para o acompanhamento do usuário portador de doença crônica a partir da UBS:

Hoje em dia se forma um abismo muito grande entre a casa do paciente e o hospital (E5).

São poucas as informações sobre a continuação do cuidado na rede (E8).

Não são todas as UBS que têm todos os grupos terapêuticos, todos os programas importantes, não é? É pra ter, só que não funciona. Algumas UBS reconhecem a ausência de alguns programas e insumos quando pacientes buscam recursos (E5).

E eu penso que condições reais a unidade (USB) tem para se deslocar até o paciente? (E3) [...] e no risco que é o despreparo técnico do pessoal da UBS (E5).

Faltam recursos humanos na USB para atender visita domiciliar e emergências ao mesmo tempo. (E6).

O acolhimento é feito, porque agora é obrigatório (E3).

O enfermeiro do âmbito hospitalar também pode influenciar, diretamente, a diminuição no quadro de reinternações. Desde que se interesse em identificar onde ocorre a fragmentação do tratamento, uma vez que sua atuação permeia toda a LC. Assume um papel “decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões” (BACKES et al., 2012, p. 224). Em relação à atuação do enfermeiro na APS, os participantes manifestaram a percepção de uma atuação bem limitada:

As enfermeiras da UBS podem escolher suas atividades por afinidade em detrimento de outros programas, mas assim, algumas UBS ficarão sem algumas atividades. Os enfermeiros fazem apenas o que está no programa (E3). Atividades extras para completar, dependem da afinidade e até do comprometimento do enfermeiro (E6).

Quando o enfermeiro gerencia a UBS, também atende os programas [...] as consultas de enfermagem estão institucionalizadas na saúde coletiva, mas tem de ser 50% da agenda de trabalho para consultas de enfermagem (E10).

Precisamos saber qual a metodologia da assistência empregada na rede municipal. Não existe uma padronização nos registros de enfermagem [...] Muitos utilizam a metodologia da assistência baseada em Wanda Horta para registros na UBS. Não há um impresso exclusivo para a enfermagem registrar (E8).

d) Categoria equipe multiprofissional:

O enfermeiro desempenha importante papel integrativo junto à equipe multiprofissional durante o processo de AH, por ser justamente aquele que permanece vigilante ao lado do usuário em tempo integral, responsável pela intermediação de providências e urgências relativas ao cuidado, e por isso mesmo é quem tem maior oportunidade de identificar possibilidades e dificuldades em relação aos seus enfrentamentos, adesão, acesso, etc. (REIS; COBUCCI, 2011), Nesse sentido, a enfermagem ocupa posição estratégica:

O enfermeiro concentra as informações sobre o andamento da terapêutica dos outros profissionais, porque eles têm de esperar a gente terminar o nosso trabalho primeiro, o banho, o curativo, para depois fazer os exercícios da "fisio" (fisioterapeuta), da alimentação (nutricionista), exames da "fono" (fonoterapeuta) (E4).

Geralmente ficamos de leva-recado entre os profissionais que não se encontram ali no mesmo horário (E6).

Somos nós que ficamos manhã, tarde e noite junto ao paciente, e nas passagens de plantão detalhamos tudo. Se existisse mesmo um trabalho compartilhado, poderíamos coordená-lo (E2).

Há o reconhecimento por parte dos enfermeiros de que todos os profissionais da área da saúde são responsáveis, em igual proporção, pela promoção da continuidade da assistência, tanto em nível hospitalar quanto domiciliar. “A integralidade ganha vida na prática quando diferentes profissionais potencializam suas próprias capacidades e pactuam alvos e estratégias” (SILVA; RAMOS, 2011, p. 599). O trabalho em equipe é percebido de forma positiva:

É bom quando pode fazer atividade de AH aos poucos, como um procedimento multiprofissional. Com atuação do Serviço social, da nutrição, da psicologia, fisioterapia, da farmácia. Pensar no preparo da AH, a partir da comunicação

antecipada da alta, por parte do médico. Olha, esse paciente vai ter alta daqui a uns dois, três dias... O próprio residente mesmo já está tendo essa visão (E6).

O ideal é que a AH seja programada multiprofissionalmente, para que os encaminhamentos sejam providenciados em tempo e as orientações tenham sido fornecidas e checadas anteriormente (E10).

Tem especialidades com as quais a gente adora trabalhar. Mesmo que sejam mais trabalhosas. Porque eles estão sempre disponíveis para trabalhar junto com a equipe de enfermagem (E6).

Os enfermeiros participantes apontam para um processo de trabalho multiprofissional que envolve terapêutica específica e providências relativas a cada disciplina de sua alçada, de maneira independente:

Então, de repente, a doente está lá, a gente tratando o melhor que a gente pode, a ferida está começando a ficar boa e acontece aquela história da alta que vem como um susto. E agora? O que a gente faz? É cada um correndo pra resolver suas providências, os seus papéis, a dieta (E4).

Concordam que existe uma preocupação com os novos referenciais que possibilitem a aplicação do conceito ampliado de saúde, apreendido enquanto um fenômeno integral, integrador e potencializador de um viver saudável:

A educação para a saúde está muito aquém do que a população necessita (E1). Há necessidade de orientações para a vida e não somente para o ambiente hospitalar (E9). As pessoas não recebem educação para a saúde em casa, nem nas escolas (E7).

Não é uma causa só de saúde. Isso é uma causa social, de educação (E4).

Algumas orientações de a AH servem para a vida toda dali por diante (E9).

Porém os participantes revelam a ausência de estudos de caso com discussões multidisciplinares e a persistência de problemas relacionados à hegemonia médica:

As principais dificuldades encontradas em relação à equipe multiprofissional é a hegemonia médica na AH. Por exemplo: um paciente com prescrição de alta médica, porém da parte da enfermagem ainda não estaria pronto para AH. Na maioria dos casos vai embora mesmo assim. Geralmente, não existe uma abordagem multiprofissional para que a alta seja acordada com outros membros da equipe (E7).

e) Categoria educação para a saúde:

Antes de planejar intervenções de autocuidado, o enfermeiro deve avaliar a aptidão do usuário para compreender e realizar procedimentos, o interesse da família em ajudá-lo e adequar as orientações às suas condições de vida, a fim de obter sucesso ante aos enfrentamentos que estes possam vir a manifestar. A responsabilidade para com a educação para a saúde se manifestou pelas falas:

As práticas e saberes orientados aos pacientes e seus familiares tendem a contribuir na diminuição da aflição/ansiedade/medo quanto ao cuidado domiciliar; estimula o autocuidado; estimula o controle da doença ou prevenção de novas doenças, evita novas complicações e internações (E1).

O enfermeiro do hospital deve estar articulado com o enfermeiro da rede no sentido de trocar informações que possam beneficiar o usuário (E4).

Uma internação e AH com foco educativo, para ser eficiente precisa buscar a todo instante a sensibilização do paciente para as mudanças necessárias, o que talvez seja o mais difícil, e

quando consegue isso, acho que atinge seu objetivo (E9).

Autores afirmam que as falhas mais comuns que prejudicam o autocuidado estão relacionadas ao déficit de conhecimento da doença e do tratamento; à falta de adesão ao tratamento e manifestações clínicas da doença; não aceitação da doença; ausência de apoio familiar; discreta melhora dos sintomas; terapêutica medicamentosa complexa; efeitos colaterais dos medicamentos e tratamento prolongado sem possibilidade de cura (ANDRIETTA; MOREIRA; BARROS, 2011).

Foram descritas dificuldades encontradas em relação aos usuários:

Leigos tem dificuldade para assimilar e lembrar os passos da orientação após a AH (E7). O paciente sabe que vai ter de absorver o que a gente fala. Para nós, são coisas simples, mas para eles não (E2).

Tem de explicar várias vezes para a mesma pessoa, pois paciente está elaborando a ideia do procedimento cirúrgico, está mais envolvido com procedimento cirúrgico, do que com a doença em si (E9).

Muitas vezes existe a dificuldade de entendimento da receita médica e outras recomendações escritas por parte do paciente com limitação de leitura, ou porque não entendem a letra (E5).

Tem paciente que não para pra pensar, não adere às orientações nem internando para receber uma tutoria, não obedecem aos próprios familiares, desrespeitam as regras da internação e até fogem (E7).

As dificuldades do usuário para apreender as informações para o autocuidado são as limitações cognitivas, sensoriais, emocionais, sociais (E11).

E dificuldades encontradas em relação à gestão da assistência:

Acho interessante a organização de orientações também com a equipe de enfermagem, pois a

gestão do hospital é muito voltada para a questão do cuidado em si e esquece a educação para a saúde (E7).

Esse cuidado de educar, essencial do enfermeiro acaba ficando (E3).

O enfermeiro se preocupa com tantas coisas pequenas no dia a dia e deixa o que é nosso de lado. Faz coisas que na verdade, elas são importantes, mas são pequenas e poderiam ser feitas por outra pessoa (E11).

Não há um momento, nem local apropriado para a atividade de orientação, a enfermeira está sempre “assoberbada”. Está polivalente, realizando diferentes atividades ao mesmo tempo. Sente-se num dilema entre atividades simultâneas (E2).

Os residentes interrompem a orientação com seu pedido de providências. Interrupção também de orientação pelo telefone e pelos pacientes que querem sair mesmo sem pegar os encaminhamentos (E5).

Na prática, muita coisa importante ainda não é feita. Percebe-se até um despreparo para realização de orientações e encaminhamentos. Não recebi orientação neste sentido desde que cheguei ao hospital (E1).

f) Categoria alta hospitalar:

Observou-se, a partir das falas, a AH praticada nos serviços de internação das clínicas médicas e cirúrgicas como um evento, na maioria das vezes, isolado e desprovido de um conteúdo sistematizado, que libera para o domicílio usuários despreparados para o autocuidado e autonomia em relação ao manuseio da doença crônica:

Na hora da AH, o paciente tem pressa e não espera a orientação no momento da saída. Querem sair de alta perto da passagem de plantão, não querem esperar um pouquinho (E5).

Vão saindo de AH com limitações no tratamento, pois a gente acaba nem fazendo a orientação (E6).

Saem sem avisar, sem os papéis de liberação e sem a gente ver, sem pegar os encaminhamentos (E7).

É real o risco destes pacientes não entregarem os documentos de AH na UBS (E1).

Para evitar situações de abandono, paralelo a aplicação do aparato tecnológico complexo e intenso para reverter quadros graves, alguns enfermeiros relataram que tomam a iniciativa pessoal para alcançar algum grau de integralidade com outras unidades de saúde. Isso ocorre “quando a equipe de algum serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e entender, da melhor maneira possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um” (BRASIL, 2004b, p. 27). As falas a seguir demonstram esta preocupação por parte dos enfermeiros:

O enfermeiro do hospital deve estar articulado com o enfermeiro da rede no sentido de trocar informações que possam beneficiar o usuário (E4).

Teve um dia que eu convidei a enfermeira lá do posto do interior, para vir fazer o curativo aqui... Aí, ela (funcionária da USB) veio e falou: “Ah, mas eu não vou ter esse produto!” Mas aí eu falei: “Não, esse produto você leva depois. A gente vai dar para você levar e fazer lá” (E9).

f-1) Alta hospitalar e processo de cuidado:

Em relação à AH, durante as discussões, os enfermeiros expressaram diversas opiniões que corresponderam não somente a execução dessa metodologia prevista institucionalmente, mas também como um processo de trabalho marxista (1994), no qual os usuários portadores de doenças crônicas são elementos que necessitam de transformação, um objeto constituído não somente seu corpo biológico, mas também por sua família, sua comunidade, seu território sanitário, entre outros:

Sinto dificuldade de definir o sentimento de verificar a necessidade de cada paciente (E2).

Que não sabem operar o cuidado. (E5)

Desconhecem a sua doença e os cuidados que vão precisar em casa [...] os recursos disponíveis em seu posto de saúde (E7).

Desconhecem a doença e vão começar tratamentos difíceis (E3).

Desconhecem as causas da sua doença [...] mesmo com o avançar da doença, o paciente não identifica sinais/sintomas de hipoglicemia (E7).

Nesse processo de trabalho, algumas falas identificam os trabalhadores da equipe de enfermagem como sendo os agentes que realizam intervenções para mudar o entendimento do usuário em relação à doença crônica durante o período de internação:

O momento da internação é apropriado para o levantamento de necessidades de orientação no histórico de enfermagem (E3). Desde o início da internação, durante a prestação do cuidado em si (E10). Após receber o diagnóstico (E10). Ao iniciar tratamentos (E2). Esse paciente necessita de orientação todos os dias (E4).

Não só falando de nós, os enfermeiros, mas para que os técnicos e auxiliares de enfermagem também comecem a pensar nesse paciente após a alta, o quanto eles podem estar orientando no dia-a-dia (E1).

Se a gente não ensina desde o segundo dia de pós-operatório, quando o paciente está começando a se recuperar da cirurgia, ele realmente vai embora com muitas dúvidas (E4).

Como métodos de trabalho, não encontramos entre as falas uma descrição organizada, tal como uma padronização de procedimentos operacional (POP), ou rotinas específicas ao setor/especialidade, mas foi possível identificar como ideia de instrumento:

Intervenção educativa da enfermeira, em que devem ser dadas orientações de saúde (E6).

Orientações sobre o autocuidado, curativo, colostomia, drenos, sondas (E7).

Sensibilização do paciente para as mudanças que se fazem necessárias em sua vida (E9).

