

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12645

ASPECTOS CLÍNICOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO DOMICILIAR PELO MELHOR EM CASA E DESOSPITALIZAÇÃO

*Clinical aspects of patients in home treatment for the best at home and de-hospitalization**Aspectos clínicos de los pacientes en tratamiento domiciliario para el mejor domicilio y deshospitalización***Sirlaine de Pinho**¹ **Rene Ferreira da Silva Junior**² **Cristiane Vieira da Silva**³ **Lucineia de Pinho**⁴ **Rosângela Ramos Veloso e Silva**⁵ **Simone de Melo Costa**⁶ 

RESUMO

Objetivo: analisar dados sobre à desospitalização de pacientes com prosseguimento no domicílio pelo Programa Melhor em Casa.**Método:** estudo transversal analítico, conduzido com dados do perfil de pacientes: motivo da internação, doenças pré-existentes, clínica de entrada, dias de internação e período entre alta médica, alta hospitalar e admissão. **Resultados:** entre os 254 pacientes, 57,9% eram idosos e 56,3% homens, internados por acidente vascular cerebral (26,4%), pneumonia (14,2%) e por traumatismo cranioencefálico (11,0%). O diagnóstico de hipertensão foi registrado para 32,8%, internação na neurologia para 49,6% e 52,8% permaneceram internados por 15 dias ou mais. A alta hospitalar ocorreu em média após 3,45 horas da alta médica e a admissão no programa ocorreu em média após 11,93 dias da desospitalização. **Conclusão:** há necessidade de melhor articulação entre os níveis de atenção à saúde para garantir uma admissão mais ágil e desocupação hospitalar.**DESCRITORES:** Tempo de internação; Assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

¹ Faculdade Santo Agostinho, Montes Claros - Minas Gerais – Brasil.

² Instituto Federal do Sul de Minas Gerais, Poços de Caldas – Minas Gerais – Brasil.

^{3,4,5,6} Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros - Minas Gerais – Brasil.

Recebido em: 27/03/2022; Aceito em: 01/09/2023; Publicado em: 31/12/2023

Autor correspondente: Rene Ferreira da Silva Junior renejunior_deny@hotmail.com

Como citar este artigo: Pinho S, Junior RFS, Silva CV, Pinho L, Silva RRV, Costa SM. Aspectos clínicos de pacientes em tratamento domiciliar pelo melhor em casa e desospitalização. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12645 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12645>



ABSTRACT

Objective: to analyze data on the dehospitalization of patients with continuation at home by the Better at Home Program. **Method:** analytical cross-sectional study, conducted with data from the profile of patients: reason for hospitalization, pre-existing diseases, admission clinic, days of hospitalization and period between medical discharge, hospital discharge and admission. **Results:** among the 254 patients, 57.9% were elderly and 56.3% were men, hospitalized due to stroke (26.4%), pneumonia (14.2%) and traumatic brain injury (11.0%). The diagnosis of hypertension was recorded for 32.8%, admission to neurology for 49.6% and 52.8% remained hospitalized for 15 days or more. Hospital discharge occurred on average 3.45 hours after medical discharge and admission to the program occurred on average after 11.93 days from hospitalization. **Conclusion:** there is a need for better articulation between health care levels to ensure faster hospital admission and discharge.

DESCRIPTORS: Tempo de internação; Assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

RESUMEN

Objetivos: analizar datos sobre la deshospitalización de pacientes con continuación en el domicilio por el Programa Mejor en Casa. **Método:** estudio transversal analítico, realizado con datos del perfil de los pacientes: motivo de hospitalización, enfermedades preexistentes, clínica de ingreso, días de hospitalización y período entre alta médica, alta hospitalaria e ingreso. **Resultados:** entre los 254 pacientes, 57,9% eran ancianos y 56,3% hombres, hospitalizados por accidente cerebrovascular (26,4%), neumonía (14,2%) y traumatismo craneoencefálico (11,0%). El diagnóstico de hipertensión se registró para el 32,8%, ingreso a neurología para el 49,6% y el 52,8% permaneció hospitalizado por 15 días o más. El alta hospitalaria ocurrió en promedio 3,45 horas después del alta médica y el ingreso al programa ocurrió en promedio después de 11,93 días desde la hospitalización. **Conclusión:** existe la necesidad de una mejor articulación entre los niveles de atención de salud para garantizar un ingreso y egreso hospitalario más rápido.

