

ALTA QUALIFICADA: UM NOVO MÉTODO PARA PREVENIR REINTERNAÇÕES

HIGH QUALIFIED: A NEW METHOD TO PREVENT HOSPITALIZATION

Meire Héllen Melo Pereira de Britto¹

Samara Ferrarezi do Sim²

Resumo: Introdução: Com o aumento da expectativa de vida no Brasil (com uma população mais idosa), do número de acidentes, doenças crônicas e degenerativas, exigiu que o sistema de saúde atual elaborasse e oferecesse uma assistência visando o cuidado holístico. A alta responsável se configura como um processo no qual os usuários saem de um ponto da rede de atenção à saúde, no caso o hospital e são recebidos na atenção básica. Objetivo:

Conceituar a alta qualificada.

Metodologia: Foi usada uma

metodologia de pesquisa de caráter integrativo no qual foram pesquisados artigos em bancos de dados online, com o objetivo de demonstrar o impacto acerca dos cuidados e do conhecimento sobre o tema abordado. Resultados: A alta de comunicação entre equipe multidisciplinar e entre o meio intra e extra hospitalar são os maiores empecilhos para que ocorra a efetividade da alta qualificada.

Palavras-chaves: Atenção à Saúde; Atenção Integral à Saúde;

1 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Barretos

2 Profa Mestra em Ciências da Saúde da Faculdade Barretos



Assistência Centrada na Pessoa, Alta Hospitalar, Planejamento da Alta.

Abstract: Introduction: With the increase in life expectancy in Brazil (with an older population), the number of accidents, chronic and degenerative diseases, required the current health system to develop and offer assistance focused on holistic care. Responsible discharge is a process in which users leave a point in the health care network, in this case the hospital, and are received in primary care. Objective: Conceptualize highly qualified. Methodology: An integrative research methodology was used, in which articles were searched in online databases, in order to demonstrate the impact on care and knowledge on the topic addressed. Results: The high level of communication between the

multiprofessional team and between the intra- and extra-hospital environment are the biggest obstacles to the realization of qualified discharge.

Keywords: Health care; Comprehensive Health Care; Person-Centered Care, Discharge, Discharge Planning..

INTRODUÇÃO

O crescimento da expectativa de vida no Brasil (gerando assim uma população cada vez mais idosa), do número de eventualidades, doenças crônicas (relacionadas aos novos hábitos de vida, sedentarismo, mudança de alimentação e etc...) e doenças degenerativas, e também o crescente aumento populacional exigiu que o sistema de saúde atual criasse, planejasse, implemen-



tasse e oferecesse uma assistência de cuidados que conseguisse abranger o cuidado de forma holística (LIMA et al., 2022, p. 1), não somente no ambiente hospitalar, mas de uma forma integral frente à necessidade da continuidade do cuidado independentemente do local em que é prestado ou acompanhado.

No âmbito de qualidade de cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de várias ferramentas para melhor assistência

e acompanhamento do indivíduo de forma inteiramente gratuita (englobando todas os níveis de atenção e faces das determinantes sociais de saúde) direcionada a pessoa que está recebendo os cuidados tanto de forma direta quanto de forma indireta.

As políticas em relação aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) tem como base três pilares, nos quais consegue-se compreender as aplicabilidades básicas, estes pilares são:

Figura 01 : Três pilares da DSS



Feita pela pesquisadora



Que podem ser compreendidos da seguinte forma (PELEGRINI FILHO, 2013):

- Sempre embasado em evidências científicas que, mostra mecanismos através dos quais as causas primordiais que estabelecem desigualdades, nos mostram onde e como se deve intervir para que não ocorram essas desigual-

dades;

- Sincronizam as coordenações intersetoriais para articular os afincos dos inúmeros setores relacionados com os DSS;

- A ampla participação social que garanta o apoio político para a redistribuição de poder e recursos para manter os programas.

Figura 02 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte CNDSS20008

As DSS têm um papel fundamental para a compreensão e para um olhar diferenciado visando o ser humano como um todo não apenas a patologia

em si, quando se fala em cuidado centrado no paciente deve-se compreender que o paciente é um quebra cabeça complexo e que tem várias “peças” que ao se jun-



tarem formam um ser altamente complexo e subjetivo que necessita de um planejamento de um plano terapêutico singular.

Para ilustrar e melhor compreensão da figura 02 cada etapa e divisão será descrita na tabela a seguir:

TABELA 01 - As principais características desse modelo de acordo com a CNDSS 2008

Camadas	Principais características
Na base do modelo	Envolve as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.
Na camada Imediatamente externa	Surgem o comportamento e os estilos de vida individuais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos não só dependem de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.
Na camada seguinte	Destaca-se a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.
No próximo nível	Estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e a serviços essenciais, como saúde e educação, com indicação de que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menos acesso aos serviços.



