RESIC
Revista dos Seminários de Iniciação Científica

Gestão responsável da alta hospitalar e as implicações na segurança do paciente cirúrgico

Bruno Henrique Caetano[1]
ORCID: 0009-0006-0780-8530

Livia Luiza Galvão[1]
ORCID: 0009-0001-3997-8319

Maria Eduarda Lopez Rabelo[1]
ORCID: 0009-0000-0921-8450

Carla Aparecida de Carvalho[2]
ORCID: 0000-0002-3445-0531

Milene Silva Rodrigues[3]
ORCID: 0009-0006-4182-6273

Lorena Aparecida Aguiar Rocha[3]
ORCID: 0009-0001-3500-148X

[1] Discente Faculdade Atenas Sete Lagoas
[2] Discente da FAculdade Ciências da vida
[3] Docente Faculdade Atenas Sete Lagoas
bruno.vlm33@gmail.com

Resumo: A gestão responsável da alta hospitalar é bem mais do que o encerramento de cuidados dentro de um hospital. Vai além da cura ou da estabilidade da patologia, pois visa o paciente como um todo, através da continuidade do processo de cura e prevenção de agravos. Diante do apresentado, questiona-se: Como a gestão responsável da alta hospitalar implica na segurança do paciente cirúrgico? O objetivo do trabalho foi compreender como a gestão responsável da alta hospitalar implica na segurança do paciente cirúrgico. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza transversal, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital público com seis profissionais responsáveis pela alta hospitalar do paciente cirúrgico. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista com roteiro semi estruturado e analisados pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin e foram elencadas duas categorias: “Planejamento da alta hospitalar: um trabalho para a equipe multidisciplinar” e “Chegou a hora de ir embora: desafios para a continuidade do cuidado e as implicações na segurança do paciente no pós alta hospitalar”. Percebeu-se que ainda existem algumas falhas na gestão do

planejamento da alta do paciente cirúrgico no hospital, uma vez que esta é centralizada no médico, enquanto outros profissionais realizam esse papel de maneira fragmentada. Dessa forma, o planejamento da alta hospitalar, com a participação de toda a equipe multidisciplinar, orienta para o plano de cuidado e a realização da referência e contra referência na Rede de Assistência à Saúde, influenciando diretamente na segurança do paciente pós-cirúrgico.

Descritores: *Alta Hospitalar, Segurança Do Paciente, Continuidade Da Assistência Ao Paciente.*

Abstract: The responsible management of hospital discharge is much more than the closure of care within a hospital. It goes beyond the cure or the stability of the pathology, as it targets the patient as a whole, through the continuity of the healing process and prevention of aggravations. Given the above, the question arises: How does the responsible management of hospital discharge imply the safety of surgical patients? The objective of the work was to understand how the responsible management of hospital discharge implies the safety of the surgical patient. This is a cross-sectional, descriptive field research, with a qualitative approach, carried out in a public hospital with six professionals responsible for hospital discharge of surgical patient. The data were analyzed using Bardin's Thematic Content Analysis and two categories were listed: “Hospital discharge planning: a job for the multidisciplinary team” and “The time to leave has come: challenges for continuity of care and the implications for the patient's safety after hospital discharge”. It was noticed that there are still some flaws in the management of the planning of discharge of the surgical patient in the hospital, since this is centralized in the doctor, while other professionals perform this role in a fragmented way. Thus, the planning of hospital discharge, with the participation of the entire multidisciplinary team, guides for the care plan and carries out the reference and counter reference in the Health Care Network directly influencing the safety of the post-surgical patient.

Keywords: *Ambulatory Care, Covid-19, Hospital Administration.*

INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é bem mais do que o encerramento de cuidados dentro de um hospital. Ela vai além da cura ou da estabilidade da patologia, pois visa o atendimento do paciente como um todo e dá continuidade ao processo de cura e prevenção de agravos na assistência primária. Mesmo que o paciente não apresente necessidades de cuidados intra-hospitalares, ele não pode ficar sem assistência contínua, devendo ser mantido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) [(1)].

O planejamento da alta é de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, que é composta por profissionais como: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros que influenciam diretamente no processo, pois durante o tempo que o profissional presta assistência ao paciente é possível detectar suas necessidades [(2)].