Programação de AH multiprofissional devido aos encaminhamentos que se façam necessários para um retorno ao domicílio com melhor qualidade de vida, sabendo qual é o lugar certo, para recorrer quando tiver problemas (E10).

Neste hospital não houve preocupação muito grande em providenciar logística e tecnologia para orientação de pacientes nos serviços de internação, precisamos de recursos didático-pedagógicos, por exemplo (E3).

A finalidade do trabalho de AH foi manifestada claramente nas falas que demonstram o grau de consciência desses profissionais em relação à razão dessa necessidade de transformação:

A AH deveria ser um preparo para o paciente depender o menos possível do cuidado profissional (E3).

Para que o indivíduo saiba como vai agir após a AH em relação a sua saúde e continuidade do seu tratamento (E4).

Para que esse paciente alcance boa qualidade de autocuidado no domicílio e não volte a reincidir na internação (E6).

O produto final nesse processo de trabalho relativo à AH, de transformação do entendimento do usuário portador de doença crônica seria, ao final, a melhoria na sua capacidade de gerenciar a própria vida, por meio do alcance do máximo de independência possível para gerir decisões terapêuticas em seu cotidiano (dieta, exercícios, utilização de medicamentos contínuos, etc.).

f-2) Alta hospitalar e integralidade:

Os dados revelaram postura de profunda dedicação e responsabilidade por parte dos enfermeiros participantes desse estudo, para com o tratamento do usuário portador de agravos agudos, e o reconhecimento de uma defasagem importante quando não é valorizada a etiologia de natureza crônica, ou seja, agravos agudos de uma doença crônica, o que constitui uma inobservância do princípio da integralidade do SUS.

Observa-se que, geralmente, a transição entre os níveis de complexidade, resume-se à entrega de receituários e solicitação de retorno e exames de controle ao usuário ou seus familiares, delegando-lhes a responsabilidade de providenciar o deslocamento e procedimentos administrativos necessários para acessar a etapa ou estação de cuidado seguinte (CAMPOS; AMARAL, 2007). As falas a seguir demonstram o reconhecimento da defasagem em relação ao paradigma assistencial do cuidado em rede:

A gente fica por fora do sistema. Então, por exemplo, quando a gente vai pensar no sistema de referência/contrarreferência, de níveis de complexidade, a gente está fora de tudo isso, a gente está ali na nossa rotina, na nossa vida de fazer punção, de fazer curativo, de fazer evolução... E a gente esquece que a gente faz parte de um sistema. É muito interessante a AH sistematizada (E7).

Necessitamos saber quais os programas de saúde vigentes das unidades básicas de saúde (UBS), e de qual forma poderíamos encaminhar determinados pacientes, seria um elo muito importante entre os níveis de atenção à saúde, e assim valorizar ainda mais a visão do paciente como um todo (E2).

Uma das ideias do SUS é produzir um prontuário único para cada usuário que possa ser acessado tanto numa UBS quanto em um hospital de grande porte (E2).

Necessitamos implementar medidas/protocolo para encaminhamento do paciente crônico para garantir a continuidade do cuidado na rede (E5).

Não sabemos como fazer este encaminhamento. Muitas vezes temos a sensação de que o paciente fica “largado” no sistema de saúde quando sai do hospital, pois tem dificuldade para acessá-lo novamente (para marcar uma consulta, para receber sondas, dietas, fraldas, visitas domiciliares, etc.) (E7).

f-3) Alta hospitalar e conjuntura atual

No contexto assistencial atual da enfermagem no HU/UFSC, os participantes descreveram a AH apenas como um momento de cordial despedida. Constatou-se a inexistência de sistematização e planejamento, em que as orientações são realizadas e checadas antecipadamente com os encaminhamentos já contatados na UBS. As falas a seguir revelam a AH automatizada, caracterizada pela liberação burocrática, com as orientações fornecidas somente no momento da saída, ou seja, como um evento isolado:

É um momento que acumula dois extremos: a felicidade do retorno ao lar, família e atividades de vida e as incertezas relacionadas à continuidade do tratamento. Tanto por parte dos profissionais que percebem seu dever cumprido e ao mesmo tempo a incerteza da continuidade do tratamento e do paciente/família que acumula sentimento de alívio e muitas vezes a sensação de dúvidas e medos relacionados ao apoio que receberão da rede (E4).

No escasso tempo destinado a AH, tento ouvir o paciente e seus familiares, suprir dúvidas, realizar orientações sobre uso das medicações, cuidados com feridas (se houver), encaminhamentos para o retorno às consultas médicas, etc. São entregues os exames realizados no período de internação. E em seguida realizada a parte burocrática (E1).

Há uma sensação de dever cumprido quando da saída do paciente de AH. Está bom, vai embora

(E2). Momento de bem estar do paciente, sensação de alívio para a família e enfermagem (E3).

Apesar de saber do que deve ser feito no momento da AH, de todas as orientações e encaminhamentos que devem ser realizados, sempre acabamos deixando de fazer muitas coisas pela pressa do paciente em ir embora e pela falta de tempo no plantão (E6).

Sinto uma frustração com o procedimento inacabado. (E4) Porque que eu acho que não se pode quebrar esse vínculo com o medo, com a dúvida, com as necessidades do paciente. Sinto ansiedade relacionada à saída de pacientes despreparados pra o auto cuidado (E9); (E7).

É uma apreensão por não conseguir dar atenção ao paciente na hora da AH em função de outro que precisava mais naquele momento (E5).

Na hora da alta, por estarmos assoberbados e preocupados com os outros 28 pacientes do setor, acabamos pensando: menos um (E4).

O novo paradigma assistencial do SUS contempla este contexto inquietante para todos os profissionais da área da saúde, os quais necessitam se integrar dos projetos terapêuticos individuais dos usuários portadores de doença crônica, para poder enfrentar “o desafio de restabelecer uma nova prática centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, referenciada no vínculo e na responsabilização” (MALTA; MERHY, 2010, p. 602). As falas a seguir mostram que apesar da realidade conflitante descrita nas falas anteriores, já existe entre os participantes uma visão da AH como uma atividade mais integrativa:

É o momento de retorno ao lar do paciente após um tratamento que pode ter mudado a vida deste e de sua família. É o momento de consolidar ou reafirmar orientações e compromissos previamente estabelecidos com o paciente e família, para que este aplique e promova as mudanças necessárias em sua vida (E9).

A educação do paciente é o momento primordial de intervenção da enfermeira (E6). [...] e deve permear as atividades do enfermeiro durante todo o processo de internação (E4).

A comunicação entre os níveis de atenção primária e secundária deve acontecer diariamente, para que a continuidade da assistência aconteça. E ainda que redes, neste sentido, precisam ser criadas, para que todos os encaminhamentos existentes sejam informados ao paciente, sua família e à UBS (E10).

f-4) Alta hospitalar e conjuntura institucional

No contexto da instituição hospitalar investigada, os enfermeiros participantes referem que não são apenas os fatores de ordem pessoal que determinam a condução das práticas profissionais:

A condução administrativa da instituição, dificuldades relativas aos recursos humanos e materiais, até posicionamentos de ordem política, cooperativismo, impasses trabalhistas, tudo estoura na enfermagem, porque ela é a ponta do processo (E11).

A cultura voltada aos aspectos curativos influenciando, diariamente, na capacidade de observação e intervenção na assistência, fazendo o descrédito pela saúde coletiva (E8).

Tudo acaba influenciando no produto final como, por exemplo, falta de tempo e de rotinas para priorizar a AH, por isso não tenho visto as pessoas fazerem AH de modo sistematizado (E7).

Não recebi orientação de como proceder a AH no estágio probatório. Existe necessidade de uma educação continuada (E2).

Os enfermeiros devem repassar toda a metodologia que de AH para os recém-

contratados poderem manter o padrão de metodologia dentro da instituição (E3).

Sugiro uma ementa da disciplina para os módulos do Programa de Orientação Introdutória (POI) no ano que vem (E6).

Ainda em relação à instituição investigada, os participantes parecem ter alcançado uma visão mais integrativa a partir das oficinas. As falas a seguir demonstram certo otimismo, uma disponibilidade de interar-se das iniciativas internas em relação às especificidades do cuidado com a doença crônica:

O matriciamento em enfermagem é uma ocorrência eventual. É possível fazer consultoria técnica para colegas enfermeiros, haja vista a existência de comissões especializadas (infecção hospitalar, segurança do paciente, materiais de assistência) bem como enfermeiros especializados que atuam em vários pontos de atenção a saúde dentro do hospital (E7).

Existe a possibilidade de encaminhamentos às enfermeiras do ambulatório, do paciente com alteração glicêmica à enfermeira da endocrinologia, e assim por diante (E4).

Não realizo encaminhamentos internos porque desconheço as rotinas de outros setores no hospital. Estou sempre assoberbada, polivalente, realizando diferentes atividades ao mesmo tempo, sem poder sair do setor (E3).

Eu nunca encaminhei aqui dentro. Eu ligo para a Unidade de Saúde, mas, normalmente, não encaminho aqui dentro do HU (E4).

Nessa subcategoria constatou-se uma defasagem na organização interna da instituição relativa à própria responsabilidade como elo da cadeia assistencial estabelecida pelo SUS. O papel do enfermeiro no processo de assistir está acrescido de uma demanda administrativa voltada ao princípio da integralidade, que implica num movimento interno urgente de sistematização para a AH, com acréscimo de procedimentos operacionais padronizados, diretrizes, e sobretudo da

conscientização de uma participação cidadã de todos os seus trabalhadores na construção do novo paradigma da política nacional de saúde. É importante salientar ainda, que nada disso é possível sem o envolvimento das demais diretorias, que englobam outros profissionais da equipe assistencial, bem como aqueles trabalhadores da área de suporte e apoio.

CONCLUSÃO

Mediante o conteúdo das categorias organizadas após análise temática demonstrou-se que a preocupação em investigar, junto aos enfermeiros dos serviços de clínica médica e cirúrgicas do HU/UFSC, sobre o contexto, práticas e saberes vivenciados cotidianamente, relativo à AH qualificada, mostrou-se relevante diante da realidade de defasagem revelada no estudo, principalmente quando considerado o princípio da integralidade dos SUS.

Foram apontadas dificuldades no processo de AH devido à predominância da visão fragmentada dos profissionais; pouca adesão às orientações e baixa valorização dos programas de saúde pelos usuários; dificuldades de acessibilidade dos usuários às equipes; grande demanda espontânea; a hegemonia médica influenciando na equipe multiprofissional; sobrecarga de trabalho; formação profissional; falta de educação permanente relativa à AH e Sistema Único de Saúde; falta de recursos; gestão caracterizada pela cultura curativa; desconhecimento da atuação da Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Redes de Atenção à Saúde. Má distribuição de insumos, consultas, exames e implementação de programas na Atenção Primária; ausência de referência e contrarreferência; usuários e familiares despreparados para autocuidado e gerencia da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da reorganização dos serviços, observou-se que devido à demora na implementação de dispositivos integrativos, tais como acesso ao prontuário eletrônico, ao projeto terapêutico individualizado do usuário coordenado pela UBS, a ausência de modelagem de linhas de cuidado local e regionalmente (ex: Qualidia), bem como a desinformação sobre a linha operacional dos elementos constitutivos da RAS, persiste certa alienação relativa à prática de encaminhamentos de referência e contrarreferência no cotidiano assistencial da AH, especialmente ao considerar o princípio da integralidade do SUS.

As conclusões centrais desse estudo, em relação à instituição hospitalar, apontaram a ausência de um planejamento sistematizado de AH, ausência de referência e contrarreferência entre estabelecimentos assistenciais de saúde; existência de uma abordagem multidisciplinar incipiente, ainda muito atrelada ao modelo biomédico e operacionalizada de maneira fragmentada. Os usuários e familiares geralmente desconhecem aspectos relacionados à etiologia e prognósticos da doença crônica e desconhecem, também, os direitos legais em relação ao acesso aos recursos terapêuticos.

Em relação ao SUS, os participantes desse estudo reconheceram a pertinência de seus princípios e diretrizes, mas apontaram desconhecimento e dúvidas na organização da Atenção Primária de Saúde, relacionadas principalmente aos programas vigentes, distribuição de insumos, marcação de consultas, Redes de Atenção à Saúde, Linha de Cuidado, Projeto Terapêutico individual e funcionamento da UBS.

Destacou-se, por outro lado, que apesar da cultura curativa, os enfermeiros participantes identificaram muitas oportunidades de exercer a promoção da saúde por meio do matriciamento e encaminhamentos internos para orientação especializada, como por exemplo, consultas de enfermagem e grupos de apoio no ambulatório, nos pontos de atenção à saúde (maternidade, unidade de tratamento dialítico) e, até mesmo, aos enfermeiros que atuam em comissões especializadas (material assistencial, infecção hospitalar, segurança do paciente), entre outros.

Destaca-se a necessidade urgente de se estabelecer um meio de veicular informações de AH entre os estabelecimentos assistenciais de saúde, para a promoção da continuidade do tratamento, nos diferentes níveis de complexidade pelos profissionais da saúde.

No âmbito hospitalar, os participantes recomendaram a adoção de diretrizes de AH, e a formação de uma comissão interna e interinstitucional para realização de estudos, pesquisas e casos clínicos, e foruns de discussões com a temática relacionada ao princípio da integralidade.