No último nível

Estão situados os macrodeterminantes que exercem grande influência nas demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes supranacionais, como o processo de globalização.

imagem inspirada em informações do Livro Romulo Passos (SUS E EPIDEMIOLOGIA PARA RESIDENCIA E CONCURSOS)

A Lei 8.080/19901 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e define suas diretrizes de funcionamento, como a organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à organização institucional e integração no chamado pacto federativo para consolidação do SUS (CRUZ; OLIVEIRA, 2021, p. 1).

A alta em seu contexto geral significa que o paciente, no olhar clínico, se recuperou suficientemente ou que pode ser adequadamente tratado em algum

outro lugar que não necessariamente seja o ambiente hospitalar, então ele receberá o que chamamos de alta hospitalar, permitindo que possa manter os seus cuidados em casa, e passa a ser considerado um paciente de baixa complexidade, sem exigência de cuidados hospitalares contínuos (PISTORIA, 2021).

Uma das formas de melhor assistir esse paciente é a alta responsável/qualificada que tem como pretensão acompanhar este paciente quando vai para casa, consiste em uma nova metodologia de atendimento que tem muitos benefícios a longo prazo para o paciente que irá receber o cuidado. Para não ter a descon-



tinuidade no cuidado ou a perda deste paciente quando ele recebe alta, é necessário a implementação desta nova metodologia, no processo antigo de alta o paciente saia de alta (muitas vezes sem as orientações de que o cuidado iria precisar ser contínuo e com a exigência de cuidados a longo prazo pela UBS/ESF mais próximo de sua casa)

A alta qualificada tem objetiva também reduzir os índices de reinternações e diminuir o tempo de internação, elaborando com o apoio da equipe multiprofissional (que é disponibilizada pelo hospital em que é aplicada) um plano de cuidados, e se possível preferência, em conjunto com o médico (a) e uma enfermeira (o) de estratégia de saúde da família que deve ser inserido no meio hospitalar para fazer este “link” entre os cuidados de atenção primária/secundaria e o hospital

(terciaria) garantindo assim que este paciente receba os cuidados no pós alta e que como consequência consiga ser assistido da melhor forma possível.

A alta responsável se configura como um processo no qual os usuários saem de um ponto da rede de atenção à saúde, no caso o hospital e são recebidos na atenção básica. (FAGUNDES et al., 2018, p. 181).

Quando esse paciente é internado, o hospital em que ele está se torna responsável por providenciar e planejar a alta deste paciente, assim como se torna consciente sobre a “lista” de insumos que serão necessários para que esse paciente consiga manter os cuidados em casa de forma a não prejudicar a recuperação, reabilitação e reinserção das ati-



vidades diárias desse paciente. Sempre com a pretensão de planejar a alta e a qualidade do cuidado da assistência, é importante ressaltar a necessidade de uma comunicação efetiva e harmônica entre a equipe multidisciplinar e o paciente ou o acompanhante.

O complexo processo de alta de pacientes de hospitais de cuidados agudos requer colaboração efetiva entre equipes multidisciplinares e pacientes. A falta de comunicação sobre as instruções do paciente e as consultas de acompanhamento podem levar a eventos adversos pós-hospitalares, insatisfação do paciente e atrasos na alta. Além disso, mais da metade dos eventos adversos evitáveis que ocorrem logo após a alta podem ser atribuídos à má comunicação duran-

te o processo de alta. (HEMALI PATEL et al., 2019)

O modelo da alta qualificada ou alta responsável se baseia desde a entrada do paciente no Pronto Socorro, ou o mais tardar no seu o primeiro dia de internação tendo que se definir um plano terapêutico singular (RAMOS; PIO, 2010) cada paciente tem sua subjetividade e precisa de atenção diferenciada no seu cuidado, o plano terapêutico no qual já esteja sendo programado a alta, tentando determinada uma provável data, não pensando apenas na assistência hospitalar, mas também pensando nos cuidados desse paciente quando for receber alta, ou seja, em casa aos cuidados do familiar/cuidador.



Figura 3 - A diferença do modelo Hospitalocêntrico e Saúde da Família.

Feita pela pesquisadora

Apesar de não ser um tema muito abordado no Brasil e estar começando a ser executado em alguns projetos atuais, os resultados internacionais de estudos executados em outras partes do mundo têm tido resultados positivos não só apenas para o paciente, mas também diminuindo os custos e conseqüentemente o período de internação.