Desde o começo da internação já deve ser iniciado o planejamento da alta, levando em consideração as políticas de alta precoce, que visam a diminuição dos índices de infecção hospitalar e do alto custo durante permanências prolongadas. Os pacientes tendem a ficar um menor período hospitalizados, sendo orientados quanto aos cuidados necessários após a alta hospitalar e cumprindo a sequência no tratamento de forma eficaz e segura, tanto para si quanto para seus familiares [(3)].

É importante que as informações dos cuidados pós alta hospitalar sejam disponibilizadas tanto para o paciente, quanto para os cuidadores e familiares, pois geralmente são responsáveis por auxiliar no tratamento e na adaptação da nova rotina decorrente do estado de saúde que ele se encontra. Assim, evita-se novas reinternações pelo mesmo quadro, como, por exemplo, amputações de pododáctilos em pacientes com pé diabético [(4)].

Segundo Teston et al. (2016), grande parte das reinternações ocorrem pelos mesmos motivos ou por causas associadas às internações anteriores e acontecem pela falta de adesão ao tratamento ou por falta de informação.

Segundo os autores, existe uma carência no planejamento da alta que, muitas vezes, são realizadas de maneiras automatizadas e generalistas, sem considerar as necessidades individuais de cada paciente. E como consequência, geram transtornos para o paciente e seus familiares, retardo ou agravo da condição patológica, além de acarretar gastos elevados para as instituições de saúde. As reinternações são mais comuns em condições crônicas, porém, também ocorrem por outras condições como, por exemplo, em pacientes do pós-operatório.

Estudos realizados por Gillis et al. (2017) mostram que a falta de esclarecimento sobre o que esperar no pós-operatório, como: sangramento na incisão cirúrgica, cuidados com a ferida operatória, informações sobre cuidados com a alimentação, sono e repouso, além de não saber onde procurar ajuda em caso de dúvidas e dificuldades causam ansiedade e dificuldade no tratamento domiciliar. Em contrapartida, quando os pacientes recebem orientações claras e específicas para sua condição de saúde e compreendem a importância do cuidado, tendem a aderir vigorosamente ao tratamento e com isso viabilizam uma melhor recuperação e manutenção da saúde.

As mudanças que ocorrem dentro do hospital são difíceis, porém, os pacientes estão suportados pelos profissionais de saúde. No entanto, quando a alta hospitalar acontece e não tem equipe de apoio, o momento torna-se mais complexo e passível de danos, que podem comprometer a segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002, recomendou que todos os países realizassem estratégias para contribuir com a segurança do paciente, a fim de evitar danos que pudessem ser impedidos. No Brasil, em 2013, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), programa que “tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” [5].

A maior parte dos estudos relacionados à alta hospitalar abordam a organização do processo ou então o itinerário terapêutico pós-hospital [1], no entanto, pouco tem-se abordado sobre a influência da gestão responsável da alta na segurança do paciente cirúrgico, sendo este o foco deste estudo.

Segundo Henriques, Costa e Lacerda (2016), no mundo, anualmente, ocorrem cerca de 234 milhões de procedimentos cirúrgicos, sendo que 7 milhões desses pacientes apresentam complicações pós-cirúrgicas e a metade delas poderiam ser impedidas [6]. Em 2017, no Brasil, foram gastos aproximadamente R$100 milhões em cirurgias eletivas custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o Ministério da Saúde. Por causa do alto custo nas cirurgias e a repercussão na vida do paciente, se faz importante compreender a gestão responsável da alta do paciente cirúrgico, a fim de promover uma assistência segura e livre de dano evitáveis.

Diante do apresentado, questiona-se: Como a gestão responsável da alta hospitalar implica na segurança do paciente cirúrgico? E apresenta como pressupostos: A gestão da alta hospitalar é realizada pela equipe multiprofissional e acontece de maneira fragmentada. Além disso, o paciente não é informado sobre o itinerário terapêutico pós alta, dentro da RAS.

A fim de responder à questão norteadora, a pesquisa teve como objetivo geral compreender como a gestão responsável da alta hospitalar implica na segurança do paciente cirúrgico. E como objetivo específico: identificar como é realizado o planejamento da alta hospitalar pela equipe multidisciplinar.

REFERENCIAL TEÓRICO

A RAS engloba todos os níveis de atenção e reforça a importância da comunicação entre elas, permitindo ao paciente transitar na rede e permanecer dentro do plano de cuidados. Essa rede desacredita o modelo ultrapassado de hierarquia, no qual a porta de entrada do paciente sempre seria na atenção primária e depois da alta hospitalar o mesmo se encontrava perdido na rede de saúde, pois não havia uma contrarreferência para dar continuidade ao cuidado [1].