DESCRIPTORES: Duración de la estancia; asistencia domiciliar; Primeros auxilios; Continuidad de la atención al paciente.

INTRODUÇÃO

Frente a transição demográfica e epidemiológica brasileira, emerge a necessidade de adaptar o paradigma de atenção no setor saúde, com implantação da Atenção Domiciliar (AD).¹⁻² Ainda que esteja no escopo de outros serviços, grande parte da AD no SUS é realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A APS mostra-se como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo fundamental para a possibilidade de garantia de atenção longitudinal e integral aos pacientes com doenças e condições crônicas do seu território de abrangência quando a AD apresenta-se como a modalidade de cuidado mais adequada.¹

Com a necessidade de buscar métodos alternativos para otimizar os gastos com a saúde e universalizar a saúde pública, a desospitalização apresenta-se como ferramenta que preenche um papel de importância.³⁻⁵ Todavia, o modelo de desospitalização expõe desafios no seu processo, que inclui aplicação dos critérios de elegibilidade para inclusão/exclusão do paciente no serviço⁶ e desafios no desempenho do cuidado, tais como: construção de plano de cuidados e qualificação profissional para desempenhar a assistência de forma integral, no âmbito do contexto domiciliar e de vida do paciente, em um trabalho de equipe. Deve-se ainda considerar a desigualdade regional no país, exigindo atenção na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à garantia de acesso e de continuidade do cuidado necessário.⁷

As diretrizes para o Atendimento Domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa (PMC), do Ministério da Saúde, substituem ou complementam o atendimento hospitalar.⁸ Assim, a AD despontou como demanda importante para o SUS⁷ e foi consolidada pelo PMC. Para efetivação do PMC, investigações sobre desospitalização são importantes, considerando a necessidade de ofertar uma atenção integral, com continuidade da atenção e fortalecimento da AD.⁹

Os estudos na área temática de desospitalização são escassos e torna-se importante investigar aspectos clínicos de pacientes com alta hospitalar admitidos no PMC, esses dados podem contribuir para o planejamento e articulação entre hospital e serviços do Melhor em Casa, com a Atenção Primária à Saúde assumindo seu papel de ordenadora do sistema. Assim, objetivou-se analisar dados sobre a desospitalização de pacientes com prosseguimento no domicílio pelo Programa Melhor em Casa.

MÉTODO

Estudo de delineamento transversal analítico conduzido com dados coletados de prontuários de saúde de pacientes em alta hospitalar e referenciados para assistência domiciliar pela equipe do PMC, na rede do SUS, em Montes Claros na região Norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Os dados investigados referem-se ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

O PMC oferece assistência, acompanhamento, orientação e capacitação de familiares e cuidadores. A equipe do PMC no

cenário de estudo é formada por um enfermeiro coordenador e equipes de atendimento, denominadas Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD). Cada EMAD é formada por um enfermeiro, um fisioterapeuta, um médico e quatro técnicos de enfermagem.

Dispõe ainda de duas equipes de apoio denominadas Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), sendo elas EMAP 1: composta por fonoaudiólogo, psicólogo e nutricionista e emap 2: composta por fisioterapeuta, assistente social e psicólogo. O município analisado apresenta um contingente populacional de 400.000 habitantes, contando assim, com 4 equipes de EMAD.

As variáveis analisadas foram: ciclo de vida (crianças até 11 anos; adolescentes de 12 a 17 anos; adultos de 18 a 59 anos e idosos de 60 ou mais anos); sexo (feminino/masculino); motivo da internação hospitalar (Acidente vascular cerebral – AVC; Traumatismo cranioencefálico – TCE; pneumonia; internação por amputação dos membros; por ressecção de tumor; fratura óssea, exceto craneana e, outros motivos); doenças pré-existentes à internação (hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus, câncer – todas com opções de resposta: sim, não); área de internação/especialidade médica; número de doenças pré-existentes à internação; dias de internação; tempo entre alta médica e alta hospitalar e; tempo entre alta médica/alta hospitalar e admissão no Melhor em Casa. Na especialidade médica de internação, categorizaram-se as respostas em duas categorias (Neurologia e Não neurologia).