Determinando e implementando uma comunicação efetiva entre o nível primário, secundário e terciário de atenção em saúde introduzindo medidas

socioeducativas, e tentando se adaptando a realidade familiar do contexto deste paciente, este paciente recebendo as devidas orientações limitando a descompensação, reinternação ou até mesmo maiores danos ao indivíduo pelo motivo da internação anterior.

Para entender melhor os níveis de prevenção na tabela abaixo estará a descrição de cada nível de atenção



TABELA 02 - Níveis de prevenção e suas definições!

Nível de prevenção primária	Denota-se o nível de promoção da saúde e proteção específica;
Nível de prevenção Secundária	Diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez em decorrência do agravo da doença;
Nível de prevenção terciária	Reabilitação geralmente após a descompensação da doença que os dois níveis anteriores não conseguiram prevenir);
Nível de prevenção Quaternário	Proteção contra ações de saúde desnecessárias.

Feita pela pesquisadora

Quando se fala do plano de alta, significa que esse indivíduo ao receber alta hospitalar já deve sair com um plano de cuidados acertados e orientados durante a internação (isso quer dizer que este paciente e o seu acompanhante durante a internação receberão diariamente dicas sobre os cuidados com curativos, drenos, posições no leito, exercícios simples para serem executados durante o dia etc.) Para que em domicílio os cuidados tenham

continuidade e com as orientações dadas durante a internação o paciente/cuidador/familiar será capaz de identificar alterações e assim procurar o serviço de atenção mais próximo prevenindo a descompensação “repentina”. No momento da alta deve-se esclarecer eventuais dúvidas de tudo o que foi orientado durante a internação e que necessitará de continuidade no cuidado e tratamento, prevenindo assim novos danos ou agravo de danos atuais neste



paciente enquanto o mesmo estiver se reabilitando em casa, se o paciente/acompanhante/familiar tiverem o conhecimento necessário sobre a patologia e o quadro clínico (empoderamento sobre seu diagnóstico e tratamento) este paciente será capaz de desempenhar um melhor autocuidado e uma melhor identificação das alterações que devem ser dignas de atenção.

Para que ocorra a alta qualificada é necessário a constituição e participação de uma equipe multidisciplinar que esteja bem alinhada onde cada indivíduo realize suas ações seguindo as diretrizes e regulações do conselho responsável por cada profissão, para assim fornecer uma assistência de qualidade onde cada área consegue atuar de forma a promover maior segurança e qualidade para o indivíduo que está sendo cuida-

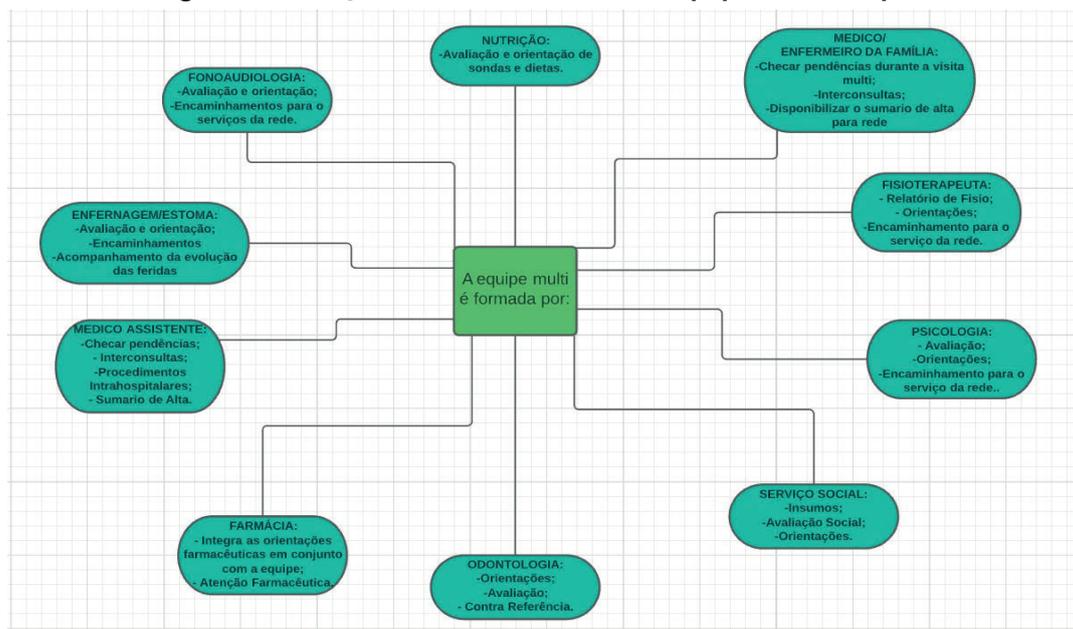
do, construindo um lugar onde cada profissional possa se sentir seguro e com maior autonomia (seguindo seus respaldos legais) fazendo com que a assistência e o plano de cuidados que antes era centrado apenas no médico se torne obsoleta.