O estudo de Pena et al. (2020) comprova que a comunicação entre os níveis de saúde facilita e melhora a assistência continuada, principalmente após a alta hospitalar, uma vez que a alta dos cuidados hospitalares não significa a cura permanente e definitiva do paciente, nem o fim da necessidade de assistência. Porém, ainda existem diversas falhas nessa comunicação, que

prejudicam a qualidade da assistência à saúde e podem deixar o paciente desassistido, além de causar agravos à sua condição de saúde. Essas falhas podem ocasionar danos irreversíveis aos mesmos [7].

Partindo dessa premissa, a Portaria nº 2.809 de dezembro de 2012 "estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) " (BRASIL, 2012a, art.1). Essa portaria, além de garantir os direitos do usuário de acordo com as premissas do SUS – equidade, integralidade e universalidade – com o propósito de promover uma visão holística do paciente, serve para regulamentar o direito do cuidado prolongado que tem como finalidade assegurar a continuidade dos cuidados em todos os níveis de atenção à saúde.

A continuidade dos cuidados engloba a atuação de uma diversidade de profissionais. Camargo, André e Lamari (2016) defendem que o planejamento da alta hospitalar é um processo que envolve toda a equipe multidisciplinar e que a qualidade desse processo ajuda na redução de erros e danos no cuidado continuado, contribuindo para a segurança do paciente. Defendem, ainda, que o planejamento deve ser realizado juntamente com o paciente e seus familiares, visto que a educação em saúde estabelece vários benefícios para a melhor reabilitação e manutenção da saúde pós alta. Quando os pacientes e familiares têm conhecimento suficiente sobre a patologia e o tratamento, ocorre a diminuição do medo e da insegurança, além da minimização dos erros e negligências no cuidado domiciliar.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza transversal, descritiva, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa visa realizar um método mais aprofundado da investigação sobre questões relacionadas ao fenômeno em estudo e suas relações, enquanto a pesquisa descritiva objetiva descrever os fatos de uma determinada realidade [8].

O cenário do estudo foi um hospital público municipal, localizado em uma cidade do interior de Minas Gerais, que é referência em urgência e emergência para 34 municípios que abrangem uma população de 650 mil pessoas. São realizados cerca de 5.500 atendimentos por mês, contando com um total de 132 leitos, sendo 24 leitos destinados à clínica cirúrgica, que é o foco do presente estudo.

Os participantes desta pesquisa foram 6 profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais), selecionados por meio de amostragem não probabilística, que prestam atendimento direto ao paciente que necessita de cirurgia ou internação na clínica cirúrgica e que participam do planejamento da alta hospitalar dos mesmos. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: trabalhar com pacientes cirúrgicos a mais de três meses. Critérios de exclusão: estar gozando de férias ou licença médica por quaisquer motivos no período da coleta de dados. Dentre todos os profissionais convidados(11) não aceitaram participar da pesquisa, alegando falta de tempo ou indisponibilidade, devido à sobrecarga de trabalho causada pela pandemia da Covid -19.

Para coleta de dados foi realizada entrevista online, durante o mês de abril de 2021, devido às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de distanciamento social em decorrência da pandemia da COVID-19. Utilizou-se métodos tecnológicos de áudio para gravar a entrevista, após o entrevistado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ressaltando o direito garantido de sigilo dos 6 participantes. Para direcionamento da entrevista foi utilizado um roteiro semi estruturado cujas respostas foram posteriormente transcritas para realização da análise de dados.

Os dados foram analisados baseados no método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2016), organizado em três etapas. A primeira etapa é a “Pré-análise”, na qual o material foi definido e estratificado; na segunda etapa foi realizada a “Análise exploratória”, através da categorização do material e a terceira etapa caracterizou-se pelo “Tratamento e interpretação dos resultados”.

A pesquisa foi enviada para o comitê de ética em pesquisa, via Plataforma Brasil Número do Parecer: 7.026.001 e teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde por meio da carta de anuência. Foram respeitados todos os termos éticos e legais das resoluções 466/2012; 510/2016; 580/2018; 2016 [9]. Todos os dados coletados ficarão armazenados por um período de cinco anos e após esse tempo serão destruídos. Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados E1, E2 e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados seis (06) profissionais de saúde que trabalham no setor da clínica cirúrgica em um hospital de médio porte em município do interior de Minas Gerais. Sendo dois (02) médicos cirurgiões gerais; um (01) médico cirurgião torácico; um (01) enfermeiro; um (01) nutricionista e um (01) assistente social.