Os dados foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Para os dados numéricos calcularam-se as médias, intervalos de confiança 95% (IC 95%) e desvios padrão, as medianas, os valores máximos e os percentis 25 e 75. As medianas foram analisadas conforme sexo, faixa etária (até 59 anos, 60 ou mais anos), internação na neurologia (sim, não), motivo da internação por AVC (sim, não), internação por TCE (sim, não) e internação por pneumonia (sim, não). Foi utilizado o teste *Mann Whitney*, após constatada a não normalidade dos dados pelo teste *Kolmogorov-smirnov* ($p < 0,05$). Considerou-se o nível de significância $p < 0,05$ e o tratamento estatístico foi processado no software IBM® SPSS®, versão 22.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer substanciado nº 3.582.723, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados analisados.

RESULTS

Analisaram-se dados referentes a 254 pacientes que prosseguiram o tratamento em domicílio, após condição de saúde estabilizada em hospital. Os adolescentes compuseram a menor parcela dos pacientes (1,6%) e os idosos a maioria (57,9%). O sexo masculino representou a maior parte (56,3%) dos pacientes (Tabela 1).

Os motivos de internação hospitalar foram distribuídos na Tabela 2, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral - AVC (26,4%) e para pneumonia (14,2%).

O número médio de doenças pré-existentes à data da internação foi equivalente a 1,36 ($\pm 1,07$) doenças por pessoa,

Tabela 1 - Características demográficas de pacientes assumidos no Melhor em Casa, no sistema público de saúde, após alta hospitalar. Montes Claros, MG, Brasil, 2016-2019

Ciclo de vida	n	%
Crianças – 0 a 11 anos	19	7,5
Adolescentes – 12 a 17 anos	4	1,6
Adultos – 18 a 59 anos	84	33,1
Idosos – 60 ou mais anos	147	57,9
Sexo	n	%
Feminino	111	43,7
Masculino	143	56,3

Fonte: autores, 2019.

Tabela 2 - Motivo da internação hospitalar de pacientes admitidos pelo programa Melhor em Casa, no sistema público de saúde, após alta hospitalar. Montes Claros, MG, Brasil, 2016-2019

Motivo de internação	n	%
Acidente vascular cerebral - AVC	67	26,4
Traumatismo cranioencefálico - TCE	28	11,0
Pneumonia	36	14,2
Amputação de membros	4	1,6
Ressecção de tumor	16	6,3
Fratura óssea (exceto craneana)	9	3,5
Outros motivos	94	37,0

Fonte: autores, 2019.

Tabela 3 - Área de internação hospitalar de pacientes assumidos pelo programa Melhor em Casa, no sistema público de saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2016-2019

Especialidade médica	n	%
Cabeça/pescoço	2	0,8
Cardiologia/cardiovascular	6	2,4
Cirurgia geral	10	3,9
Clínica médica	58	22,8
Neurologia	126	49,6
Oncologia	18	7,1
Ortopedia	15	5,9
Pediatria	11	4,3
Plástica	2	0,8
Urologia	2	0,8
Vascular	4	1,6

Fonte: autores, 2019.

Tabela 4 - Descrição e comparação do tempo demandado entre alta médica e hospitalar conforme perfil demográfico e clínico de pacientes admitidos pelo programa Melhor em Casa. Montes Claros, MG, Brasil, 2016-2019

Tempo entre alta médica e hospitalar em minutos					
Variáveis	Média (IC 95%)	Mediana	25%	75%	p*
Sexo					
Feminino	204,43 (126,01-282,85)	120,0	64,0	201,0	0,115
Masculino	210,58 (171,68-249,49)	144,0	78,0	251,0	
Faixa etária					
Até 59 anos	192,32 (150,57-234,07)	137,0	82,0	216,0	0,685
60 ou mais anos	219,16 (155,76-282,57)	130,5	64,0	225,3	
Especialidade internação					
Neurologia	223,72 (173,64-273,81)	135,0	80,0	229,0	0,244
Outra	195,79 (135,0-256,58)	131,0	62,0	225,0	
Internação por AVC**					
Sim	237,73 (168,00-306,66)	139,5	77,0	261,3	0,366
Não	197,28 (147,88-246,68)	132,5	72,8	221,3	
Internação por TCE**					
Sim	259,50 (153,14-365,86)	166,0	121,0	308,3	0,041
Não	201,42 (157,64-245,20)	127,5	66,5	219,5	
Internação por Pneumonia					
Sim	113,86 (82,82-144,90)	98,0	40,0	144,0	0,012
Não	223,04 (176,50-269,57)	141,0	77,0	232,0	