Uma equipe multidisciplinar tem que envolver todos os níveis de profissionais dentro de um atendimento hospitalar que tem disponível no hospital. Geralmente a equipe tem que reunir auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, assistentes administrativos, e quando possível, de preferência um enfermeiro e um médico de família (para fazer a conexão da assistência hospitalar a assistência de atenção primária) (ALMEIDA, 2021).



A equipe multiprofissional é um conjunto importantíssimo para que ocorra uma melhor qualidade no cuidado prestado em todas as faces do cuidado, englobando cada área profissional, de forma integral.

Figura 03 - Função e Funcionamento da Equipe Multidisciplinar



Feita pela pesquisadora

Uma das grandes questões e pontos positivos na equipe multiprofissional é o trabalho em equipe que é desenvolvido, tirando o foco total da assistência do médico, e dividindo e respaldando legalmente cada área a cada profissão, diminuindo também a chances de erros médicos (erro médico se define todo erro gera-

do pela assistência dos profissionais de saúde, independentemente da classe profissional).

Considera-se trabalho em equipe quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo para resolver um problema (SIGNIFICADOS, 2020), neste contexto não apenas no âmbito da patologia, mas con-



siderando os princípios da OMS (Organização mundial da Saúde).

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. (OPAS, 2018, p. 63)

Como foi citado antes é preferível que na equipe multidisciplinar faça parte um médico e um enfermeiro de saúde da família, visto que em alguns aspectos tem um olhar diferenciado não voltado apenas para o modelo hospitalocêntrico que é o modelo de organização dos serviços de saúde focado na assistência a condições agudas e agudizações de condições crônicas (CATOIRA, 2016), como esses profissionais de saúde da família tem uma experiência e um conhecimento

profissional embasado na teoria do modelo de pensamento Holístico sendo considerado uma maneira de se pensar o todo unificado (MDGO; RIEGEL, 2017), é necessário que se tenha um olhar além do hospital, considerando todos os campos e contexto em que o indivíduo vive, como por exemplo saber se aquele paciente entendeu como as medicações devem ser tomadas em casa ou se ele irá conseguir manter as medicações prescritas no momento da alta, considerando da mesma forma o custo de algumas medicações que um considerável número de pessoas não consegue comprar por serem populações carentes e que dependem das medicações fornecidas pelo seus municípios.

Existe um documento que se chama REMUME que nada mais é um dos marcos da instituição do



Sistema Municipal de Assistência Farmacêutica, que engloba ações desde a seleção de produtos farmacêuticos até o momento de sua utilização pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, e serve como base para orientar a aquisição de produ-

tos eficazes e seguros, a prescrição e a dispensação, constituindo a melhor gerência para os recursos públicos que devem ser aplicados de modo equânime (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA, 2018).

Figura 05 - Exemplo de Remume

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Medicamentos por Grupo Farmacológico*

*a classificação e numeração dos grupos farmacológicos é baseada na RENAME 2013 – 8ª edição

Seção A: Medicamentos usados em manifestações gerais de doenças

1. Anestésico e adjuvantes

1.2. Anestésicos locais

cloridrato de lidocaína solução injetável 2%

2. Analgésicos, antipiréticos e medicamentos para alívio da enxaqueca

(REMUME RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS 2021 2022)

Infelizmente muitos profissionais da saúde não conhecem a REMUME e como consequência disso no momento da alta prescrevem medicações de alto custo a qual o paciente não terá acesso para continuar o tra-

tamento em casa, por exemplo, pacientes cardiopatas com problemas trombolíticos ou com Infarto agudo do miocárdio (IAM) recebem a prescrição do oxypynal (xarelto) que custa em média 400,00 (pesquisa feita no google),



populações carentes que às vezes não tem acesso nem ao saneamento básico ou mesmo acesso ao posto de saúde mais próximo de sua casa, não irão conseguir acesso a esse medicamento, por conta do preço altíssimo (às vezes por custar mais de 2/3 do salário) e por consequência tem uma probabilidade muita alta que esse paciente tenha uma reinternação ou uma nova agudização da patologia pré-existente, visto que não fazem o uso da medicação o tratamento extra hospitalar se torna ineficaz e todo o processo que foi trabalhado e orientado acaba sendo perdido e o objetivo principal da alta qualificada acaba sendo perdido.