REFERÊNCIAS

ANDRIETTA, M. P.; MOREIRA, R. S. L.; BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2013.

ARAÚJO, F. S. R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas e cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Niterói, 2012.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BORGES, M. C. L. A. et al. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do Enfermeiro. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2592-97, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.unirio.br%2Findex.php%2Fcuidadofundamental%2Farticle%2Fdownload%2F1523%2F1679&ei=RoreU8CBNYrfsASO8oDgCw&usg=AFQjCNHf3xbG7bO6wEgG0xmvaNXaFtpPyg&sig2=ByBgonYzrx3RBHGkZzOYQ&bvm=bv.72197243,d.cW>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS: assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos./** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). **SUS: Avanços e Desafios.** 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Oficina de Aprendizagem 1: construção de linhas de cuidado na perspectiva de rede.** Brasília, 2011b.

_____. Decreto lei nº 5.824, de 29 de junho de 2006. Estabelece os procedimentos para a concessão do Incentivo à Qualificação e para a efetivação do enquadramento por nível de capacitação dos servidores

integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

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

_____. Portaria nº. 312, de 02 de Maio de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF.

_____. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, 2004a.

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRITO, M. J. M. et al. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL; M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4; jul./ago. 2007.

CARDOSO, C. G; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2013.
CÉSAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a04v58n6.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, jul./dez. 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34. p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 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.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação, relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 40-45, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do usuário acometido por Acidente Vascular Encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 1, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

RONCON, P. F.; MUNHOZ, S. Estudantes de enfermagem tem perfil empreendedor? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 695-700, 2009.

SCHIER, J. **Tecnologia em Educação em Saúde: o grupo aqui e agora**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

SILVA, R. V. G. O., RAMOS, F. R. S. O processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca do limite e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011.

SUZUKI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do usuário diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 7. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

TORRES, H. C. et al. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2013.

4.3 QUESTIONÁRIO LIKERT



Universidade Federal de Santa Catarina
Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Likert - Etapa de validação do conteúdo das categorias resultantes da pesquisa:

“Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade”

Orientação: Dra Selma Regina de Andrade

Mestranda: Alda Isabel da Silveira Mello

INTRODUÇÃO

O enfermeiro assume uma dimensão importante na vida dos usuários portadores de doenças crônicas que, no decorrer desse processo de doença, são monitorados nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e que reinternam por agravos e complicações, necessitando de orientações e incentivo à prática do autocuidado para manter sua autonomia quanto à manutenção das funções vitais do organismo e a realização das atividades de existência (BRASIL, 2010b).

O presente estudo buscou validar as atividades dos enfermeiros relativas ao plano de alta a partir da internação até a AH, identificadas no estudo denominado: Processo de AH na percepção dos enfermeiros, considerando o princípio da integralidade.

É um estudo exploratório, de natureza qualitativa, pautado nos princípios da pesquisa-ação. Desenvolvido por meio de cinco oficinas para revelar significados afetivos, práticas, saberes e vivências relacionadas à AH no cotidiano dos enfermeiros, sob a ótica do princípio da integralidade do SUS. As falas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática de Minayo (2010). Foi aprovado CEPESH /UFSC sob o parecer consubstanciado nº 2392/12.

O presente questionário foi construído a partir do conteúdo das categorias resultantes do processo de análise e organizado na forma de assertivas, que correspondem a aspectos da realidade assistencial revelada pelos enfermeiros participantes. As assertivas aprovadas serviram de base para a formulação das diretrizes de enfermagem para o

processo de AH qualificada de enfermagem do Hospital Universitária Professor Polydoro de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Para participar da validação das assertivas os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Houve um agradecimento pela sua colaboração no aprofundamento de questões relativas ao paradigma assistencial regulamentado pelo SUS, e dos profissionais da área da saúde.

O formulário contendo o questionário LIKERT aplicado apresentou o seguinte conteúdo:

INFORMAÇÕES INICIAIS:

I - Dados individuais:

Idade:

Categoria:

Tempo de formação:

Instituição de formação:

Especialização:

Mestrado

Doutorado:

Tempo de atuação no HU/UFSC:

Lotação no HU/UFSC:

Setores em que já atuou no HU/UFSC:

Outra instituição de atuação profissional:

QUESTIONÁRIO LIKERT:

A Escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente para classificação de respostas em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação (VOLGEZANG, YUOSEY, 2001).

Um item Likert é apenas uma afirmação, à qual o sujeito pesquisado responde, através de um critério que pode ser objetivo ou subjetivo. Normalmente, o que se deseja medir é o nível de concordância ou não concordância à afirmação. No caso, os itens são as assertivas organizadas a partir das categorias resultantes das falas dos participantes nas oficinas, como uma representação do cotidiano assistencial.

O formato típico de um item Likert é bipolar e acompanhado da respectiva pontuação a ser analisada ao final. Após o questionário ter sido totalmente respondido, cada item pode ser analisado separadamente ou, em alguns casos, as respostas dadas podem ser somadas para criar um resultado por grupo de itens.

Ao responder o questionário abaixo, você deve assinalar com um x, somente uma (1) das cinco opções colocadas para cada assertiva, conforme as convenções:

Disc/ple: discordo plenamente

Disc/parc: discordo parcialmente

Indif: indiferente

Conc/parc: concordo parcialmente

Conc/ple: concordo plenamente.

	Assertiva	Discordância		Indiferença		Concordância
1	A AH é um evento isolado, de despedida na ocasião da liberação do usuário após a estabilização do quadro.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
2	A AH é um processo em que a liberação do usuário é um momento de continuidade da orientação para seu cuidado e de contrarreferência à UBS de origem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
3	A AH é o momento de reafirmar orientações e compromissos com o usuário e família, para que promovam as mudanças necessárias.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
4	Atividades de AH são programadas para estimular o autocuidado, o controle da condição crônica (prevenir complicações/novas doenças) e	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

	reinternações.					
5	A AH prepara o usuário para lidar com a nova condição de saúde ou para conviver com a cronicidade da doença.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
6	Atividades de AH diminuem a aflição, ansiedade ou medo aos usuários quanto ao cuidado domiciliar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
7	O AH é um aspecto importante na assistência de enfermagem que necessita de planejamento para realização dos procedimentos de alta.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
8	O processo de AH depende de estudos para corresponder ao princípio de Integralidade do SUS.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
9	Não existe uma rotina para AH na instituição.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
10	A participação no processo de AH é um critério indispensável no Programa de Avaliação do Enfermeiro do CEPEN.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
11	A liberação do usuário em alta hospitalar realizada com base somente na decisão médica ocasiona constrangimentos com familiares e colegas em função da pressa com que os encaminhamentos acontecem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

12	A liberação do usuário em AH constitui-se exclusivamente de entrega de documentos, realizada após todos os encaminhamentos multiprofissionais.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
13	No processo de AH, a enfermagem reconhece a subjetividade de usuários e familiares, as necessidades singulares e encaminha aos demais profissionais para providencias afins.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
14	A atenção ao usuário portador de condição crônica implica uma abordagem multiprofissional para o planejamento e encaminhamentos de AH.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
15	No Hospital, a equipe multiprofissional é um grupo de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que realiza suas atividades limitadas pela autoridade médica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
16	O Enfermeiro conhece os níveis de complexidade dos serviços do SUS, interna e externamente ao hospital, para encaminhar o usuário portador de condição crônica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
17	O programa de	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	atualização do CEPEN mantém os enfermeiros capacitados sobre recursos, convênios, inovações e possibilidades assistenciais para a AH.	Disc/ple	Disc/parc	Indif.	Conc/parc	Conc/ple
18	O envolvimento do familiar acompanhante com o usuário é percebido pela enfermagem, que busca envolvê-los nos cuidados para a autonomia.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
19	O familiar com iniciativa para o cuidado do usuário com algum grau de dependência é um aliado no processo de AH.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
20	A realização de atividades simultâneas à AH não programada leva à liberação inadequada do usuário.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
21	A comunicação para a elaboração de planos de cuidados é mais colaborativa entre os profissionais recentemente admitidos na instituição.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
22	As orientações para o autocuidado após a AH são prestadas pela enfermeira da unidade de internação.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
23	A prática para o autocuidado do usuário em condição crônica é realizada pela enfermagem do	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

	hospital de forma integrada entre unidade de internação e ambulatório.					
24	Os usuários em AH manifestam insegurança relacionada ao desconhecimento sobre a APS, seus programas e recursos.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
25	O usuário portador de condição crônica de saúde está esclarecido sobre seus direitos nas instituições integrantes da RAS.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
26	Os usuários em AH assumem o autocuidado em relação ao seu tratamento por meio de informações e esclarecimentos fornecidos pela equipe multiprofissional.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
27	A não assimilação das informações/orientações pelo portador de condição crônica ocasiona recorrência de sintomas que levam a reinternações.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
28	Os portadores de condição crônica de saúde constituem uma demanda espontânea em unidades de internação para atendimento de intercorrências.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
29	Na fase aguda o usuário está mais preocupado com o	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

	procedimento terapêutico do que com a própria doença, dificultando a adesão ao autocuidado.					
30	Informações entre a equipe de saúde da UBS e do Hospital, sobre tratamento após a AH resolve-se através de canal de comunicação institucionalmente definido.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
31	Os programas e recursos disponíveis na UBS são insuficientes para atender todas as necessidades dos portadores de condição crônica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
32	A promoção do vínculo de usuários à UBS de origem evita a demanda espontânea nas unidades de internação.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
33	O usuário não tem que permanecer internado mais tempo do que o necessário; nem ser liberado precocemente para evitar ameaça ao seu estado de saúde.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
34	A AH do portador de condição crônica implica uma decisão multidisciplinar para que todos os envolvidos providenciem orientações e encaminhamentos em tempo hábil.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
35	A decisão sobre a saída de um usuário	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

	é consenso entre a equipe multiprofissional para a garantia das orientações e encaminhamentos necessários.					
36	O processo de AH interrompido precocemente gera a liberação de pacientes despreparados para o autocuidado.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
37	A lacuna existente entre o momento da AH e o domicílio gera incertezas relacionadas à continuidade do tratamento de saúde na rede.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
38	Há necessidade de uma organização da equipe multiprofissional para a AH.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
39	A especificidade de cada área profissional na atuação terapêutica ao usuário favorece a AH.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
40	A objetividade e a legibilidade da prescrição médica asseguram seu entendimento pelo usuário e demais profissionais que realizam seu aviamento.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
41	A prescrição médica é um veículo de informação para os diferentes pontos de atenção da RAS.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
42	Os fluxos estabelecidos	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

	<p>pele SUS para o fornecimento de insumos são respeitadas por todos os profissionais em seus encaminhamentos de AH.</p>					
43	<p>O hospital não tem uma política interna de divulgação do SUS aos seus profissionais.</p>	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
44	<p>No exercício diário de suas atividades, os técnicos e auxiliares de enfermagem, ao reforçarem as orientações dadas pelo enfermeiro para o autocuidado após AH, contribuem para maior adesão dos usuários ao tratamento.</p>	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
45	<p>Os técnicos e auxiliares de enfermagem mostram-se pouco disponíveis para esperar no dia a dia que o usuário exercite o autocuidado.</p>	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
46	<p>A sensibilização da equipe de enfermagem para uma participação ativa na aprendizagem dos usuários e familiares agiliza a AH.</p>	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
47	<p>O princípio da integralidade do SUS remete ao redimensionamento das atividades do enfermeiro no hospital para planejar e realizar</p>	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

48	atividades de AH. No quadro agudo, os usuários estão preocupados com o desconforto e limitações provocadas pela sintomatologia e não se interessam em obter esclarecimentos da doença de base.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
49	As dificuldades do usuário para apreender as informações para o autocuidado estão relacionadas às limitações cognitivas, sensoriais, emocionais e sociais.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
50	O preparo para AH oportuna ao usuário em condição crônica de saúde entender e gerenciar novas manifestações clínicas.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
51	As necessidades de orientação ao usuário são identificadas e registradas no Histórico de Enfermagem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
52	As necessidades de orientação e encaminhamentos de enfermagem estão registradas e organizadas em um plano de AH.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
53	O enfermeiro programa e realiza orientações a partir do comportamento e/ou dúvidas manifestadas pelo usuário/familiar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

54	O enfermeiro programa e realiza orientações a partir da comunicação de um novo diagnóstico ou tratamento.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			
55	O tempo para proceder a orientações para AH é curto considerando as múltiplas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[3] Indif.	[5] Conc/ple	[4] Conc/parc
56	Os recursos educativos para AH existentes nas unidades de internação não são utilizados pelos enfermeiros.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			
57	No hospital as orientações para a AH acontecem no quarto, no balcão, corredor, e são interrompidas a todo o momento pelos demais membros da equipe.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			
58	A adesão às orientações para AH está relacionada à valorização da população por hábitos saudáveis.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			
59	A realização de eventos de educação permanente no município, com participação de enfermeiros dos diferentes pontos de atenção, estabelece corresponsabilidade no cuidado ao usuário portador de condição crônica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			
60	Os enfermeiros desconhecem os	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple			

	programas e insumos disponibilizados pela UBS à população.					
61	O enfermeiro realiza contato (escrito/verbal) com a UBS para informar sobre procedimentos e insumos necessários à continuidade do cuidado ao portador de condição crônica no domicílio.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple
62	A articulação efetiva entre os diferentes pontos de atenção à saúde diminui reinternações de usuário portador de condição crônica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple

OBSERVAÇÕES

.....