*p valor de teste não paramétrico Mann-Whitney U;

**AVC = Acidente vascular cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico.

Fonte: autores, 2019

Tabela 5 - Descrição e comparação entre alta médica e admissão pelo programa Melhor em Casa conforme perfil demográfico e clínico de pacientes. Montes Claros, MG, Brasil, 2016-2019

Tempo entre alta médica e admissão no Melhor em Casa em dias					
Variáveis	Média (IC 95%)	Mediana	25%	75%	p*
Sexo					
Feminino	13,70 (10,95-16,46)	8,0	21	21,0	0,052
Masculino	10,55 (8,19-12,92)	6,0		14,0	
Faixa etária					
Até 59 anos	10,62 (7,83-13,40)	6,0	12	14,0	0,087
60 ou mais anos	12,88 (10,52-15,24)	7,0		21,0	
Especialidade internação					
Neurologia	12,19 (9,49-14,90)	8,0	22	16,0	0,501
Outra	11,73 (9,31-14,15)	6,0		18,0	
Internação por AVC**					
Sim	12,16 (8,3-16,03)	8,0	22	16,0	0,870
Não	11,84 (9,82-13,87)	7,0		18,0	
Internação por TCE**					
Sim	9,71 (3,00-16,43)	7,0	12	12,0	0,172
Não	12,20 (10,35-14,06)	7,0		18,5	
Internação por Pneumonia					
Sim	8,19 (3,91-12,48)	4,5	12	9,5	0,021
Não	12,55 (10,58-14,51)	8,0		18,0	

*p valor de teste não paramétrico Mann-Whitney U; **AVC = Acidente vascular cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico.
Fonte: autores, 2019

sendo que 49,2% tinham uma doença, 19,7% duas doenças, 9,1% três, 2,8% quatro, 1,2% cinco e 0,4% seis doenças. Entre as doenças pré-existent destacam-se a hipertensão arterial (32,8%), a diabetes mellitus (11,8%), seguida do câncer (17,8%).

Os pacientes foram assistidos no âmbito hospitalar em diferentes especialidades médicas conforme apresentadas na Tabela 3, com destaque para neurologia (49,6%).

O período de internação de 15 dias ou mais foi identificado para 52,8% dos pacientes, sendo a média igual a 30 dias e o maior período 1.482 dias. A alta hospitalar deu-se em média após 3,45 horas da alta médica.

Pacientes internados em razão de TCE apresentaram maior tempo entre alta médica e hospitalar (mediana = 166 minutos) quando comparados com aqueles internados por outros motivos ($p = 0,041$); os internados por pneumonia apresentaram menor tempo ($p = 0,012$). A diferença não foi

observada para pacientes internados por AVC e neurologia, entre sexo e faixa etária (Tabela 4).

O tempo de espera para admissão no Melhor em Casa, após a alta hospitalar, foi de sete dias ou mais para 52,4% dos pacientes, sendo a média (desvio padrão) igual a 11,93 ($\pm 14,52$) dias e o maior período foi de 97 dias.

A admissão no Melhor em Casa após a alta médica apresentou menor mediana de dias para os que haviam sido internados por motivo de pneumonia, $p = 0,021$ (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo pode contribuir na articulação da rede assistencial do SUS ao analisar aspectos clínicos relacionados a pacientes assumidos pelo PMC para continuidade de atenção domiciliar no âmbito do SUS. Destaca-se a maior frequência de pacientes internados na área da neurologia, em razão de AVC, na faixa etária idosa e de pessoas com diagnóstico de

hipertensão arterial, prévio à internação, a maioria foi internada por mais de duas semanas, sendo o maior tempo entre alta hospitalar e médica foi para os pacientes internados por TCE. A admissão no Melhor em Casa ocorreu, em média, após 12 dias da alta hospitalar.