A alta qualificada tem por propósito, também, através de diálogos, reuniões (de preferência diariamente) a efetivação da autonomia da equipe multidisciplinar, fornecendo uma visão

diferenciada para os cuidados no hospital e nos pós alta, tirando o foco apenas da doença/patologia, para um foco no ser humano em si (levando em conta o seu contexto psicossocial).

OBJETIVO

Demonstrar o impacto acerca dos cuidados da equipe multiprofissional e do conhecimento sobre o tema abordado, a fim de auxiliar profissionais de saúde a conhecerem o tema e incentivar os mesmos a buscarem a aprender mais e garantir que os pacientes tenham uma prestação de cuidados eficiente e uma assistência de enfermagem embasada na forma holística e integral a esse paciente.

Objetivos específicos

- Conceituar a alta qua-



lificada

- Demonstrar o quanto o embasamento científico é importante para uma assistência de qualidade.

- Mostrar a importância da equipe multiprofissional na integralidade do cuidado.

- Mostrar a importância da integração dos níveis de atenção ao cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão Integrada da literatura, realizada através da formulação da pergunta de pesquisa; localização e seleção dos estudos; e classificação do material em níveis de evidência. A pergunta que subsidiou esta revisão integrada teve como ponto de partida a seguinte questão norteadora: Qual a importância e qual a diferença na assistência do paciente que é inserido no

programa de Alta responsável/ qualificada?

Foram selecionados 15 artigos, periódicos e materiais online para a elaboração deste projeto, todos com várias informações fragmentadas que foram selecionadas e filtradas pela autora para que pudesse fazer sentido e pudesse ser adaptada à realidade na qual foi embasada essa revisão.

Foram realizadas buscas de dados online LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) /PUBMED/GOOGLE ACADÊMICO/ PERIÓDICOS, com o intuito de realizar uma revisão integrativa de cunho narrativo, que consiste em um método científico para busca e análise de artigos de um determinado tema (CONFORTO et al, 2011, p1.) e caráter qualitativo (BUONO (2014)).

Foram selecionados ar-



tigos recentes sobre o tema, os quais teriam maior relevância no âmbito da enfermagem e da equipe multiprofissional como um todo. Como em primeiro momento a busca pelas bases de dados virtuais trouxeram muitos artigos e alguns com temas que não iriam agregar ao tema, alguns deles foram descartados.

Após, foram realizadas buscas de amplo espectro nos bancos de dados online, onde foram encontradas várias informações fragmentadas que tiveram que ser dispostas de forma a enfatizar a importância do tema. Por se tratar de um tema relativamente novo e ainda em processo de desenvolvimento, as informações encontradas tiveram que ser adaptadas à realidade atual em que se atua um profissional de saúde no Brasil.