Após análise dos dados, foram elencadas duas categorias: (1) Planejamento da alta hospitalar: um trabalho para a equipe multidisciplinar; (2). Chegou a hora de ir embora: desafios para a continuidade do cuidado e as implicações na segurança do paciente no pós alta hospitalar.

4.1 Planejamento Da Alta Hospitalar: Um Trabalho Para A Equipe Multidisciplinar

Saúde é bem mais que a ausência da doença. Saúde é um conjunto de fatores associados, é o bem-estar físico, mental, social e espiritual que geram uma sensação de segurança e tranquilidade ao indivíduo[11]. A OMS acredita que a ausência da saúde acarreta um impacto negativo na vida do doente e de seus familiares. O surgimento da doença pode trazer consigo a dor, o medo, a insegurança e o desconforto. Portanto, o período de internação de um paciente pode ser um momento traumático, no qual as pessoas se sentem fragilizadas e, muitas vezes, impotentes diante do adoecimento. Além disso, o processo de cura pode ser longo e complexo, gerando dúvidas e incertezas, principalmente quando chega a hora de dar continuidade ao tratamento em domicílio.

Mas, para que isso ocorra de forma satisfatória é necessário realizar uma gestão responsável da alta hospitalar com todos os profissionais que prestam

assistência direta e indireta ao paciente, independente da sua especialidade. Conforme citado pelo entrevistado 1.

> Gestão responsável da alta hospitalar é uma melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar, ou seja, a gente transforma a equipe multidisciplinar em uma equipe transdisciplinar, transformando essa equipe em uma comunicação direta, com planejamento de alta, orientações bem definidas para cada procedimento e para cada equipe seja ela médica, fisioterapeuta, enfermagem ou nutrição (E1).

O planejamento da alta hospitalar é um processo realizado durante a permanência de um paciente em uma unidade de internação, em que a equipe multidisciplinar se organiza para preparar o paciente para que ele possa fazer a transição do hospital para o domicílio, com condições de realizar a continuidade do cuidado. Segundo Acosta[4] et al. (2018), este é o momento de planejar estratégias e desenvolver ações que incentivem o autocuidado do paciente e o coloque como principal responsável pela busca de sua integridade e melhoria da saúde, que resultem em uma maior qualidade de vida.

Desta forma, a alta deve ocorrer quando o paciente apresenta condições hemodinâmicas estáveis, podendo se dispor dos cuidados intra-hospitalares e dar seguimento em residência. Nesse sentido, quando o paciente apresenta condições clínicas estáveis suficientes para executar a continuidade do processo de cura em casa, ele precisa ser redirecionado dentro da RAS. Aued et al. (2019) defendem que essa continuidade é fundamental para garantir a qualidade do cuidado em busca de um tratamento completo e eficaz.

Outro ponto mencionado pelos entrevistados refere-se à comunicação da equipe multidisciplinar. Conforme estudo realizado por Ribas et al. (2018), a falta de comunicação entre os profissionais de diversas especialidades, tanto dentro do hospital quanto nas RAS, prejudica o planejamento do cuidado, uma vez que o paciente precisa ser assistido de maneira integral, garantindo todos os seus direitos. E essa deficiência na comunicação pode trazer danos irreversíveis ao paciente. Em diversos momentos durante a entrevista foi possível notar que é preciso melhorar esse diálogo entre os profissionais do hospital pesquisado, como é possível observar na colocação do entrevistado 5:

> Acredito que o trabalho multidisciplinar deve ser reforçado devido a importância de desenvolver na realidade hospitalar protocolos com a finalidade de minimizar questões que tragam prejuízos aos usuários, como a não implementação de discussões de casos entre a equipe, sendo o paciente atendido de modo fragmentado, não havendo compreensão do ser em sua totalidade (E5).

Estudo realizado por Nogueira e Rodrigues (2015) aponta que a falta de comunicação de forma clara e efetiva entre a equipe de saúde está diretamente relacionada à predisposição a erros médicos que causam falhas e danos à qualidade da assistência prestada. Quando há uma comunicação efetiva com toda a equipe, esses efeitos adversos podem ser minimizados, garantindo a qualidade e segurança na prestação do cuidado. Os autores defendem, ainda, que um dos principais fatores que impede a comunicação é a hierarquia, na qual o médico é o detentor do conhecimento e responsável pelas decisões finais, o que acaba inibindo o compartilhamento de informações de outros profissionais.