A presente pesquisa revelou predominância de pacientes idosos admitidos no PMC. Entre idosos identifica-se um alto percentual de pessoas com comprometimento funcional, condição associada às morbidades de sistemas funcionais, tais como cognição, humor/comportamento, comunicação e mobilidade. A saúde dos idosos relaciona-se intimamente à funcionalidade, que envolve potencialidades de autocuidado.¹²

A estrutura da Rede de Atenção à Saúde do Idoso parte de uma definição clara da saúde do idoso. As doenças nessa faixa etária são mais comuns, mas nem sempre relacionadas à dependência funcional.¹³ Em contraposição, pode-se alcançar essa faixa etária como idoso robusto, ou seja, com baixa vulnerabilidade clínico-funcional, com engajamento ativo e sem incapacidades.¹⁴ Entretanto, considerando a maior chance da vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos, com 60 anos ou mais de idade, destaca-se a importância de buscar reduzi-la por meio da intervenção de apoio matricial para capacitar profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o cuidado daqueles que ainda não se encontram na condição de fragilidade.¹⁵

Entre os motivos de internação hospitalar, destacou-se o AVC, pneumonia e TCE. Os pacientes possuíam doenças pré-existentes à data da internação, com maior frequência para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer. Essas doenças crônicas, por si só, comumente, geram condições que favorecem a necessidade de cuidado contínuo e de atendimento domiciliar, também, podem ser coadjuvantes na piora do quadro clínico geral de saúde, o que explicaria, em parte, o tempo de internação de 15 ou mais dias, verificado para a maioria dos pacientes.

Deve-se considerar a situação de cada paciente, de forma personalizada e inclusiva, considerando suas singularidades.¹⁰ Nessa discussão, ferramentas multiprofissionais, tais como as escalas de Braden, Barthel, de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi, Escala de Desempenho de Karnofsky e a Escala de Morse, dentre outras¹, contribuem na avaliação da complexidade do paciente como um indivíduo biopsicossocial afim de ofertar cuidados otimizados¹⁶ àqueles com mais de uma doença e diferentes necessidades, como encontrado estudo, sendo registrado até seis doenças para um mesmo paciente.

A ocorrência de múltiplas necessidades em saúde é consistente com o aumento dos custos financeiros e do tempo despendido com a assistência. Da mesma forma, a incapacidade ou a dificuldade do paciente em realizar tarefas simples (como tomar banho) até atividades mais complexas (como administrar a própria medicação e recursos financeiros) em muitos casos acarreta à necessidade de cuidados também com

o cuidador.¹⁷ A condição de múltiplas comorbidades prioriza a elegibilidade para AD.

A internação na especialidade médica neurologia ocorreu para quase metade dos pacientes encaminhados ao PMC. A alta hospitalar aconteceu em média após quase quatro horas da alta médica. Outro estudo analisou os motivos de atraso na alta hospitalar e constatou que o percentual elevado de atraso deve-se, principalmente, a fatores relacionados a processos, como falta de planejamento de alta ou programação de suporte extra-hospitalar. O atraso na alta hospitalar é fato preocupante, em cenário de escassez de leitos e morosidade na espera por internação.^{XX¹⁸}

Indica-se ainda como possíveis motivos para a morosidade na desocupação hospitalar: a falta de equipamentos adequados para continuidade da assistência ao paciente em casa e a recusa da família em aceitar a alta, devido às múltiplas necessidades do paciente, que exigem acompanhamento por uma equipe multidisciplinar. Esses motivos fundamentam-se também na ausência de admissão no PMC imediatamente à alta hospitalar. Estudo conduzido em hospital norte-americano constatou que falhas na comunicação durante o processo de alta hospitalar pode acarretar eventos adversos, além de insatisfação e morosidade para alta hospitalar.¹⁹

A permanência nos hospitais ocorre por fatores extrínsecos ou que não estão somente associados à comorbidade do paciente, como acontece na alta médica. Assim, o paciente tem alta por julgamento médico, embasado no histórico hospitalar e no desenvolvimento de melhora. A proposta do PMC estabelece que a estratégia de alta programada deve ser uma prática reforçada entre os profissionais que compõem a equipe do hospital. Essa prática é uma das ferramentas necessárias à desospitalização. Faz-se necessário que profissionais reservem espaço para discussão dos casos passíveis de transferência da assistência para AD, visando promover a longitudinalidade do cuidado em domicílio.¹⁹

O paciente não pode ser transferido do hospital ao domicílio, de forma compulsória, pois estaria infligindo-se os princípios de humanização e contrariando princípios constitucionais do SUS. O fator principal para o paciente ter alta hospitalar e ser assumido pelo PMC é atender os critérios de inclusão adotados nesse programa, com base em aspectos clínicos e administrativos.¹¹ No presente estudo, os pacientes foram admitidos no PMC, em média, quase duas semanas após a alta hospitalar. Nesse momento, pode-se sustentar que o que pode ocorrer também é uma superlotação do sistema, posto que no período do estudo o município apresentava quatro equipes de PMC para cerca de 400 mil habitantes. Embora, esse parâmetro está em acordo com critérios definidos pelo Ministério da Saúde para adesão ao Melhor em Casa, ou seja, formação de uma equipe para cada grupo de 100 mil habitantes, o que pode sugerir uma nova avaliação organizacional do programa enquanto política pública de saúde.