COMO FUNCIONA A ALTA

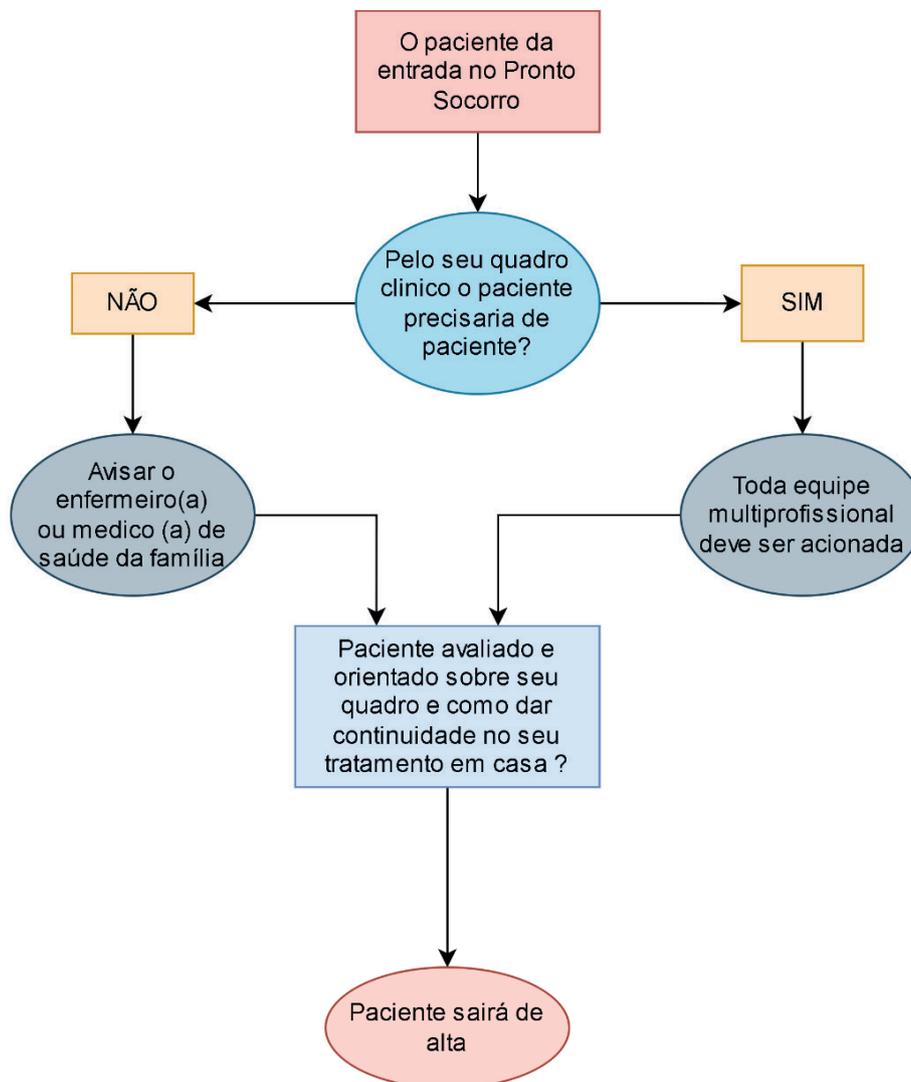
QUALIFICADA

O processo de planejamento da alta hospitalar deve começar a partir do momento da internação do paciente, ou seja, desde o acolhimento do Pronto Atendimento (P.A.).

Basicamente funciona assim:



Figura 06: Resumo de como funciona a alta qualificada



Feita pela pesquisadora

Deve-se atentar que quando um paciente é internado ele dificilmente sairá da internação 100% recuperado, alguns tem que passar por um processo lon-

go e doloroso de recuperação que podem incluir fisioterapia motora ou cuidados permanentes, então, tendo isso em consideração é de vital importância que no momen-



to da alta:

a) O paciente entenda o seu estado clínico

b) O acompanhante entenda o estado clínico do paciente

c) O paciente esteja ciente do tratamento e cuidado em casa

d) O acompanhante esteja ciente do tratamento e dos cuidados em casa; e não menos importante

e) Que toda equipe multiprofissional que prestou cuidados a esse paciente durante a internação esteja de acordo com a intenção de alta desse paciente e passe as devidas orientações.

Visando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) podemos dizer que embasamos os cuidados nos seguintes fundamentos:

- Troca e construção de saberes

- Diálogo entre os profissionais

- Trabalho em equipe

- Considerações às necessidades, aos desejos e aos interesses dos atores da saúde.

A alta qualificada, só pode ter continuidade quando o paciente tem a alta hospitalar que pode ser considerada a transferência do cuidado que antes realizado por profissionais da saúde no ambiente hospitalar para o próprio paciente, seus familiares e seus cuidadores em seu domicílio (LIMA, 2018).

Orientações e treinamentos específicos para o cuidador e para o paciente, em uma linguagem acessível e adaptada a realidade do indivíduo para quem é ministrado torna possível planejar o cuidado de forma integrada e implantar este cuidado durante a internação desse pa-



ciente em conjunto como o cuidador, para prevenir futuros danos aos pacientes quando ele receber alta. Como exemplo de orientações pode-se citar a prevenção de lesão por pressão com o uso de coxins improvisados com edredons, cobertores e travesseiros; a elevação de decúbito na hora da alimentação do paciente para evitar uma provável pneumonia bronca aspirativa, a forma correta da mudança de decúbito etc.

De modo geral um olhar diferenciado para o contexto psicossocial e espiritual deste paciente gera um vínculo maior entre profissional e paciente/cuidador dando mais liberdade e autonomia para esclarecimento de dúvidas e ativamente incentivar a inserção no cuidado de forma natural.