Segundo Fontana, Chesani e Menezes (2017), o planejamento da alta realizado pela equipe multidisciplinar não acontece como é idealizado, pois a decisão da alta fica apenas a cargo do médico, consequentemente as principais orientações são passadas pelo mesmo ou pela a equipe de enfermagem. Além disso, essas informações são realizadas de forma rápida e sucinta no momento da alta, não dando chances para o paciente assimilar todas as informações e tirar dúvidas sobre sua condição de saúde e sobre as práticas de assistência que deverão ser realizadas após a saída do hospital. Assim, limita-se o cuidado e a assistência, que podem favorecer o surgimento de erros e negligências dos pacientes e seus familiares, por simples falta de conhecimento. Sendo possível visualizar esse comportamento na instituição, de acordo com a fala do entrevistado 1.

> Mas essa alta é de responsabilidade do médico (...). Quando o paciente apresenta condição para essa alta, ele é orientado pelo próprio médico e essa orientação é feita de forma oral e em alguns casos escrito, de alguns cuidados (E1).

Fontana, Chesani e Menezes (2017) revelam que quando a alta hospitalar é de responsabilidade exclusiva do médico, independente dos outros profissionais que prestam assistência direta ao paciente, essa alta ocorre de forma generalizada e restrita, deixando de valorizar o indivíduo como ser único e com diferentes necessidades. Isso impede o mesmo de ser assistido de uma maneira integral e pode trazer prejuízos e riscos à sua saúde.

Quando o paciente é assistido por outros especialistas que não seja o médico, ele recebe cuidados e orientações separadas, nas quais cada profissional é responsável apenas por suas condutas, trazendo, então, uma fragmentação do cuidado, deixando de prestar uma assistência integral com uma visão holística do paciente. O planejamento da alta deveria ser realizado por toda equipe multidisciplinar, através da qual seria possível levantar os pontos importantes para a recuperação do doente, e discutir de maneira conjunta quais as melhores estratégias para a manutenção e recuperação do estado de saúde do mesmo. Além disso, seria possível a elaboração de um plano de cuidados escrito e individualizado, com enfoque nas particularidades de cada pessoa como um ser único. Se esse planejamento fosse elaborado de forma conjunta, todos os profissionais concordariam sobre as orientações para o cuidado, sem informações contraditórias, de modo a favorecer o entendimento do paciente e da família.

Essa fragilidade na comunicação dos profissionais e a fragmentação do cuidado e das orientações repassadas podem trazer prejuízos ao paciente, que dificulta o entendimento da sua condição de saúde e pode comprometer a segurança do mesmo. A desinformação favorece o acometimento de erros que poderiam ser evitados, e essa falha também é notada por parte dos profissionais que estão na assistência diária:

> Quando se tem a necessidade do acompanhamento multidisciplinar com fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, essas orientações são dadas separadamente por cada um desses profissionais (E1).

Esse déficit de comunicação por parte dos profissionais não acontece apenas dentro do hospital, ele também ocorre entre os níveis de atenção à saúde. Pois, muitas vezes, não é realizada a referência e contra referência, nem mesmo um contato telefônico entre as unidades da atenção terciária para a atenção primária ou secundária, a fim de comunicar detalhes sobre o quadro clínico do paciente e solicitar acompanhamento do mesmo. Dessa forma, o paciente desconhece o itinerário terapêutico, os locais onde deve procurar apoio e não sabe informar adequadamente quando procura a unidade de atenção básica para dar continuidade ao cuidado(4).

Essa falta de referência pode causar transtornos e comprometer a segurança do paciente, ainda mais se tratando de pacientes cirúrgicos, que necessitam de cuidados específicos que variam de acordo com cada tipo de cirurgia e com a condição física do paciente, pois o mesmo pode apresentar feridas cirúrgicas, amputações de membros, estomas, sondas, sangramentos, drenos, pontos na incisão cirúrgica, entre outras condições. Os erros e falhas no cuidado domiciliar podem trazer danos que agravam a condição de saúde e suscitam a necessidade de uma reinternação devido às complicações geradas.