RESULTADOS

Após analisar as frequências absolutas e RM das respostas assinaladas pelos participantes, conforme o demonstrativo final dos resultados (Apêndice D) destacou-se:

- Houve concordância com quarenta e cinco (45) assertivas, sendo que onze (11) por unanimidade.
- Houve discordância com oito (8) assertivas das quais uma (1) por unanimidade.
- Destacaram-se nove (9) itens polêmicos, com a frequência de cinco (5) e seis (6) dividida entre discordância e concordância.
- Todos os itens foram assinalados, não ocorreu ponto neutro.
- A opção pelo grau de indiferença foi minimamente assinalada, com registro de uma (1) frequência em oito (8) itens e duas (2) frequências em três (3) itens, sem que isto tenha influenciado na somatória final do item.

- Não ocorreu empate porque o total de onze (11) participantes constitui número ímpar. Mesmo que uma opção por indiferença proporcionasse igualdade entre frequências dos graus de concordância e discordância, teria sido uma opção diferente dessas, o que impossibilita o empate.

- Existiram assertivas divergentes, criadas com a intenção de testar o grau de atenção do participante ao preencher o questionário, para estimular o raciocínio e evitar respostas automatizadas, como por exemplo, as alternativas nº 16 e a de nº 60 que incluem um significado muito parecido, porém com a ideia de complementaridade entre os níveis de complexidade (política) e programas e insumos (ações). As opções assinaladas entre discordância e concordância estão dizendo a mesma coisa, isto é, a de que os participantes não detêm as informações necessárias para realizar encaminhamentos na Rede de Atenção à Saúde, e neste caso não houve contradição de opinião, a saber:

16- O Enfermeiro conhece os níveis de complexidade dos serviços do SUS, interna e externamente ao hospital, para encaminhar o usuário portador de condição crônica. Essa assertiva obteve RM: 2.5. Isto é, ao discordarem, os participantes afirmam que “o enfermeiro não conhece”.

60- Os enfermeiros desconhecem os programas e insumos disponibilizados pela UBS à população. Essa assertiva obteve RM: 4.0. Isto é, ao concordarem os participantes afirmam que “os enfermeiros não conhecem”.

Dentre as quarenta e cinco (45) assertivas aprovadas por concordância, isto é, com a frequência absoluta igual ou maior que sete (7), encontramos doze (12) itens aprovados por unanimidade (3, 7, 8, 11, 18,19, 24, 37, 38, 50, 55 e 57), e que tratam das questões mais essenciais que tem representatividade nas categorias, podendo, inclusive gerar em essência, um diagnóstico assistencial da prática na instituição: existe uma lacuna após o momento da AH, que gera incertezas relacionadas à continuidade do tratamento de saúde no domicílio e no âmbito da saúde coletiva.

Os enfermeiros participantes reconheceram a AH como um aspecto importante na prática assistencial, que necessita de planejamento que inclua a previsão de tempo, local adequado, insumos de comunicação, adequados a demanda de usuários e familiares portadores de condições crônicas de saúde.

Reconheceram também essa atividade como um processo, que depende de estudos para corresponder ao princípio de integralidade do SUS, por meio de ações articuladas em rede; bem como à integralidade no sentido de articulação das práticas dos demais profissionais de saúde, que integram a equipe multiprofissional na instituição hospitalar.

Dentre as assertivas que alcançaram o grau de concordância, destacaram-se ainda aquelas que referem o familiar como um aliado poderoso no processo de AH. Sua integração oportuniza maior alcance juntamente ao usuário em condição crônica de saúde, no sentido de entender e perseverar em ações para o autocuidado, bem como para o gerenciamento adequado de novas manifestações clínicas.

Em relação ao grau de discordância, encontraram-se oito (8) assertivas (1, 16, 17, 25, 30, 42, 52, 61), dentre as quais somente uma (1) assertiva atingiu a unanimidade.

Ao discordar da assertiva: “o programa de atualização do CEPEN mantém os enfermeiros capacitados sobre recursos, convênios, inovações e possibilidades assistenciais para a alta hospitalar”, os participantes parecem reconhecer a importância desses aspectos que não estão sendo ventilados na instituição.

Os participantes discordaram da AH como um evento isolado após a estabilização do quadro; que o enfermeiro conhece os níveis de complexidade dos serviços do SUS; e que este realiza contato (escrito/verbal) com a UBS para informar sobre procedimentos e insumos necessários à continuidade do cuidado ao portador de condição crônica no domicílio.

Outra discordância relevante diz respeito aos fluxos estabelecidos pelo SUS para o fornecimento de insumos serem respeitados por todos os profissionais em seus encaminhamentos de AH. Destaca-se, aqui, a possível preocupação dos participantes com os aspectos organizativos da rede, muitas vezes burlados por membros da equipe multiprofissional em favorecimento (justificado ou não) de usuários fora de seu domicílio sanitário.

Os participantes discordaram que a troca de informações entre as equipes de saúde da UBS e do Hospital, sobre tratamento após a AH, resolve-se através de canal de comunicação institucionalmente definido. De fato, no momento, ainda não está disponibilizado prontuário eletrônico para anotações de enfermagem, nem há um formulário adequado para a realização de contrarreferência. Instituir um canal de comunicação é um grande desafio, pois embora em uma escala diferente, na atenção primária, as limitações de comunicação também persistem.

Em relação ao usuário portador de condição crônica de saúde, nove dos onze participantes discordam de que ele esteja esclarecido sobre seus direitos nas instituições integrantes da RAS, demonstrando um profundo senso de realismo e sinceridade em relação à prática assistencial atual.

Quanto ao registro de necessidades de orientação e encaminhamentos de enfermagem, houve discordância a afirmação de que estes estejam registrados e organizados em um plano de AH. Este é um aspecto operacional da função básica de “tornar o paciente independente dos seus cuidados” que não detém visibilidade na realidade assistencial atual.

Dentre as assertivas polêmicas (12, 15, 21, 23, 35, 40, 41, 51 e 56), que são aquelas que “dividiram” a frequência por igual entre os graus de discordância e concordância, são as ideias que pareceram estar veiculando de maneira espontânea no cotidiano assistencial. São aspectos que dizem respeito à convivência entre os profissionais e sua relação com a instituição, mas ainda com a ideia da atividade de AH praticada como uma liberação burocrática na maioria das vezes.

Em relação à equipe multiprofissional, os participantes se dividem ao pensar que já há uma convivência mais produtiva, e que a comunicação para a elaboração de planos de cuidados é mais colaborativa entre os profissionais recentemente admitidos na instituição.

Pelo menos a metade dos participantes acredita que a equipe multiprofissional é um grupo de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que realiza suas atividades ainda limitadas pela autoridade médica, e que a prescrição médica ainda é o veículo de informação para os diferentes pontos de atenção da RAS. A outra metade dos participantes assinalou concordância, em igual proporção ante a afirmação de que já há um consenso entre a equipe multiprofissional para a garantia das orientações e encaminhamentos necessários.

Um aspecto que chamou a atenção em relação à AH é a visão dos participantes, de que ações concretas para a prática do autocuidado do usuário em condição crônica é realizada pela enfermagem do hospital, de forma integrada entre unidade de internação e ambulatório da instituição. Trata-se de um ambulatório que congrega especialidades de média e alta complexidade, todas com enfermeiros de área envolvidos em programas que incluem a consulta de enfermagem e participação de grupos afins, tais como o de diabéticos, terceira idade, etc. No entanto, mais da metade (seis) dos enfermeiros ainda não reconhece este recurso como uma possibilidade concreta.

Outra assertiva que gerou preocupação foi a de que os recursos educativos para a AH existentes nas unidades de internação não são utilizados pelos enfermeiros. Para esta resposta, cinco dos respondentes assinalaram discordo parcial ou plenamente, e cinco concordaram

parcialmente, e um concordou plenamente, sendo que o ranking médio acabou sendo três (3), ou seja, correspondente ao nível de indiferença, embora ninguém tenha assinalado especificamente esta opção dentro do item.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Inter gestores Tripartite. **Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

CAPÍTULO 5 DIRETRIZES PARA ALTA HOSPITALAR

A proposta de diretrizes para AH como resultado organização desta dissertação adotou o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), como elemento norteador de ações de saúde voltadas aos usuários internados no HU/UFSC, especialmente aqueles portadores de condições crônicas de saúde.

A partir dos resultados e recomendações dos manuscritos e resultados compilados no questionário LIKERT gerados nesta dissertação, bem como das recomendações de estudos anteriores realizados na instituição com a mesma temática, formulou-se um documento contendo sugestões de diretrizes de AH a ser apresentado à Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC, como um facilitador para a implantação da AH qualificada.

5.1 FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA ALTA HOSPITALAR

A estruturação das diretrizes foi fundamentada no conceito de integralidade, definido na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que em seu capítulo II, artigo 7º, inciso 2º, prevê, dentre outros, o princípio da integralidade de assistência do SUS, entendida como: “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A formulação das diretrizes para o plano de AH qualificada considerou pressupostos e documentos legais de sustentação da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2011c), a fundamentação teórica da dissertação; os resultados das pesquisas realizadas neste estudo e as normas e rotinas da Direção de enfermagem da instituição, para definir e organizar as diretrizes por similaridade, conforme o conteúdo validado pelos participantes.

A elaboração do texto das diretrizes utilizou-se de uma linguagem apropriada, que buscou a concisão, a clareza, a objetividade e a formalidade necessária para elaborar uma redação condizente com seu caráter institucional.

5.2 DIRETRIZES PARA O PLANO DE ALTA HOSPITALAR: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O propósito de elaborar diretrizes para a alta hospitalar (AH) qualificada de enfermagem surgiu a partir das conclusões e recomendações de pesquisas realizadas por enfermeiros (VIEIRA, 2007; SILVA, 2009) no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

A organização desta proposta resulta do estudo de dissertação de mestrado de Alda Isabel da Silveira Mello intitulada “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio de integralidade”, que adotou o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como elemento norteador de ações de saúde, voltadas aos usuários internados, especialmente aqueles portadores de condições crônicas de saúde.

A AH qualificada ao usuário portador de doença crônica deve ser fruto de um planejamento iniciado no momento de internação, quando da identificação de problemas no histórico de enfermagem; aproveita o período de internação para fortalecer a capacidade de autogerenciamento da doença crônica por parte do usuário e familiar e realizar encaminhamentos como garantia de acesso aos recursos terapêuticos disponíveis noutros pontos de atenção da RAS.

A enfermagem necessita ampliar sua capacidade de resposta à demanda do cuidado, integrado e continuado, dirigido ao usuário portador de doença crônica no meio hospitalar. É oportuno criar elementos que busquem aproveitar o período da internação como um momento educativo de formação e de transformação cultural, tanto para seus trabalhadores, quanto para os usuários e familiares a fim de colaborar na manutenção e promoção da sua saúde após a AH.

Espera-se que as sugestões contidas neste documento, e que têm como eixo estruturante o princípio da integralidade do SUS, possam fortalecer e aprimorar ações assistenciais de enfermagem relativas ao planejamento de AH qualificada.

Apresentam-se, inicialmente, os pressupostos derivados das discussões relativas ao processo de AH com os enfermeiros participantes dos encontros de grupo, em seguida, as considerações legais e institucionais e, finalmente, as diretrizes propostas por agrupamento, de acordo com o conteúdo das categorias agrupadas por similaridade ao final da análise temática.

5.2.1- Pressupostos relativos à orientação para a saúde

- A adesão às orientações para o autocuidado está relacionada, entre outras, à valorização da população por hábitos saudáveis.
- A instituição de saúde realiza orientações para a vida e não somente para o ambiente hospitalar.
- Como integrante do SUS, a enfermagem esclarece ao usuário e familiar sobre sistema de saúde no país.
- O período de internação é uma ocasião oportuna para o usuário aprender sobre sua doença e autocuidado.
- As dúvidas em relação a medicamentos e procedimentos devem ser sanadas preferencialmente durante o período de internação e não somente ao seu final.
- A enfermagem reconhece singularidades da pessoa e identifica barreiras de compreensão para a assimilação de orientações para prever estratégias didático-pedagógicas apropriadas.
- A enfermagem demonstra solidariedade, apoio e disponibilidade para esclarecimentos junto ao usuário, por meio do diálogo claro, convincente e esclarecedor, respeitando seu tempo de reconhecimento da doença.
- O envolvimento do usuário e familiar nas decisões relacionadas ao tratamento e encaminhamentos durante o processo de internação hospitalar é fundamental para que estes assumam o tratamento após a AH.
- Ao planejar as orientações para o autocuidado, o enfermeiro envolve usuários e familiares para que estes compreendam e assumam seus papéis e responsabilidades no tratamento.
- O tratamento requer ajustes no estilo de vida, tais como modificações na dieta e atividades, em conformidade com um regime de medicação complexa, e a necessidade de avaliar e monitorar os sinais e sintomas.
- O levantamento das necessidades de orientação é diário, a partir do comportamento e dúvidas manifestadas pelo usuário.
- Durante o período de internação, o levantamento das necessidades de orientação torna-se mais específico a partir do estabelecimento/comunicação de um diagnóstico ou início de um novo tratamento.
- As dificuldades de orientação nos setores estão relacionadas à especificidade dos tratamentos, os recursos didáticos pedagógicos inexistentes, a quantidade e disponibilidade dos enfermeiros para

proceder esta atividade, a própria demanda assistencial e o envolvimento diário com ações burocráticas oficiosas e imprevisíveis.