RESULTADOS

De modo geral todos entram em acordo em como a integração deste programa é benéfico para o cuidado integral do paciente e o quanto o trabalho da equipe multidisciplinar é importante no prognóstico final do paciente, ou seja, a utilização desse tipo de equipe pode limitar a ocorrência de eventos adversos. Um dos objetivos também é diminuir o período de internação com isso reduzir os custos, aumentar as rotatividades dos leitos (diminuindo assim a taxa de poucos leitos)

Mesmo sendo um bom projeto e com todos os cuidados planejados ainda não é possível prever as altas com exatidão (dependendo do motivo da internação, pode-se ter aproximadamente uma estimativa do período de internação que pode variar), podendo ocorrer atrasos por descompensação ou por falta



de planejamento de insumos (por exemplo não conseguir fazer a instalação de O2 para pacientes que serão O2 dependentes), ou que não se tenha a implementação da educação continuada entre paciente, acompanhante e/ou cuidador durante a internação também é importantíssima, não se pode citar os cuidados em domicílio sem orientar o paciente e o acompanhante/cuidador dos cuidados que se deve ter e como esses cuidados poderão ser adaptados aos cuidados em casa.

É importante orientar o cuidador sobre sua importância e sobre a necessidade do mesmo se envolver ativamente no cuidado, pois o mesmo será responsável pelos cuidados do paciente e precisa estar ciente que este paciente não poderá efetuar os seus cuidados sozinhos e dependendo do motivo da internação, idade ou tratamento proposto o mesmo

necessitará de cuidados de cuidados pelo resto da vida, vale ressaltar que é preciso orientar este cuidador e traçar um plano de cuidado para não sobrecarregar este cuidador em domicílio.

Na prática a falta de comunicação interna entre equipe multidisciplinar pode e muito provavelmente vai prejudicar o resultado final dos cuidados ao paciente, se a equipe não se comunicar bem a segurança da alta pode ficar “comprometida” fazendo com que este paciente também não se sinta seguro no momento de sua alta, sendo assim é importante ressaltar que o bom funcionamento da equipe multidisciplinar e a autonomia que deve ser dada a cada profissional em sua subjetividade e respaldo legal de seus conselho, sempre visando o cuidado que irá prestar focando em sua área de atuação é extremamente importante, visto



que um trabalho complementa o outro (realizando uma reação em cadeia, cada parte completa o resultado final que seria a alta deste paciente), quando se pesquisa sobre esse assunto a maior parte dos artigos são individuais e subjetivos de cada profissão, mesmo que seja citado a equipe multiprofissional nota-se que os temas acabam sendo individualizados.

A forma de assistência a esses pacientes deve ser sem dúvida alguma forma sempre pensar de alguma forma a inclusão desse paciente em seus cuidados (planejar o autocuidado quando possível e orientação ao cuidador quando este paciente for dependente para as atividades diárias), avaliando que não terá efetividade apenas tratar a doença no meio hospitalar se no momento da alta esse paciente e/ou essa família não tiverem as devidas orientações para manter o cuidado e

levar o paciente a reinternação novamente pela descompensação do problema anterior.

Um dos principais empecilhos quando se analisa os dados sobre esse tema relacionado a enfermagem é que pouco se fala das funções, atribuições e competências do enfermeiro/auxiliar/técnico, ou seja, apesar de ser a classe dominante no hospital, infelizmente, não se tem uma posição de conhecimento ou artigos nacionais percorridos sobre o assunto voltado exclusivamente para os cuidados e assistência de enfermagem quando se fala no contexto do Brasil. Outra problemática notória também é a falta de comunicação entre o meio intra-hospitalar e a parte de estratégia de saúde da família, por mais que os dois visem cuidados e atenções de assistência de níveis diferentes um complementa o outro.



CONCLUSÃO

Quando se fala em alta qualificada não se pode pensar apenas na pessoa idosa, qualquer indivíduo, de qualquer idade que tenha uma descompensação de qualquer coisa que exija internação e/ou uma reabilitação sendo necessário cuidado parcial ou integral ou algum tipo de limitação deve-se planejar e executar a alta qualificada, claro que sempre sendo adaptada a realidade da instituição e ao contexto social do paciente.

Para a implantação da Alta qualificada é necessário empenho e um trabalho árduo para modificar culturas enraizadas na assistência e tirar o foco central do cuidado da medicina e subdividir entre toda a equipe multidisciplinar.

Além da melhora da as-

sistência e a melhora dos resultados, também é possível notar a diminuição do tempo de internação e aumentar a satisfação do paciente e diminuir a probabilidade desse paciente internar novamente por esse mesmo motivo.

Quando se fala em cuidado, todos os artigos visavam o que melhor seria para o paciente ser assistido por toda equipe multiprofissional e menciona a importância da boa comunicação entre equipe, paciente e cuidador.

Além de diminuir o tempo de internação, também ressalta que o paciente se sente mais seguro quando recebe alta.