Os resultados deste estudo referem-se a pacientes assumidos no PMC após alta hospitalar. Deve-se destacar que além

da rede hospitalar, o encaminhamento do paciente pode vir dos serviços de atenção primária e urgência e emergência. Essa referência requer a utilização de um esquema ou instrumento de contrarreferência com relatório detalhado, que deve conter dados relevantes para avaliar a condição clínica do usuário.²⁰

Ainda na perspectiva do atraso na admissão do paciente no PMC, após a alta hospitalar, a literatura discorre sobre fragilidades no programa. O recurso ainda é escasso para responder as demandas devidas na atenção ao paciente, e ainda discorre-se acerca da ausência de comunicação como uma fragilidade, afetada por falhas no relacionamento interpessoal entre equipe-paciente-família. Em alguns casos, por exemplo, os familiares sentem-se frustrados quando o paciente recebe alta hospitalar antes de estar curado, uma vez que relacionam a alta hospitalar à cura.

A estrutura domiciliar carente ou com falta de saneamento também dificulta o desenvolvimento de AD, já que os pacientes optam pelo atendimento no SUS, em muitos casos em razão da escassez de recursos próprios. Portanto, a ausência de adequação do espaço físico também pode ser um empecilho. Os pacientes, muitas vezes, precisam de espaços com acessibilidades e adaptados às suas necessidades. A escassez de recursos financeiros torna-se um problema, por vários motivos, mas sobretudo, porque os pacientes necessitam de materiais e medicamentos, que nem sempre são de fácil acesso ou mesmo gratuito.

Deve-se avaliar, caso a caso, de acordo com a situação específica, identificando as singularidades e as necessidades dos pacientes, além de atender às suas habilidades e condições do PMC¹¹. Em um país com intensa desigualdade social, sugere-se que a equipe discuta e avalie a possibilidade de flexibilidade nos critérios de elegibilidade para AD, desde que não comprometa a qualidade do serviço a ser prestado.

Outro aspecto a ser considerado, trata-se do processo de migração de atendimentos. Ele deve ser integrado como um ciclo de via dupla, ou seja, ao mesmo tempo em que ocorre a desospitalização, pode ocorrer a hospitalização. A motivação é reduzir o congestionamento do hospital e fornecer uma nova lógica de cuidados, com foco em proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicossocial mais favorável e humano, promovendo saúde e prevenindo doenças.

O sistema deve ser integrado, pois, em caso de alta do PMC, pacientes em condições estáveis ou com melhoras devem ser encaminhados à APS e os com complicações no quadro de saúde encaminhados ao hospital.²⁰ A articulação insuficiente dos serviços que compõem a RAS não viabiliza a continuidade da atenção em domicílio, assim como a integralidade da assistência. A articulação deve envolver, também, os pontos de atenção e os familiares. Recomenda-se criar mecanismos e estratégias para possibilitar essas articulações, contribuindo para que cuidadores familiares se sintam mais seguros para o cuidado em domicílio.⁹ Uma melhor articulação entre os diferentes níveis da atenção po-

deria contribuir também para reduzir o tempo de admissão no PMC após a alta hospitalar.

Outras estratégias de apoio que podem ser incluídas na rotina e nas práticas dos profissionais para melhorar a articulação entre os níveis da assistência na RAS, tendo a APS como centro de comunicação e ordenadora do cuidado, são o diagnóstico local da população e identificação da demanda de pacientes domiciliados e internados, planejamento e organização da equipe para realizar atendimento domiciliar, gerenciamento de agenda, organização de materiais de apoio, tais como insumos específicos e veículo, educação permanente sobre ferramentas de avaliação clínica e protocolos assistenciais, avaliação e adaptação da residência, projeto terapêutico singular, instrumentos de registros, dentre outros.¹ São limitações do presente estudo, a análise de dados extraídos de prontuários de saúde que pode incorrer em possíveis vieses de informação por falhas nos registros.