5.2.2 - Considerações legais e institucionais:

- Considerando a Lei Orgânica de Saúde (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 dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990);
- Considerando a Portaria nº 2.510/GM/MS, de 19 de dezembro de 2005, que institui comissão para elaboração da política de gestão tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (CPGT), e que em seu artigo 3º, inciso 1º considera como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005);
- Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (Brasil, 2010a);
- Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, segundo o qual a integralidade da assistência a saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011d);
- Considerando a alta incidência e prevalência da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e idosos, bem como a organização das respectivas linhas de cuidado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (2013).
- Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, o qual objetiva promover o desenvolvimento, implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de riscos, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011a);
- Considerando a necessidade de criar mecanismos que contribuam para a melhoria contínua da qualidade da assistência saúde prestada aos usuários portadores de condições crônicas, que corresponda à

demanda específica dos vários pontos de atenção à saúde no HU/UFSC.

- Considerando a necessidade da Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC de, além das atividades logísticas e técnico-assistenciais tradicionais, desenvolver mecanismos integrativos para efetivar ações assistenciais que correspondam ao novo modelo de cuidado em rede, para usuários portadores de condições crônicas de saúde do SUS, e estabelecer as diretrizes para o fortalecimento e aprimoramento de ações inerentes a AH qualificada no HU/UFSC.

O produto da dissertação de mestrado “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio de integralidade” apresenta, a seguir, diretrizes, por agrupamento conceitual, para a organização, fortalecimento e aprimoramento das ações assistenciais para a AH qualificada no HU/UFSC.

5.3 – DIRETRIZES PARA ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA NO HU/UFSC

Quadro 2: Diretrizes para a alta hospitalar qualificada no HU/UFSC

DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS / OPERACIONAIS
- Criação de um fórum permanente de discussão sobre política e saúde no HU/UFSC, que inclua a participação de enfermeiros da Atenção Primária de Saúde (APS) e da instituição.
- Promoção, por meio do Centro de Educação e Pesquisa de Enfermagem (CEPEN), de atividades de educação permanente relativas aos princípios e diretrizes do SUS e seus aspectos organizacionais locais e regionais.
- Promoção, por meio do CEPEN, de capacitações periódicas conjuntas, com representantes da APS, sobre novos programas e serviços de saúde, oferecidos para a população nos diferentes níveis de complexidade dos SUS.
- Promoção, por meio do CEPEN, de capacitações didático-pedagógicas para o aperfeiçoamento profissional de enfermeiros relativos à atividade de orientação aos usuários/familiares.
- Elaboração de um instrumento de registro próprio para a realização de relatório de alta de enfermagem para os usuários portadores de doenças crônicas, a fim de disponibilizar à RAS os resultados das intervenções de enfermagem e sugestões de continuidade do cuidado entre os ambientes de cuidado, que sirva de contrarreferência, ao serviço local.
- Atualização do impresso do Histórico de enfermagem, incluindo itens relativos à linha de cuidado, projeto terapêutico individualizado, profissional de contato na UBS de origem.
- Desenvolvimento de um protocolo de alta hospitalar baseado em evidências clínicas, na demanda institucional e em diretrizes do SUS, visando à qualidade e a racionalidade do processo de internação hospitalar,

particularmente nos aspectos relativos à capacitação do usuário, à autonomia e gestão de quadros de doenças crônicas de saúde e a realização de encaminhamentos efetivos dentro da RAS.
- Provisão de componentes ligados à logística, necessários para a realização de orientação para a saúde, incluindo local apropriado, equipamentos e insumos para demonstração de procedimentos.
- Redimensionamento das atividades do enfermeiro no HU/UFSC, para planejar e realizar atividades de AH.
-Estabelecimento de uma forma de comunicação entre a equipe de saúde da UBS e a do hospital para a garantia de troca de informações terapêuticas, visando à efetividade do tratamento continuado, isto é, a elaboração de fluxo em conformidade com a RAS.
- Promoção do intercâmbio interno na instituição, entre os enfermeiros das diversas áreas especializadas (serviços de internação e ambulatoriais) para o procedimento de assessoria técnica, relativa à educação para a saúde e encaminhamentos junto aos demais pontos de atenção à saúde das linhas de cuidado estabelecidas aos usuários portadores de doença crônica.
- Divulgação e implementação junto à Rede Docente-Assistencial dessas diretrizes, a serem assimiladas pelas disciplinas curriculares e praticadas no ambiente hospitalar durante os estágios realizados no HU/UFSC.
DIRETRIZES RELATIVAS AOS USUÁRIOS/FAMILIARES
- Adoção, pelo corpo de enfermagem, de uma postura integrativa construída a partir do reconhecimento do usuário como um ser social, histórico e político.
- Promoção da autonomia de usuários e familiares, por meio de informações sobre a evolução da doença, para que esses tomem decisões adequadas em relação à busca do recurso certo, em tempo certo e no local adequado à complexidade da sintomatologia exacerbada após a AH.
- Promoção de um ambiente favorável à educação para a saúde, por meio do reconhecimento do estágio de enfrentamento em que o próprio usuário se encontra em relação à exacerbção da sintomatologia, de reconhecimento e adaptação à doença crônica.
- Favorecimento à qualidade do envolvimento dos familiares com o usuário portador de doença crônica, através do apoio e encaminhamentos aos demais profissionais da equipe multiprofissional, mediante manifestações de instabilidade e resistência em relação ao cuidado com as sequelas e limitações advindas da evolução da doença.
- Estimulo à atitude pró-ativa por parte dos usuários e familiares, por meio de sua inclusão nas decisões sobre seu tratamento e encaminhamentos dentro da RAS.
DIRETRIZES RELATIVAS À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
- Reconhecimento de que, em se tratando de doenças multicausais e multifatoriais, a atuação multiprofissional, abrangente e complementar é imprescindível para o alcance dos objetivos terapêuticos da internação.
- Incentivo à participação do enfermeiro em reuniões de grupos multiprofissionais, para a organização dos serviços especializados nas clínicas de internação e ambulatório, dos recursos terapêuticos, insumos e

fluxos assistenciais nas especialidades de média e alta complexidade no HU/UFSC (hematologia, reumatologia, etc.).
- Favorecimento da participação do enfermeiro em estudos de caso, realizados de maneira multiprofissional, por meio de coberturas na escala de serviço, concretizando o compromisso de resultados para com a saúde do usuário e diretrizes do SUS.
- Encaminhamento pela DE/HU/UFSC à Comissão de Ética/HU/UFSC das ocorrências que evidenciarem desrespeito profissional e/ou descumprimento da lei quando dos encaminhamentos de alta hospitalar no trabalho multiprofissional.
- Compreensão de que o bom senso deve prevalecer entre os profissionais quando exceções serão aplicadas para soluções de casos complexos.
- Articulação, pelos enfermeiros, das ações e informações com foco no usuário, agindo como facilitador na equipe multidisciplinar.
DIRETRIZES RELATIVAS À EQUIPE DE ENFERMAGEM
- Organização de atividades educativas junto aos usuários e familiares.
- Organização, pela equipe de enfermagem, de material explicativo de apoio e reforço às orientações de enfermagem tais como apostilas, panfletos explicativos de cuidados e rotinas afins, vídeos, entre outros, para serem disponibilizados aos usuários e familiares.
- Supervisão e acompanhamento da implementação das orientações fornecidas e esclarecimento de dúvidas, estímulo a realização do autocuidado durante a visita diária.
- Adoção de uma postura integrativa, a partir do reconhecimento da equipe de enfermagem comprometida e motivada com a educação para o autocuidado de usuários portadores de doença crônica.
- Participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem na identificação das limitações do usuário/familiar, para a compreensão dos cuidados prescritos, para demonstração durante a realização dos procedimentos, visando o autocuidado de usuários dependentes.
DIRETRIZES RELATIVAS AO PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR
- Compreensão de que a AH é um processo dinâmico, que se inicia no momento da internação, por meio da identificação dos problemas de saúde, bem como fatores causais e de risco, modificáveis ou não, a serem discutidos com o usuário e familiar. Tem o objetivo de orientar para o autocuidado para garantir a continuidade do cuidado no domicílio e evitar reinternações, bem como, se necessário, orientar sobre o acesso aos recursos para o tratamento e acompanhamento nos demais pontos de atenção à saúde, ou simplesmente contrarreferenciar à USB de origem.
- Compreensão da AH como um processo de reafirmação dos compromissos assumidos por usuário e familiar com a continuidade do tratamento e as mudanças de vida necessárias para a manutenção do equilíbrio alcançado através de recursos hospitalares.
- Compreensão de que o planejamento de AH é subsidiado pela enfermagem, que inclui o levantamento de problemas no Histórico de enfermagem; a proposição de diagnósticos de enfermagem; a prescrição de intervenções de

<p>enfermagem (atividades educativas, demonstrações, encaminhamentos); a implementação das intervenções prescritas; análise dos resultados dessas, e a organização de informações para contrarreferenciar aos demais estabelecimentos de saúde que constituem pontos de atenção da RAS.</p>
<p>- Priorização, pelos enfermeiros, para a realização de atividades educativas aos usuários em local adequado, a ser procedida de maneira privativa, sem interrupções em respeito ao momento cognitivo do usuário.</p>
<p>- Complementação diária dos dados levantados no Histórico, a partir do comportamento e dúvidas manifestadas durante a visita do enfermeiro. De maneira mais específica, esses dados devem se dar após a comunicação de um novo diagnóstico, início de tratamentos ou sinalização de que não houve compreensão do conteúdo educativo por parte do usuário ou familiar.</p>
<p>- Implementação, pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, das intervenções previstas no plano de alta, de maneira complementar, por meio da realização ou demonstração de procedimentos e ações assistenciais no exercício diário das atividades.</p>
<p>- Compreensão, por parte do técnico de enfermagem, da relevância de sua participação nas orientações de enfermagem para o autocuidado após AH, como elemento facilitador para a maior adesão dos usuários e familiares ao tratamento.</p>
<p>- Promoção do compartilhamento de decisões para evitar a fragmentação do cuidado.</p>
<p>- Deliberação, conjuntamente com a equipe multiprofissional, das providências e encaminhamentos para AH, a fim de garantir a liberação de usuário com doença crônica preparado para o autocuidado.</p>
<p style="text-align: center;">DIRETRIZES RELATIVAS À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE / UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</p>
<p>- Reconhecimento de que a articulação efetiva entre os diferentes pontos de atenção à saúde diminui reinternações de usuário portador de condição crônica.</p>
<p>- Reconhecimento da coordenação do tratamento do usuário crônico pela UBS, por meio do projeto terapêutico individual, recorrendo ao hospital o atendimento de intercorrências que necessitem intervenção de enfermagem, no âmbito da internação hospitalar e assessoria em procedimentos mais especializados.</p>
<p>- Participação em projetos de pesquisa, terapêuticos e assessoria técnica entre os profissionais em diferentes estabelecimentos de saúde nos níveis de complexidade do SUS.</p>
<p>- Divulgação sobre as entidades de apoio disponíveis na comunidade, como entidades não governamentais (ONG, Casas de Repouso, entre outras.) capacitadas ao cuidado inovador, de promoção, manutenção e reabilitação da saúde, que atuam conjuntamente à UBS, para proceder aos encaminhamentos adequados.</p>
<p>- Reconhecimento do usuário como sujeito central do sistema assistencial, sendo que os componentes (familiares, cuidadores, HU/UFSC, UBS, prestadores de serviços, serviços comunitários, etc.) devem trabalhar conjuntamente pelo seu bem estar.</p>

- Planejamento para a alta do usuário sequelado que inclua, necessariamente, um contato prévio com representante da equipe de enfermagem da UBS originária.

REFERÊNCIAS

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

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**: assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília, 2011c.

_____. Portaria nº. 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005.

_____. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde. **Programa Capital Idoso**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 2013 fev. 15, 2013.

SILVA, R. V. G. O. **O trabalho de enfermagem na articulação entre a atenção hospitalar e a atenção básica no pós-alta da criança**. 2009.

99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

VIEIRA, G. B. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta. 2007. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CAPÍTULO 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da dissertação possibilitaram conhecer aspectos importantes sobre a percepção dos enfermeiros em relação à alta hospitalar, saberes, práticas, mas principalmente as dificuldades relacionadas ao preparo do usuário e familiar para o exercício do auto cuidado e gerenciamento da doença crônica.

O percurso metodológico quantitativo subsidiou um argumento incontestável sobre a defasagem na função educativa dos enfermeiros. Constatou-se, nos históricos de enfermagem investigados, a baixa ocorrência de identificação de problemas que requerem intervenções de orientação e encaminhamentos de enfermagem, para reverter a condição de recidivas dos sintomas e quadros de gravidade na vida dos usuários, relacionados ao descuido pessoal e a dificuldade de acesso aos recursos terapêuticos disponibilizados na rede de atenção à saúde.

A partir desta realidade assistencial, procedeu-se uma abordagem qualitativa, a qual reuniu enfermeiros de serviços de internação das clínicas médicas e cirúrgicas em oficinas, para desvelar essa realidade explicitada estatisticamente, no sentido de identificar os aspectos determinantes na prática assistencial, que favorecem ou prejudicam o planejamento e realização do processo de alta hospitalar no HU/UFSC.