O crescimento da expectativa de vida no Brasil (gerando assim uma população cada vez mais idosa), do número de eventualidades, doenças crônicas (relacionadas aos novos hábitos de vida, sedentarismo, mudança de alimentação e etc.) e doenças



degenerativas, e também o crescente aumento populacional exigiu que o sistema de saúde atual criasse, planejasse, implementasse e oferecesse uma assistência de cuidados que conseguisse abranger o cuidado de forma holística (LIMA et al., 2022, p. 1), não somente no ambiente hospitalar, mas de uma forma integral frente à necessidade da continuidade do cuidado independentemente do local em que é prestado ou acompanhado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, LUCAS. Equipe multidisciplinar hospitalar: como alcançar melhores resultados. *GESTÃO EM SAÚDE*, [S. l.], p. 1, 18 fev. 2021. Disponível em: [https://nexxto.com/equipe-multidisciplinar-hospitalar-como-alcancar-melhores-resultados/#:~: text=O%20que%20](https://nexxto.com/equipe-multidisciplinar-hospitalar-como-alcancar-melhores-resultados/#:~:text=O%20que%20)

%C3%A9%20uma%20equipe,nutricionistas%2C%20anestesiologistas%2 C%20entre%20outros. Acesso em: 14 fev. 2022.

CATÓIRA, DANIEL. Atenção Básica vs Modelo Hospitalocêntrico. [s. l.], 1 jun. 2016. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/94727-atencao-basica-vs-modelo-hospitalocentrico/>. Acesso em: 7 fev. 2022

CRUZ, Andrey Oliveira da; OLIVEIRA, Jene Greyce Souza de. Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. *Revista Bioética Print version ISSN 1983-8042 | On-line version ISSN 1983-8034*, p. 1 - 11, 14 dez. 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/bioet/a/GPkK_hJtdMHZW9pjbsYWbKMB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 maio 2022.



FAGUNDES, P. F.; SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 17, n. 1, p. 181–204, 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i1.8655207. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>. Acesso em: 12 maio. 2022.

LEITE DE LIMA, M. B.; TOZZI, A.; FERRAZ, N.; LEITE, L.; LIMA, S. Desafios frente à alta responsável vivenciado pela equipe multiprofissional. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)* ISSN - 2594-9888, v. 5, n. 2, p. 61, 19 jun. 2020.

LIMA, Ana Paula. Alta responsável: tecnologia educacional

para pacientes e cuidadores. *Alta responsável*, [S. l.], p. 1 2, 14 ago. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121427>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MDGO, Crossetti; RIEGEL, F. VIII Simpósio do Processo de Enfermagem e I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Estratégia para Resultados Seguros na Prática Clínica*, [s. l.], 8 ago. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163323/001024106.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA. *Remume. Relação municipal de medicamentos essenciais*,



[s. 1.], 24 abr. 2018. Disponível em: <https://www.santatereziha.sc.gov.br/noticias/index/ver/codMapaItem/20125/codNoticia/483667#:~:text=A%20REMUME%2D%20%C3%A9%20um%20dos,produtos%20eficazes%20e%20seguros%2C%20a>. Acesso em: 17 fev. 2022.

PISTORIA, Michael Joseph. A alta do hospital. [S. 1.], p. 1-1, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/cuidados-hospitalares/a-alta-do-hospital>. Acesso em: 16 maio 2022.

SIGNIFICADOS, Encontre aqui explicações sobre as diversas áreas do conhecimento humano. Significado de Trabalho em equipe. O que é Trabalho em equipe, [S. 1.], p. 1-1, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.significados.com.br/trabalho-em-equipe/>.

Acesso em: 8 mar. 2022.

OPAS (Washington, DC). Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Saúde. Considerações conceituais e operacionais, [S. 1.], p. 63 - 71, 5 jun. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49056>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HEMALI PATEL, MD et al. Improving Early Discharge Using a Team-Based Structure for Discharge Multidisciplinary Rounds. Melhorando a alta precoce usando um Estrutura baseada em equipe para alta Rodadas Multidisciplinares, [S. 1.], p. 0-0, 18 set. 2019.

RAMOS, PF et al. Construção de um Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica., [S. 1.], p. 0-0, 30 set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/>



pcp/a/FXVBwBZcg9PxnG3Ch-
tJWsbT/?format=pdf&lang=pt.

Acesso em: 27 abr. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO,
Alberto Pellegrini. A saúde e
seus determinantes sociais. He-
alth and its social determinants,
[S. l.], p. 0-0, 15 mar. 2007. DOI
[https://doi.org/10.1590/S0103-
73312007000100006](https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006). Dispo-
nível em: [https://www.scielo.
br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-
bpKYXxNKhm/abstract/?lan-
g=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-bpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt). Acesso em: 27 abr. 2022.