CONCLUSÃO

Os pacientes com continuidade de cuidados domiciliares após a alta hospitalar se caracterizaram majoritariamente como idosos, internados na neurologia, com diagnóstico de hipertensão arterial prévia à internação, internados devido AVC e por 15 dias ou mais, com alta hospitalar em quase quatro horas após a alta médica e admitidos no Programa Melhor em Casa após 12 dias da alta hospitalar. Pacientes com diferentes idades, morbidades e comorbidades foram admitidos no Programa Melhor em Casa.

O período entre alta hospitalar e admissão no Melhor em Casa sugere necessidade de aperfeiçoar a comunicação/articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, na rede de serviços do SUS, de modo a garantir uma admissão mais rápida na AD. Isso, também, poderia contribuir para reduzir o tempo entre alta médica e alta hospitalar, ao assegurar aos pacientes e seus familiares a continuidade da assistência em domicílio.

O sistema de saúde deve estar preparado para atender as necessidades múltiplas dos pacientes, de forma integrada, na rede de atenção à saúde. Nessa perspectiva, os dados desta pesquisa podem subsidiar planejamentos nos serviços de saúde, viabilizando um melhor fluxo entre hospital e atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. Saúde debate. [Internet]. 2019

- [acesso em 20 de janeiro 2023];43(121). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
3. Lima ACB, Souza DF, Ferraz F, Castro A, Soratto J. Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2022 [acesso em 21 de janeiro 2023];17(44). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)3003](https://doi.org/10.5712/rbmf17(44)3003).
 4. Valerio-Neto A, Carvalho A. Aplicação de análise descritiva para compreensão das atividades de desospitalização de um hospital universitário de grande porte entre 2009 e 2019. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*. [Internet]. 2021 [acesso em 22 de janeiro 2023]; 21(82):e277. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.277>.
 5. Finkelstein BJ, Borges-Junior LH. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. *J. bras. econ. saúde*. [Internet]. 2020 [acesso em 28 de agosto 2023];12(3). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141368>.
 6. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2020 [acesso em 2 de fevereiro 2023];25(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
 7. Silva KL, Castro EAB, Toledo ST. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. *REME rev. min. enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 2 de fevereiro 2023];23(1):e-1155. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190002>.
 8. Miranda MS, Alves JC, Vilanova VJC. Desospitalização como perspectiva da assistência hospitalar no Brasil. *REAC*. [Internet]. 2023 [acesso em 3 de fevereiro 2023];43(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>.
 9. Brasil. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 27 mai 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
 10. Brasil. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar: caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 11. Soares MFN, Maia LC, Costa SM, Caldeira AP. Dependência Funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. [Internet]. 2019 [acesso em 4 de fevereiro 2023];22(5):e190147. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147>.
 12. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa. São Paulo: Ministério da Saúde; 2019.
 13. Maia LC, Colares TFB. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2020 [acesso em 5 de fevereiro 2023];54(35). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/KTTSqyQ8rr9SYfR3R338h3v/?lang=pt>.
 14. Maia LC, Colares TFB, Morais EN. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2021 [acesso em 6 de fevereiro 2023];55(10). Disponível em: <https://Rsp.Fsp.Usp.Br/Wp-Content/Plugins/Xml-To-Html.Php/?Xml=1518-8787-Rsp-55-10.Xml>.
 15. Rodríguez-Acelas AL, Cañon-Montañez W. Contribuições das escalas em saúde como ferramentas que influenciam decisões no cuidado dos pacientes. *Rev Cuid*. [Internet]. 2018 [acesso em 7 de fevereiro 2023];9(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.498>.
 16. Esmael MS, Deyvylan AR. Dificuldades e necessidades dos cuidadores de idosos no domicílio. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2021 [acesso em 9 de fevereiro 2023];15:e245874. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245874>.
 17. Beserra JVF, Mendes MCB, Cunha IM, Carvalho EMP. Fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na clínica médica de um hospital público. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. [Internet]. 2023 [acesso em 10 de fevereiro 2023];6(12). Disponível em: <https://revistajrg.com/index/view/433/536>.
 18. Patel H, Yirdaw E, Yu A. Improving Early Discharge Using a Team-Based Structure for Discharge Multidisciplinary Rounds. *Prof. case manag*. [Internet]. 2019 [acesso em 10 de fevereiro 2023];24(2). Available from: https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Abstract/2019/03000/Improving_Early_Discharge_Using_a_Team_Based.6.aspx.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.