As categorias que emergiram dessa pesquisa trouxeram dados contundentes em relação à atuação profissional no contexto institucional e às expectativas em relação aos usuários e familiares, equipe de enfermagem hospitalar e da saúde coletiva, equipe multiprofissional, educação para a saúde e ao processo de alta hospitalar em si.

Os resultados desenharam uma realidade paradoxal relativa ao conceito de AH. Ao mesmo tempo em que os participantes reconheceram a prática usual como uma atividade fim, de natureza reducionista, isto é, geralmente uma liberação burocrática para o domicílio, os participantes também demonstraram uma preocupação abrangente relativa aos aspectos de continuidade do tratamento, tendo reconhecido o serviço de internação como um ponto de atenção, de continuidade, de complementaridade, isto é, percebendo a AH de natureza complexa, um processo que não começa nem termina no microespaço da internação, e que envolve a singularidade dos sujeitos e o caráter contínuo do tratamento em diferentes ambientes de cuidado sob a ótica da integralidade do SUS.

Dentre o rol de dificuldades para a implementação no processo de alta hospitalar pelos enfermeiros participantes, encontrou-se a falta de aceitação e adesão às atividades educativas e a baixa valorização dos programas de saúde por parte dos usuários; acessibilidade dificultada dos usuários à equipe; grande demanda espontânea; perfil dos profissionais da equipe (escolha de atividades por afinidade); a hegemonia médica influenciando as decisões da equipe multiprofissional; sobrecarga de trabalho; formação profissional; falta de educação permanente relativa aos aspectos da alta hospitalar e do SUS; falta de recursos; gestão caracterizada pela cultura curativa da instituição, e desconhecimento da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), organização estrutural da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre outros.

Identificou-se uma lacuna assistencial relacionada à atividade de alta hospitalar, que remete à necessidade urgente de estabelecer uma política interna para a divulgação da Política Nacional de Saúde, principalmente no tocante a adequação institucional ao modelo do cuidado em rede (RAS) e todo o paradigma assistencial do SUS.

No âmbito do HU/UFSC, constatou-se, também, que a enfermagem exerce importante papel integrativo na equipe multiprofissional e, geralmente, é ao enfermeiro que cabe a responsabilidade de intermediar o processo de alta como um todo, devido a sua atuação diuturna em todos os ambientes de cuidados.

A terceira estratégia correspondeu ao objetivo de validar o conteúdo das categorias resultantes da análise temática, para subsidiar as ações para a alta hospitalar qualificada, sob a ótica da integralidade dos serviços do SUS. O conteúdo das categorias foi disposto na forma de assertivas, organizadas em um questionário Likert, para ser validado pelos participantes e também assegurar a sua participação em uma ação concreta, para resolução de um problema coletivo, correspondendo assim aos princípios da pesquisa ação.

As opiniões dos enfermeiros assinaladas nas assertivas sinalizaram boas expectativas em relação às melhorias no processo de alta hospitalar, por exemplo: se os participantes discordaram da “alta hospitalar como um evento isolado após a estabilização do quadro”, e ficaram divididos em relação à assertiva da “liberação do usuário em alta hospitalar constitui-se exclusivamente de entrega de documentos, realizada após todos os encaminhamentos multiprofissionais”, pode-se intuir a influência positiva dos conceitos discutidos nas oficinas, provocando inquietações na prática assistencial atual relativa à AH.

A partir da identificação de fragilidades e potencialidades relacionadas ao processo de alta hospitalar, categorizadas e validadas pelos participantes, organizou-se uma ferramenta administrativa ajustada à necessidade de orientação para esta atividade profissional, caracterizada por diretrizes assistenciais a serem encaminhadas à Diretoria de Enfermagem da instituição hospitalar e coordenação de programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

As diretrizes para a alta hospitalar fundamentadas no princípio da integralidade, apresentadas como produto final da dissertação, constituem uma oportunidade para contrubuir com a concretização dos princípios do SUS, especialmente o da integralidade no âmbito hospitalar. Seu conteúdo é uma fonte de subsídios para iniciativas integradoras organizacionais, tais como protocolo de AH, criação e adaptação de impressos para a comunicação de informações terapêuticas, estabelecimento de uma política institucional de divulgação interna do SUS, entre outras.

6.2 RECOMENDAÇÕES

Nesse sentido, de acordo com as características institucionais, recomenda-se que cada estabelecimento assistencial de saúde, que concentra pontos de atenção das RAS, estude a possibilidade de adotar medidas integrativas, tais como as diretrizes para a AH fundamentadas no princípio da integralidade do SUS. Esta medida servirá para a promoção da continuidade do tratamento do usuário portador de doenças crônicas em diferentes níveis de complexidade, entre os profissionais da saúde.

Recomenda-se, ainda, a formação de uma comissão multiprofissional e interinstitucional na região da grande Florianópolis, para promoção e divulgação de discussões e deliberações relativas aos princípios diretrizes do SUS.

Em nível institucional, recomenda-se a implantação de uma política interna de divulgação e supervisão das ações e serviços disponibilizados pelo SUS, tais como fluxo de insumos, medicamentos, operacionalização do SISREG, entre outros.

Entre os aspectos organizacionais, recomenda-se a atualização do impresso do histórico de enfermagem, o qual se mostra defasado em relação à identificação do aspectos singulares do usuário, dos pontos de atenção a saúde, referência e contrarreferência, que constituem itens importantes no planejamento da alta hospitalar qualificada.

Torna-se necessário fortalecer a competência dos enfermeiros para a implementação do planejamento de alta hospitalar por meio da educação permanente, capacitações e atualizações, para acompanhar o contexto assistencial do SUS em contínuo desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmicas em grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. **Cipescando em Curitiba: Construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na Rede Básica de Saúde**. Curitiba: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://aben-pr.org.br/Arquivos/CIPESC.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2012.

ALMEIDA, M. L. et al. Direção ou coordenação: repensando a representatividade institucional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2013.

AMANTE, L. N.; DALSSY, M. F. S.; BENEDET, S. M.; SOARES, C. F.; MEDEIROS, E. A. G.; SEL, B. T. A interface entre a Enfermagem Peri operatória e sistema de referência e contrarreferência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 2010, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: ABEn, 2010. p. 455-458.

ANDRIETTA, M. P.; MOREIRA, R. S. L.; BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2013.

ARAÚJO, F. S. R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas e cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Niterói, 2012.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BARBOSA, J. M. M.; DIAS, R. C.; PEREIRA, L. S. M. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 383-399, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2012.

BARROS, E. J. L. et al. Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: reflexão sob a ótica da complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2013.

BORGES, F. K.; SOLIMAN, F.; PIRES, D. O.; SELIGMAN, R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Revista HCPA & Faculdade de Medicina**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 147-152, 2009.

BORGES, M. C. L. A. et al. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do Enfermeiro. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2592-97, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.unirio.br%2Findex.php%2Fcuidadofundamental%2Farticle%2Fdownload%2F1523%2F1679&ei=RoreU8CBNYrfsASO8oDgCw&usg=AFQjCNHf3xbG7bO6wEgG0xmvaNXaFtpPyg&sig2=ByBgonYzrx3RBHGkZjOYQ&bvm=bv.72197243,d.cW>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.

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

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos resolução 196/96**. Brasília, 1996.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, 2009a.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). **SUS: Avanços e Desafios**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS: assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS)/Progestores. **Para entender a gestão do SUS: legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009b.

_____. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Oficina de Aprendizagem 1: construção de linhas de cuidado na perspectiva de rede**. Brasília, 2011b.

_____. **Educação para o autocuidado, avaliação contínua de qualidade da atenção ao diabetes**. Brasília, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br/cnhd>. Acesso em: 26 set. 2012.

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Grupo Técnico da Comissão Inter gestores Tripartite. **Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria n°. 312, de 02 de Maio de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF.

_____. Portaria n°. 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005.

_____. Portaria n°. 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009.

_____. Portaria n°. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

_____. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, 2004a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Decreto lei nº 5.824, de 29 de junho de 2006. Estabelece os procedimentos para a concessão do Incentivo à Qualificação e para a efetivação do enquadramento por nível de capacitação dos servidores integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

BRITO, M. J. M. et al. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL; M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4; jul./ago. 2007.

CAMPOS, E. D; CURY, M. Z. F. Fontes primárias: saberes em movimento. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, jan. 1997.

CARDOSO, C. G; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2013.

CARDOSO, T. Z. et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2013.

CÉSAR, A. M; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a04v58n6.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.638 de 10 de Julho de 2002**: Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem. Brasília, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA CATARINA. **Série Cadernos Enfermagem**: Consolidação da Legislação e Ética Profissional. Florianópolis: Quorum Comunicação, 2010.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, Brasília, supl. 2, p. 89-93, 2011.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREIRE. P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz & Terra, 2003.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, jul./dez. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAUAISS. **Dicionário eletrônico da Língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrareferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da Ufsm (REUFMS)**, Santa Maria, p. 31-40, jan. 2011.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34. p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2011.

MARCONI, N. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASLOW, A.H.: **Motivación y personalidad**. 1.ed. Barcelona: Sagitario, 1954.

MEDICI, A. C. **Da atenção primária às redes de saúde: Novos caminhos para a regionalização do SUS**. Monitor Saúde: 2010. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com/2010/06/da-atencao-primaria-as-redes-de-saude_19.html>. Acesso em: 14 out. 2012.

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.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. D. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação, relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PAGLIARINI, F. C; PERROCA, M. G. Uso de instrumento de classificação de usuários como norteador do planejamento de alta de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, n. 21, p. 393-397, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 4 set. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Vídeos Educativos em Saúde**. Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?Conteudo=861>>. Acesso em: 11 set. 2012.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 40-45, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POSSARI, J. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde. **Programa Capital Idoso**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 2013 fev. 15, 2013.

_____. **Planejamento em saúde**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/planejamentoemsaudepmf/home>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do usuário acometido por Acidente Vascular Encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 1, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.

RONCON, P. F.; MUNHOZ, S. Estudantes de enfermagem tem perfil empreendedor? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 695-700, 2009.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2013.

SANTANA, F. R.; NAKATANI, A. Y. K.; FREITAS, R. A. M. M.; SOUZA, A. C. S.; BACHION, M. M. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1653-1664, 2010.

SCHIER, J. **Tecnologia em Educação em Saúde: o grupo aqui e agora**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

_____. **Hospital-dia Geriátrico**: Subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro. 2010. 98f. Tese (Doutorado de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SENA, R. R.; SILVA, K. L. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.

SIMINO, G. P. R.; SANTOS, C. B.; MISHIMA, S. M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5. p. 856-863, 2010.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 23-24, 2008.

SILVA, J. R. S. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a33.htm>>. Acesso em: 25 set. 2011.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; RIBEIRO, A. G.; MARINHO, C. M. S.; CARVALHO, I. S.; RIBEIRO, R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de usuário crítico: histórico de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 267-273, abr./jun. 2012.

SILVA, R. V. G. O. **O trabalho de enfermagem na articulação entre a atenção hospitalar e a atenção básica no pós-alta da criança**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SILVA, R. V. G. O., RAMOS, F. R. S. O processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca do limite e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://search.scielo.org/?q=SILVA.%20Silvio%20Fernandes&where=SC>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

STRINGER, E. T. **Action Research: a Handbook for Practitioners**. Sage, 1996.

SUZUKI, V. F; CARMONA, E. V; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do usuário diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 7. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

TORRES, H. C. et al. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2013.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2011.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde. Florianópolis: Insular, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Roteiro de Observações**: Problemas relacionados às necessidades psicossociais. Florianópolis: UFSC, 1981.

_____. **Filosofia e Marco Conceitual do Curso de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1987.

_____. **Caderno da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**. Florianópolis: PEN, 1999.

_____. **Guia dos estudantes do curso de graduação em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Assistência, Serviços de Enfermagem, Usuários e Educação em Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/3888/1399/>>. Acesso em: 11 set. 2011.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

VIEIRA, G. B. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta**. 2007. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

VOLGEZANG, J. L.; YUOSEY, L. L. R. Standards of professional practice: measuring the beliefs and realities of Consultant Dietitians in Health Care Facilities. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 101, n. 4, p. 473-480, 2001.

WIKIPEDIA. **Enciclopédia Livre**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_Likert>. Acesso em: 23 jun. 2012.

WONG, E. L. Y. et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professional. **BMC Health Services Research**, Hong Kong, v. 11, p. 242, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/242>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

YAMADA, A. T. T. **Atenção Básica e Redes de Atenção**: Organização e financiamento. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/v2/servicos/eventos/audhosp/audhosp/apresentacoes_9-AUDHOSP/AUDHOSP_15-09-10/Manha/Aparecida/Audihosp_CTeruko_2.pdf> Acesso em: 20 fev. 2010.

YAMAMOTO, D. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 334-345, 2009.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS USUÁRIOS INTERNADOS



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Alda Isabel da Silveira Mello sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Curso de Mestrado Profissional em Gestão do cuidado em enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: Uma proposta fundamentada no princípio da integralidade”, sob orientação da Dra. Selma Regina de Andrade, que tem por objetivo geral “propor diretrizes fundamentadas no princípio da integralidade para embasar o plano de alta de enfermagem nos serviços de clínica médica do Hospital Universitário”.