Foi observado que não há um planejamento adequado para alta hospitalar envolvendo todos os profissionais e as orientações são superficiais e fragmentadas, que dificultam o entendimento e seguimento da proposta terapêutica. De acordo com Flesch e Araújo (2014), os cuidados não acabam após a saída do hospital, pois é necessário incentivar mudanças do hábito de vida e adaptação às novas rotinas. Para que haja resultado favorável neste processo, todos os profissionais da equipe multidisciplinar devem estar envolvidos no planejamento de alta, para que possa ser discutido e adaptado de acordo com a particularidade de cada paciente.

4.2 Chegou A Hora De Ir Embora: Desafios Para Continuidade Do Cuidado E As Implicações Na Segurança Do Paciente No Pós Alta Hospitalar

A segurança do paciente é uma temática discutida em diversas partes do mundo. Em 2002, a OMS recomendou a todos os países a implantação de medidas preventivas visando a segurança do paciente. Através dessa recomendação, em 2013, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), responsável por estabelecer planos de intervenções para prevenir danos evitáveis, em todos os níveis de atenção à saúde [10].

A implantação de um checklist durante o período operatório foi uma das medidas propostas pelo PNSP, que tem como objetivo conferir minuciosamente diversas informações durante todo o processo cirúrgico, desde o planejamento do procedimento até o pós-operatório, a fim de identificar e prevenir possíveis erros. Esse documento tem a finalidade de buscar informações sobre a cirurgia segura, a saber: identificação correta do paciente, tipo de cirurgia e local a ser operado, checagem se todos os exames e procedimentos pré-operatórios foram realizados corretamente, conferência do passo a passo durante a cirurgia, a fim de que nenhuma informação passe despercebida pela equipe, bem como a garantia da realização dos cuidados no pós-operatório [7].

> A segurança do paciente tem sido muito estudada no processo cirúrgico, no pré-operatório, no perioperatório e também na alta hospitalar (E1).

Segundo Ribeiro et al. (2017), estudos realizados em diversos países, comprovaram resultados positivos após a implantação do protocolo de cirurgia segura, com diminuição significativa nas taxas de eventos adversos e de mortalidade. Os autores ainda acrescentam que, no Brasil, o checklist, em muitas instituições de saúde, não é preenchido corretamente pelos profissionais responsáveis, deixando, na maioria das vezes, o documento incompleto. Com isso, expõe o paciente a risco que poderiam ser evitados. Acredita-se que essa falha se deve à falta de treinamento e sensibilização das equipes de assistência e que essa negligência compromete a vida do paciente.

Além do checklist, existem várias recomendações da PNSP para respaldar a segurança do paciente e uma delas é a realização da gestão responsável da alta hospitalar. Ainda que ocorra alinhamento da equipe multidisciplinar para realizar esse planejamento, existem outros fatores que são importantes para uma recuperação e reabilitação domiciliar de qualidade após a alta; dentre eles, determinar os cuidados a serem realizados após a alta.

Nesse sentido, o período de internação é o momento onde a equipe tem a possibilidade de identificar as principais carências físicas e psicossociais do indivíduo que está recebendo o tratamento dentro do hospital, com vista a atingir as principais necessidades de cuidado. É o momento oportuno para desenvolver um plano de ação para a reabilitação e manutenção da saúde pós alta hospitalar, além de realizar as devidas orientações de como prosseguir com os cuidados em domicílio.

> O planejamento da alta influência de forma positiva para o paciente, porque você consegue fazer com que o paciente tenha alta com todas as suas orientações. Ao seguir todos os critérios da alta, esse paciente vai ter um pós-operatório em casa mais bem-sucedido (...). Se você explica tudo no momento da alta, a chance dele seguir com esse pós-operatório, em casa, sem intercorrências, é muito grande (E4).

De acordo com Flesch e Araújo (2014), a qualidade das orientações passadas pelos profissionais sobre as condutas a serem realizadas após a alta, são determinantes para a continuidade do cuidado. Essas condutas devem ser transmitidas de maneira clara e detalhada, com uma linguagem que o paciente consiga entender, de acordo com o seu grau de instrução, para favorecer a compreensão e sanar as possíveis dúvidas.

Assim, pacientes que são bem orientados e compreendem como deve ser realizado o cuidado, apresentam menor dificuldade no tratamento e consequentemente um melhor resultado na recuperação. Quando o paciente não recebe as orientações de maneira correta ou não entendem seu prognóstico, tendem a apresentar dúvidas e dificuldades no autocuidado, podendo

negligenciar parte desse, ou não o realizar de maneira adequada, que podem resultar em complicações, com possibilidade de uma nova internação hospitalar.