Cabe ao senhor (a) decidir se irá ou não participar. Caso a senhora (a) não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem e continuará seu tratamento no hospital sem qualquer alteração ou diferença. Caso decida participar, o senhor (a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, o senhor (a) ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Não há nenhuma possibilidade de desconforto caso o senhor (a) deseje participar da pesquisa.

Será realizada uma pesquisa em seu prontuário e utilizadas as informações que o senhor (a) mesmo forneceu, ou seu acompanhante, à enfermeira quando chegou neste setor. Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pelo pesquisador e orientador desta pesquisa. Não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens. A divulgação do resultado visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o senhor (a) não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de pagamento.

Espera-se com a pesquisa, trazer contribuição para a equipe de enfermagem do HU no sentido de melhorar o atendimento aos doentes aqui cuidados, e se o senhor (a) precisar voltar a internar, ou simplesmente para visitar algum conhecido poderá perceber a contribuição que nos deu.

Para qualquer dúvida/esclarecimento sobre o projeto, ou desistência do mesmo, você poderá me encontrar nos telefones (48) 32334008, (48) 91114008 e e-mail: aldaisabel@gmail.com. A orientação deste projeto está sendo realizada pela Dra. Selma Regina de Andrade, que poderá ser contatada no telefone (048) 99515522 ou pelo e-mail: selma@ccs.ufsc.br.

Alda Isabel da Silveira Mello
Mestranda

Selma Regina de Andrade
Dra. Prof^ª. Enf^ª. Orientadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: Uma proposta fundamentada no princípio da integralidade”, e concordo em participar. Estou ciente que os dados coletados serão utilizados para a pesquisa da dissertação para o Mestrado Profissional, bem como para publicação na forma de artigo científico.

Florianópolis, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____ R.G.: _____

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS ENFERMEIROS



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Alda Isabel da Silveira Mello sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Curso de Mestrado Profissional em gestão do cuidado em enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa denominada “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade” com orientação da Doutora Selma Regina de Andrade, que tem por objetivo geral reunir e dispor, junto aos enfermeiros das clínicas médicas do Hospital Universitário, as ações praticadas para alta hospitalar, sob a ótica do princípio da integralidade do SUS.

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento certificá-lo (a) da garantia de sua participação. A sua participação consiste em presenciar as oficinas programadas para acontecer nos termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Será lhe garantido o anonimato relativo às informações e a liberdade em desistir da pesquisa no momento em que desejar sem quaisquer constrangimentos. Os dados serão levantados através da gravação das falas realizadas nos encontros, bem como das impressões pessoais da pesquisadora em um diário de campo. Os dados serão guardados por cinco anos em local de acesso exclusivo da pesquisadora e após serão destruídos. Este estudo não oferece riscos a quem dele participar, nem perda ou ganho financeiro, nem prejuízos à atividade profissional.

Para qualquer dúvida/esclarecimento sobre o projeto, ou desistência do mesmo, você poderá me encontrar nos telefones (48) 32334008, (48) 91114008 e e-mail: aldaisabel@gmail.com. A orientação deste projeto está sendo realizada pela Dra. Selma Regina de Andrade, que poderá ser contatada no telefone (048) 99515522 ou pelo e-mail: selma@ccs.ufsc.br.

Alda Isabel Silveira Mello
Regina de Andrade
Mestranda
Enf.^a Orientadora.

Selma
Dra. Prof.^a

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Eu, _____, li e fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade” e concordo em participar. Estou ciente que os dados coletados serão utilizados para delineamento de pesquisa da dissertação para o Mestrado Profissional, bem como publicado na forma de artigo científico.

Florianópolis, _____ de _____ de 201__.

Assinatura: _____

RG: _____

APÊNDICE C: DEMONSTRATIVO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS HISTÓRICOS DE ENFERMAGEM

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS		PARCIAIS		TOTAL
Necessidades Psicobiológicas	Levantamentos / Históricos	1º/63 hist.	2º/81 hist.	144 hist.
	Problemas identificados	Ocorrência	Ocorrência	Ocorrência
Oxigenação	Tosse	37	19	56
	Tosse produtiva	01	06	07
	Expectoração	00	00	00
	Expectoração amarelada	07	01	08
	Expectoração clara	03	01	04
	Ortopnéia	02	01	03
	Dispneia	23	21	44
	Dispneia aos esforços	07	01	08
	Falta de ar	03	08	11
	Cansaço	01	02	02
	Sibilos	00	02	02
	Taquipnéia	01	01	02
	Cianose	01	02	03
	Cateter de O ₂	22	05	27
	Macro nebulização	00	01	01
Entubação	06	02	08	
Epistaxe	02	01	03	
		116	74	190
Hidratação	Baixa ingestão hídrica	34	01	35
	Polidipsia	01	05	06
	Não gosta de água	00	02	02
		35	08	43
Alimentação	Dificuldade p/ mastigar	03	01	04
	Dificuldade para deglutir	00	06	06
	Ausência de dentes	04	06	10
	Necessita auxílio	02	02	04
	Inapetência	19	09	28
	Náusea	12	06	18
	Êmese	14	03	17
	Hematêmese	02	01	03
	Emagrecimento	05	18	23
	Dieta Zero – NVO	13	05	18
	Gastrostomia	01	01	02
	Sonda nasoesteral	05	04	09
	Sonda nasogástrica	03	03	06
	Intolerância lactose/glúten	00	03	03
		83	68	151
Eliminação	a) Intestinal			

	Constipação	22	09	31
	Fezes endurecidas	05	00	05
	Fezes escuras	02	00	02
	Diarreia	18	03	21
	Incontinência fecal	01	00	01
	Melena	02	00	02
	Sangramento anal	03	00	03
	Uso de fraldas	08	01	09
	b) Vesical:			
	Oligúria	04	03	07
	Proteinúria	00	01	01
	Poliúria	01	01	02
	Polaciúria	01	01	02
	Hematúria	03	04	07
	Colúria	00	00	00
	Retenção urinária	01	02	03
	Incontinência urinária	04	02	06
	Urina escura	05	01	06
	Uso de dispositivo urinário	00	04	04
	Uso de fraldas	08	07	15
	Sonda vesical de demora	18	11	29
	Odor desagradável	00	00	00
	c) Outros:			
	Líquido ascítico e/ou hemorrágico	00	02	02
		106	52	158
Sono e Repouso	Insônia	20	09	29
	Sono superficial	01	00	01
	Dificuldade p/ conciliar	00	08	08
	Uso de medicação p/ dormir	01	00	01
		22	17	39
Exercício e Atividade Física	Atividade prejudicada	00	05	05
	Astenia	02	15	17
	Miastenia	00	04	04
	Sedentarismo	00	06	06
	Acamado	05	16	21
	Movimentação parcial	00	00	00
		07	46	53
Mecânica corporal	a) Postural			
	Necessita auxílio	00	02	02
	b) Atividade motora	00	00	00
		00	02	02
Locomoção	Locomoção prejudicada	06	09	15
	Não deambula	04	00	04
	Auxílio à deambulação	11	10	21
	Cadeirante	05	00	05
		26	19	45
Motilidade	Mobilidade prejudicada	03	11	14
	Mobilidade parcial	08	02	10

	Paresia hemi-face E	00	01	01
	Paresia MMSS	00	02	02
	Paresia MMII	03	02	05
	Paresia MSD	02	00	02
	Paresia hemi-corpo D	01	03	04
	Paresia hemi-corpo E	00	06	06
	Plegia hemi-corpo D	01	01	02
	Plegia hemi-corpo E	01	01	02
	Paraplegia	02	01	03
	Desvio de rima	00	03	03
		21	33	54
Integridade física	Amputação de MMII	03	02	05
	Deformidades mãos/pés	00	04	04
	Prótese valvar	00	01	01
	Prótese dentária	00	04	04
	Atrofia de MMSS	00	02	02
	Atrofia de MMII	00	02	02
			03	15
Integridade cutânea mucosa	Pele hipocorada	54	21	75
	Hipocromia	00	03	03
	Icterícia	13	04	17
	Pele seca/descamativa	08	06	14
	Prurido corporal	01	00	01
	Eritema cutâneo	00	02	02
	Rusch cutâneo	00	01	01
	Lesões corporais			
	Erimato- pruriginosas	00	01	01
	Hematoma Peri orbital	01	00	01
	Hematoma no nariz	02	00	02
	Lesão no nariz	01	00	01
	Lesão frontal	00	01	01
	Lesão labial	02	00	02
	Ressecamento de mucosa oral e ocular	00	01	01
	Língua saburrosa	05	02	07
	Candidíase oral	00	01	01
	Hiperemia de orofaringe	00	02	02
	Equimose MMSS	01	04	05
	Lesão nas mãos	00	01	01
	Equimoses disseminadas	00	01	01
	Hematomas pelo corpo	00	02	02
	Área de pressão reg. sacra	04	00	04
	Área de pressão calcânea	01	00	01
	Úlcera de pressão na orelha	01	00	01
	Úlcera de pressão reg. calcâneos	03	00	03
	Úlcera de pressão reg. sacra	04	00	04

	Úlcera de pressão reg. trocânteres	01	01	01
	Lesão baixo ventre	02	01	03
	Sutura abdominal	00	01	01
	Colostomia	00	03	03
	Lesão MID	02	00	02
	Lesão MIE	00	01	01
	Lesões em MMII	04	01	05
	Lesão coto E	00	02	02
	Lesão no pé D	01	02	03
	Deformidade nos pés	00	01	01
	Lesão anal	01	00	01
	Lesão escrotal	01	00	01
	Abscesso perineal	01	01	02
	Abscesso na virilha	00	03	03
	Hemorroidas	00	01	01
	Dreno de tórax	01	01	02
		115	72	187
Cuidado corporal	Necessita auxílio p/ banho	04	01	05
	Necessita banho no leito	04	00	04
	Péssima higiene corporal	01	00	01
	Língua saburrosa	00	00	00--
	Cerume no ouvido	02	00	02
	Secreção ocular	01	00	01
	Secreção nasal/crostas	00	01	01
		12	02	14
Regulação	a) Térmica			
	Hipertermia	16	05	21
	Hipotermia	01	00	01
	b) Hormonal			
	Obesidade	02	00	02
	Ciclo menstrual irregular	02	00	02
	Calorão	00	02	02
	Hipo/hiperglicemia	19	09	28
	Uso de insulina	03	07	10
	Sialorréia	00	01	01
	Edema cushingóide	00	01	01
	Sudorese	00	02	02
	c) Neurológica			
	Nível consciência alterado	02	01	03
	Confusão	09	08	17
	Letargia	02	03	05
	Sonolência	04	03	07
	Não responsivo	01	01	02
	Desacordado	01	00	01
	Agitação	02	03	05
Desorientação	04	04	08	

	Sedação	01	01	02
	Dormência	01	01	02
	Convulsão	05	00	05
	Desmaio	01	00	01
	Epilepsia	01	00	01
	Tontura/vertigem	09	04	13
	Déficit no equilíbrio	01	00	01
	Esquecimento	00	00	00
	Disartria	00	00	00
	Visão turva	00	00	00
	Distúrbios visuais	00	02	02
	d) Hidroeletrólítica			
	Edema corporal	02	03	05
	Edema de MMII	18	15	33
	Edema de MSE	00	01	01
	Edema cervical	01	00	01
	Edema escrotal	01	00	01
	Abdome distendido/ascite	13	11	24
	Desidratado	01	04	05
	Cãibras	00	01	01
	e) Vascular			
	Hipo/hipertensão	40	07	47
	Taquicardia	01	00	01
	Bradicardia	00	02	02
	Arritmia	00	01	01
	Palpitação	00	01	01
	Mal estar	00	01	01
	Uso de droga vasoativa	03	00	03
	Uso de anticoagulante	00	01	01
	f) Crescimento celular			
	Prostração	00	03	03
	Alopecia	01	05	06
	Náusea	00	00	00
	Quimioterapia	04	02	06
		172	116	288
Percepção dos órgãos e sentidos	a) Olfativa	00	00	00
	b) Visual			
	Acuidade diminuída	30	20	50
	Visão turva	01	01	02
	Miopia	01	00	01
	Cegueira	00	01	01
	c) Auditiva			
	Acuidade diminuída	08	03	11
	Otalgia	01	00	01
	d) Tátil	00	00	00
	e) Gustativa	00	00	00
	f) Dolorosa			
	Dor corporal	02	09	11

	Mialgia	00	02	02
	Cefaleia	13	08	21
	Dor cervical	00	01	01
	Dor no ombro	01	00	01
	Dor torácica	08	06	14
	Pré-cordialgia	07	00	07
	Dor retroesternal	02	00	02
	Dor no quadril	01	00	01
	Dor lombar	07	01	08
	Dor nas costas	00	02	02
	Dor em MMII	06	08	14
	Dor em MMSS	00	02	02
	Dor genital	01	01	02
	Dor anal	01	00	01
	Dor escrotal	01	00	01
	Dor abdominal	17	03	20
	Cólica	00	01	01
	Dor abdominal a palpação	07	00	07
	Dor de estomago	02	04	06
	Dor Peri umbilical	00	01	01
	Disúria	00	05	05
	Dor articular	00	01	01
	Gemência	00	03	03
		117	83	200
Terapêutica	Fluidoterapia	57	39	96
	Quimioterapia	04	04	08
	Pulsoterapia	00	02	02
	Radioterapia	00	04	04
	Hemodiálise	00	02	02
	Hemotransusão	00	01	01
	Medicação endovenosa	06	00	06
	Medicação subcutânea	14	10	24
	Alergia a medicamentos	12	01	13
	Acesso venoso central	07	09	16
	Acesso venoso periférico	50	30	80
	Cateter Marruka p/ HD	00	01	01
	Fístula arteriovenosa	00	01	01
	Rede venosa fragilizada	10	01	11
	Musculatura hipotrófica	00	05	05
	Enema medicamentoso	00	01	01
	Paracentese	00	01	01
	Colar cervical	00	01	01
	Dreno torácico	00	01	01
		160	114	274
Sexualidade	Sem registro específico	00	00	00
Segurança física	Prevenção de quedas	23	14	37
	Necessidade de isolamento	04	03	07
	Risco de fuga	01	01	02

	Contenções mecânicas	00	01	01
		28	19	47
Meio ambiente	Sem registro específico	00	00	00
	TOTAL	1023	740	1736

APÊNDICE D: DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO LIKERT

Total de participantes: 11 enfermeiros, cujas respostas estão distribuídas de acordo com seu grau de discordância, indiferença e concordância.

Convenções: RM: ranking médio

Disc/ple: discordo plenamente

Disc/parc: discordo parcialmente

Indif: indiferente

Conc/parc: concordo parcialmente

Conc/ple: concordo plenamente.

Valoração da resposta: Discordância - Disc/ple: [1]

- Disc/parc: [2]

Indiferença: - Indif: [3]

Concordância - Conc/parc: [4]

- Conc/ple: [5]

ASSERTIVAS	Discordância		Indife- rença	Concordância		RM
01-A alta hospitalar é um evento isolado, de despedida na ocasião da liberação do usuário após a estabilização do quadro.	[1] Disc/ple 4	[2] Disc/parc 6	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple	1.8
02-A alta hospitalar é um processo em que a 03-liberação do usuário é um momento de continuidade da orientação para seu cuidado e de contrarreferência à UBS de origem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 4	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 5	3.7
03-A alta hospitalar é o momento de reafirmar orientações e compromissos com o usuário e família, para que promovam	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 9	4.8

as mudanças necessárias						
04-Atividades de alta hospitalar são programadas para estimular o autocuidado, o controle da condição crônica (prevenir complicações/novas doenças) e reinternações.	[1] Disc/ple 1	[2] Disc/parc 2	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 5	3.8
05-A alta hospitalar prepara o usuário para lidar com a nova condição de saúde ou para conviver com a cronicidade da doença.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 2	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 7	[5] Conc/ple 2	3.8
06-Atividades de alta hospitalar diminuem a aflição, ansiedade ou medo aos usuários quanto ao cuidado domiciliar.	[1] Disc/ple 1	[2] Disc/parc 1	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 5	4.0
07-A alta hospitalar é um aspecto importante na assistência de enfermagem que necessita de planejamento para realização dos procedimentos de alta.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 9	4.8
08-O processo de alta hospitalar depende de estudos para corresponder ao princípio de Integralidade do SUS.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 6	[5] Conc/ple 5	4.4
09-Não existe uma rotina para alta hospitalar na instituição.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 6	[5] Conc/ple 4	4.2
10-A participação no processo de alta hospitalar é um critério indispensável no Programa de Avaliação do Enfermeiro do	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 2	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 5	4.5

CEPEN.						
11-A liberação do usuário em alta hospitalar realizada com base somente na decisão médica ocasiona constrangimentos com familiares e colegas em função da pressão com que os encaminhamentos acontecem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 8	4.7
12-A liberação do usuário em alta hospitalar constitui-se exclusivamente de entrega de documentos, realizada após todos os encaminhamentos multiprofissionais.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 1	[3] Indif. 2	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 1	3.1
13-No processo de alta hospitalar, a enfermagem reconhece a subjetividade de usuários e familiares, as necessidades singulares e encaminha aos demais profissionais para providencias afins.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 2	[3] Indif.	[4] Conc/parc 7	[5] Conc/ple 2	4.1
14-A atenção ao usuário portador de condição crônica implica uma abordagem multiprofissional para o planejamento e encaminhamentos de alta hospitalar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 2	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 6	4.1
15-No Hospital, a equipe multiprofissional é um grupo de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que realiza suas atividades limitadas pela autoridade médica.	[1] Disc/ple 3	[2] Disc/parc 2	[3] Indif.	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 1	3.8

16-O Enfermeiro conhece os níveis de complexidade dos serviços do SUS, interna e externamente ao hospital, para encaminhar o usuário portador de condição crônica.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 5	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 	2.5
17-O programa de atualização do CEPEN mantém os enfermeiros capacitados sobre recursos, convênios, inovações e possibilidades assistenciais para a alta hospitalar.	[1] Disc/ple 6	[2] Disc/parc 5	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 	[5] Conc/ple 	1.4
18-O envolvimento do familiar acompanhante com o usuário é percebido pela enfermagem, que busca envolvê-los nos cuidados para a autonomia.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 7	[5] Conc/ple 4	4.3
19-O familiar com iniciativa para o cuidado do usuário com algum grau de dependência é um aliado no processo de alta hospitalar.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 9	4.8
20-A realização de atividades simultâneas à alta hospitalar não programada leva à liberação inadequada do usuário.	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple 9	4.5
21-A comunicação para a elaboração de planos de cuidados é mais colaborativa entre os profissionais recentemente admitidos na instituição.	1	4	2	2	2	3.0
22- As orientações para o autocuidado após a alta	[1] Disc/ple 	[2] Disc/parc 	[3] Indif. 	[4] Conc/parc 	[5] Conc/ple 	

hospitalar são prestadas pela enfermeira da unidade de internação.		1		9	1	3.9
23-A prática para o autocuidado do usuário em condição crônica é realizada pela enfermagem do hospital de forma integrada entre unidade de internação e ambulatório.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 4	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 2	2.9
24-Os usuários em alta hospitalar manifestam insegurança relacionada ao desconhecimento sobre a APS, seus programas e recursos.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 7	[5] Conc/ple 4	4.3
25-O usuário portador de condição crônica de saúde está esclarecido sobre seus direitos nas instituições integrantes da RAS.	[1] Disc/ple 4	[2] Disc/parc 5	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple	2.0
26- Os usuários em alta hospitalar assumem o autocuidado em relação ao seu tratamento por meio de informações e esclarecimentos fornecidos pela equipe multiprofissional.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 8	[5] Conc/ple 2	4.0
27-A não assimilação das informações/orientações pelo portador de condição crônica ocasiona recorrência de sintomas que levam a reinternações.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple 59	4.6
28-Os portadores de condição crônica de saúde constituem	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple	

uma demanda espontânea em unidades de internação para atendimento de intercorrências.			1	3	7	4.5
29-Na fase aguda o usuário está mais preocupado com o procedimento terapêutico do que com a própria doença, dificultando a adesão ao autocuidado.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 6	4.4
30-Informações entre as equipes de saúde da UBS e do Hospital, sobre tratamento após a alta hospitalar resolve-se através de canal de comunicação institucionalmente definido.	[1] Disc/ple 8	[2] Disc/parc 2	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple	2.3
31-Os programas e recursos disponíveis na UBS são insuficientes para atender todas as necessidades dos portadores de condição crônica.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 5	4.2
32-A promoção do vínculo de usuários à UBS de origem evita a demanda espontânea nas unidades de internação.	[1] Disc/ple 1	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 6	4.0
33-O usuário não tem que permanecer internado mais tempo do que o necessário; nem ser liberado precocemente para evitar ameaça ao seu estado de saúde.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 7	4.0
34-A alta hospitalar do portador de condição crônica implica uma decisão multidisciplinar	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple 9	4.6

para que todos os envolvidos providenciem orientações e encaminhamentos em tempo hábil.						
35-A decisão sobre a saída de um usuário é consenso entre a equipe multiprofissional para a garantia das orientações e encaminhamentos necessários.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 4	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 1	2.8
36-O processo de alta hospitalar interrompido precocemente gera a liberação de pacientes despreparados para o autocuidado.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple 9	4.7
37-A lacuna existente entre o momento da alta hospitalar e o domicílio gera incertezas relacionadas à continuidade do tratamento de saúde na rede.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 9	4.8
38-Há necessidade de uma organização da equipe multiprofissional para a alta hospitalar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple 11	5.0
39-A especificidade de cada área profissional na atuação terapêutica ao usuário favorece a alta hospitalar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 4	4.0
40-A objetividade e a legibilidade da prescrição médica asseguram seu entendimento pelo usuário e demais profissionais que realizam seu	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 3	[3] Indif. 1	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple 5	3.2

aviamento.						
41-A prescrição médica é um veículo de informação para os diferentes pontos de atenção da RAS.	[1] Disc/ple 1	[2] Disc/parc 4	[3] Indif.	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 1	3.0
42-Os fluxos estabelecidos pelo SUS para o fornecimento de insumos são respeitados por todos os profissionais em seus encaminhamentos de alta hospitalar.	[1] Disc/ple 3	[2] Disc/parc 6	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple	1.3
43-O hospital não tem uma política interna de divulgação do SUS aos seus profissionais.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 6	4.3
44-No exercício diário de suas atividades, os técnicos e auxiliares de enfermagem, ao reforçarem as orientações dadas pelo enfermeiro para o autocuidado após a alta hospitalar contribuem para maior adesão dos usuários ao tratamento.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 6	4.3
45-Os técnicos e auxiliares de enfermagem mostram-se pouco disponíveis para esperar no dia a dia que o usuário exercite o autocuidado.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 8	[5] Conc/ple 1	3.5
46-A sensibilização da equipe de enfermagem para uma participação ativa na aprendizagem dos usuários e familiares agiliza a alta hospitalar.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 5	4.3
47-O princípio da integralidade do	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple	

SUS remete ao redimensionamento das atividades do enfermeiro no hospital para planejar e realizar atividades de alta hospitalar.	1	1	1	5	3	3.7
48-No quadro agudo, os usuários estão preocupados com o desconforto e limitações provocadas pela sintomatologia e não se interessam em obter esclarecimentos sobre a doença.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 8	[5] Conc/ple 2	4.0
49-As dificuldades do usuário para apreender as informações para o autocuidado estão relacionadas às limitações cognitivas, sensoriais, emocionais e sociais.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 7	4.4
50-O preparo para alta hospitalar oportuniza ao usuário em condição crônica de saúde entender e gerenciar novas manifestações clínicas.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 2	[5] Conc/ple 9	4.8
51-As necessidades de orientação ao usuário são identificadas e registradas no Histórico de Enfermagem.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 5	[3] Indif.	[4] Conc/parc 6	[5] Conc/ple	3.0
52-As necessidades de orientação e encaminhamentos de enfermagem são registradas e organizadas em um plano de alta hospitalar.	[1] Disc/ple 5	[2] Disc/parc 5	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple	1.7
53-O enfermeiro programa e realiza	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc	[5] Conc/ple	

orientações a partir do comportamento e/ou dúvidas manifestadas pelo usuário/familiar.		3		6	2	3.6
54-O enfermeiro programa e realiza orientações a partir da comunicação de um novo diagnóstico ou tratamento.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 3	[3] Indif.	[4] Conc/parc 7	[5] Conc/ple 1	4.5
55-O tempo para proceder orientações para alta hospitalar é curto considerando as múltiplas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 1	[5] Conc/ple 10	4.9
56- Os recursos educativos para alta hospitalar existentes nas unidades de internação não são utilizados pelos enfermeiros.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 3	[3] Indif.	[4] Conc/parc 5	[5] Conc/ple 1	3.0
57-No hospital as orientações para a alta hospitalar acontecem no quarto, no balcão, corredor, e são interrompidas a todo o momento pelos demais membros da equipe.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple 8	4.7
58-A adesão às orientações para alta hospitalar está relacionada à valorização da população por hábitos saudáveis.	[1] Disc/ple	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 6	4.3
59-A realização de eventos de educação permanente no município, com participação de enfermeiros dos diferentes pontos de atenção, estabelece corresponsabilidade no cuidado ao usuário portador de condição crônica.	[1] Disc/ple 2	[2] Disc/parc 1	[3] Indif.	[4] Conc/parc 4	[5] Conc/ple 4	3.6

60-Os enfermeiros desconhecem os programas e insumos disponibilizados pela UBS à população.	[1] Disc/ple 1	[2] Disc/parc	[3] Indif.	[4] Conc/parc 6	[5] Conc/ple 4	4.0
61-O enfermeiro realiza contato (escrito/verbal) com a UBS para informar sobre procedimentos e insumos necessários à continuidade do cuidado ao portador de condição crônica no domicílio.	[1] Disc/ple 3	[2] Disc/parc 5	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple	2.2
62-A articulação efetiva entre os diferentes pontos de atenção à saúde diminui reinternações de usuário portador de condição crônica	[1] Disc/ple 3	[2] Disc/parc 5	[3] Indif.	[4] Conc/parc 3	[5] Conc/ple	3.7

ANEXO A: CERTIFICADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2392

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP:

APROVADO

PROCESSO: 2392

FR: 482082

TÍTULO: Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.

AUTOR: SELMA REGINA DE ANDRADE, Aida Isabel da Silveira Mello

FLORIANÓPOLIS, 10 de Fevereiro de 2012.

Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO B: CARTA DE ACEITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 23 de Maio de 2011.....

Prof. Felipe Felício
Diretor Geral HU/UFSC

Profº Felipe Felício
Diretor Geral HU/UFSC