Segundo Camargo, André e Lamari (2016), quando o paciente apresenta dificuldade no autocuidado, seja por limitações físicas ou pela capacidade cognitiva prejudicada, é importante que todas as orientações sejam passadas para os familiares ou para as pessoas responsáveis por prestar assistência domiciliar. Pois, nesses casos, a família ou cuidadores serão a peça fundamental na continuidade do cuidado. Conforme a fala do entrevistado 5:

> Se não tem condições de assumir o cuidado sozinho, ele precisará de um cuidador, que articule junto à família ou responsáveis as necessidades de cada paciente. Além disso, toda equipe deve certificar se o paciente e seus familiares compreenderam as orientações dadas (E5).

Durante a internação hospitalar, o paciente e seus familiares contam com toda a equipe de saúde que realiza e/ou auxilia na maior parte dos procedimentos, dando suporte e apoio necessário para a recuperação do doente. Todavia, a partir do momento que o paciente apresenta condições de alta, esses cuidados diários passam a ser responsabilidade do mesmo e/ou da família, sendo necessário um processo de reabilitação ou mudança nos hábitos de vida.

Quando a rede de apoio familiar está bem orientada, essa transição acontece de maneira menos traumática e mais segura, em que terão condições de realizar os cuidados como: banho, curativos, administração de dietas e medicamentos, entre outros. Além de saber quais serão as possíveis complicações, conseguir identificá-las e intervir na tomada de decisão possibilitam o encaminhamento seguro para uma unidade de saúde de referência [11]. As narrativas abaixo corroboram com este aspecto:

> A alta qualificada é a continuidade dos cuidados através da articulação com os níveis de atenção à saúde e treinamento do

> cuidador familiar e consiste em criar um plano personalizado para cada paciente que está deixando o hospital, com o objetivo de trazer segurança nos cuidados e melhorar os resultados dos pacientes (E5).

> Então ele sai do hospital com orientações, dia de retorno, orientações caso aconteça alguma intercorrência, telefones para o caso dele precisar falar com a equipe de cirurgia, eles têm também esses telefones que são fornecidos ao paciente no momento da alta (E4).

A rede de apoio em sua grande maioria é formada pelos familiares mais próximos do paciente, porém ela é mais abrangente. Ela também é formada por pessoas de seu convívio como vizinhos, profissionais de saúde, líderes espirituais e até mesmo grupos sociais. São as pessoas que auxiliam nas atividades, no tratamento e que contribuem para assegurar a continuidade dos cuidados de forma integral, seja realizando cuidados do dia a dia, financeiro ou psicossocial, que traga conforto e segurança durante o tratamento [12].

Essa rede de apoio também conta como outro importante pilar na continuidade do cuidado que são as redes de atenção à saúde (RAS). As unidades de atenção primária e secundária contribuem no processo de tratamento e reabilitação, sendo essas as responsáveis por acolher o paciente após a desospitalização. Esse acontecimento é essencial para que o indivíduo não fique perdido na rede. Para que isso aconteça, é fundamental a estruturação do serviço de referência entre todos os níveis de atenção [13]. Passar as informações do estado de saúde do doente, permite uma melhor organização para receber o paciente, seja no tratamento de rotina ou em casos de complicações.

O fácil acesso e um bom acolhimento do paciente em outros níveis de atenção, tanto em situações de intercorrências, quanto em casos de consultas de retorno e para a realização de procedimentos como curativos e retirada de pontos, diminui a insegurança e o medo dos cuidadores, pois se sentem amparados pelo serviço de saúde. Desta forma, é fundamental a comunicação do hospital com as instituições que receberão o paciente, informando o quadro

clínico, a trajetória do mesmo dentro do hospital e os principais cuidados que serão necessários para a recuperação e reabilitação.

O treinamento dos cuidados que devem ser prestados em domicílio precisa ser passado ao paciente e seus familiares desde o início do período de internação, e precisa ser realizado por todos os profissionais de saúde que têm contato com eles. Deve-se priorizar as características e condições do indivíduo em particular, através do esclarecimento de dúvidas, alerta sobre possíveis complicações e orientações sobre o que deve ser feito caso alguma intercorrência aconteça. O redirecionamento e a comunicação direta com os outros níveis de atenção também são fatores indispensáveis no período de transição, a fim de manter a continuidade do cuidado de maneira segura.

A qualidade do planejamento da alta hospitalar, a clareza das informações sobre o estado de saúde do doente e a maneira que são passadas as orientações para o paciente e seus familiares têm implicação direta na segurança do paciente, pois diversos danos podem ser evitados com o conhecimento adequado sobre todo o processo de tratamento e reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento da alta hospitalar de qualidade, com a participação de toda a equipe multidisciplinar que presta assistência ao paciente, a maneira como são passadas as orientações elencadas no plano de cuidado e a realização da referência e contra referência influenciam diretamente na segurança do paciente cirúrgico. Priorizar medidas e ações de segurança do paciente é priorizar a qualidade de vida, de maneira integral e humanizada.

Por meio desta pesquisa conclui-se que ainda existem muitas falhas na gestão do planejamento da alta do paciente cirúrgico na instituição de saúde pesquisada, uma vez que esta é centralizada no médico, enquanto outros profissionais realizam esse papel de maneira isolada, gerando uma fragmentação no cuidado que impossibilita a assistência integral do indivíduo.

Também foi possível identificar neste estudo que as orientações são passadas de forma fragmentada, incompleta e generalizada no momento da alta hospitalar, favorecem o surgimento de eventos que colocam em risco a segurança do paciente. Desta forma, torna-se necessária a reestruturação no planejamento da alta, através da implantação de medidas para facilitar o diálogo entre os profissionais da RAS, o paciente e a família, a fim de contribuir para a diminuição dos ruídos de comunicação.

Este estudo foi realizado de forma limitada, devido ao número de profissionais entrevistados que aceitaram participar da pesquisa. Apesar de existir um número amplo de profissionais no setor cirúrgico do hospital, os mesmos alegaram falta de tempo ou disponibilidade para participação da pesquisa devido à sobrecarga de trabalho causada pela pandemia do COVID-19.

Assim, para realização de trabalhos futuros, sugere-se a ampliação do estudo para os pacientes e seus familiares, para ampliar a visão de como ocorre o processo da alta, e se os mesmos se sentem preparados e seguros para realizar os cuidados domiciliares.

Referências

1. FAGUNDES, F. P.; SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 17 n.1, p 181-204, jan./jun. 2018. ISSN 2446-5992.Disponívelem:<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>. Acesso em: 12 out. 2020.

2. FONTANA, G.; CHESANI, F. H.; MENEZES, M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. Saúde & Transformação Social, Florianópolis, v. 8, n. 2, p.086-095, mai./ago. 2017. ISSN 2178-7085. Disponível em:<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4230>. Acesso em: 12 out. 2020.

3. CAMARGO, P. F.; ANDRÉ, L. D.; LAMARI, N. M. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único De Saúde. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 23, n. 3, p.38-43, nov. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em:<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/335>. Acesso em: 12 out. 2020. DOI: https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.3.2016.335.

4. ACOSTA A. M.; CÂMARA, C.E.; WEBER, A. F.; FONTENELE, R. M. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. Revista de Enfermagem da UFPE on line, Recife, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, dez., 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231432>. Acesso em: 12 out. 2020. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018.

5. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília,1abr.2013.Disponívelem:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 05 out. 2020.

6. RIEGEL, F.; OLIVEIRA JÚNIOR. N. J. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 01-05,2017.ISSN21769133.Disponívelem:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45577>. Acesso em: 10 mai. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577.

7. MODAS, D. A. S.; NUNES, E. M. G. T.; CHAREPE, Z. B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, e20180130,2019.ISSN19831447.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100600&lng=en&nrm=iso>.Acessoem:12out.2020.DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130.

8. PENA, K. S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RIQUINHO, D. L.;RAMOS, A. R. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, n. spe., e20190168,2020.ISSN19831447.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200406&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em:12out.2020.DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168.

9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 12 dez. 2012b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 05 out. 2020.

10. GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A. 2002. ISBN: 85-224-3169-B.

11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial daSaúde(OMS/WHO)1946.Disponívelem:<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 10 mai. 2021.

12. ALMEIDA, A. M.; CERQUEIRA, G. A.; RABINOVICH, E. P. Redes de apoio como estratégia familiar para o cuidado da pessoa em tratamento de hemodiálise. In: SEMANA DEMOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA, 21, 2018. Salvador. Anais... Salvador: SEMOC, 2018.Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1099>. Acesso em: 12 mai. 2021.

13. SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. . Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 4, 2017. <https://s.ufc.br/rene/article/view/3448>. Acesso em 12 out. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762.