



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



BEATRIZ DOS SANTOS SIMÕES

O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS:
PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
ATENDIMENTO TERCIÁRIO

CAMPO GRANDE, MS

2025

BEATRIZ DOS SANTOS SIMÕES

**O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS:
PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
ATENDIMENTO TERCIÁRIO.**

Projeto de pesquisa elaborado como critério de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar (LEPIF)

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Marcheti

CAMPO GRANDE, MS

2025

BEATRIZ DOS SANTOS SIMÕES

O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS:
PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
ATENDIMENTO TERCIÁRIO.

Trabalho de Conclusão de Curso de
graduação em Enfermagem do Instituto
Integrado de Saúde da Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul, como
requisito de obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, __ de _____ de 2025

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Angélica Marcheti (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Gabriella Figueiredo Marti (Membro titular interno)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Enfa. Francisneide Gomes Pego do Nascimento (Membro titular externo)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Arminda Rezende de Padua Del Corona (suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, costureira incansável, que com linhas, agulhas e muito amor costurou os meus sonhos ao longo dos anos. Foi ela quem me ensinou que o estudo seria o tecido mais firme sobre o qual eu poderia construir o meu futuro.

AGRADECIMENTOS

Chego a este momento com o coração transbordando de gratidão, refletindo sobre o caminho percorrido e as inúmeras bênçãos recebidas ao longo dessa jornada. A conclusão deste trabalho não representa apenas uma conquista pessoal, mas uma vitória compartilhada com todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para minha caminhada. Por isso, dedico estas palavras de agradecimento a todos que estiveram ao meu lado, nos bons e nos mais desafiadores momentos.

Agradeço primeiramente a Deus, que me sustentou durante todos esses anos, guiando meus passos e renovando minha fé a cada desafio. A um Deus que me permitiu sonhar e realizar o desejo daquela criança que um dia olhou o mundo com os olhos cheios de esperança e disse: “um dia serei enfermeira”. Hoje, essa promessa se cumpre, e cada linha deste trabalho é também um ponto dessa história de amor, fé e perseverança.

Aos meus pais: à minha mãe, Carmem, costureira incansável, que com linhas, agulhas e muito amor costurou meus sonhos ao longo dos anos. Foi ela quem me ensinou que o estudo seria o tecido mais firme sobre o qual eu poderia construir o meu futuro. E ao meu pai, Vanderlei, que, sob muito sol, me fez chegar até aqui, oferecendo a sombra do seu esforço silencioso.

À minha irmã, Laís, que nunca mediu esforços para me apoiar e que sempre me deu motivos para querer voltar para casa. O conforto sempre veio de suas palavras. À minha avó, Alice, que me proporcionou uma infância repleta de amor e carinho, ensinando-me o verdadeiro significado do cuidado muito antes da faculdade de Enfermagem.

Ao meu namorado, Adriano, companheiro de todas as horas, que esteve ao meu lado desde o início, sendo luz nos dias difíceis e fortaleza nas incertezas. Com você aprendi, e sigo aprendendo, o verdadeiro significado de ser paciente e positiva. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidava, por caminhar comigo desde a minha aprovação na faculdade e por vibrar comigo em cada conquista.

À uma pessoa muito especial, Zenilda, por cuidar de mim com tanto amor e dedicação. Por estar sempre atenta ao meu bem-estar, disposta a ajudar em tudo e fazer cada gesto com carinho e generosidade. Por ser o braço direito da minha família, cuidando dos meus sobrinhos com muito amor e sendo uma companhia constante para minha mãe.

À minha amiga de infância, Dani, presença constante em todas as etapas da minha vida. Recordo com carinho as vezes em que seu ombro amigo foi meu refúgio e suas palavras de afirmação foram a minha força. Muito do que sou hoje carrega um pouco de você e da amizade que construímos ao longo dos anos.

Às minhas amigas de caminhada, Nívea e Bianca, por compartilharem risadas, lágrimas, cafés e esperanças. A amizade e o apoio de vocês tornaram o percurso mais leve e cheio de significado. Vocês me deram uma família longe de casa, foram meu alicerce, minha morada e meu lar durante todos esses anos.

Aos meus orientadores, Prof. Rodrigo Guimarães e Prof.^a Maria Angélica Marcheti, pela dedicação, paciência e confiança, que contribuíram imensamente para que este sonho se tornasse realidade.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, deixo meu mais sincero e profundo agradecimento. Este trabalho também é de vocês, fruto do amor, do apoio e da fé que me trouxeram até aqui.

Com gratidão eterna,

Por isso que os nossos velhos dizem: "Você não pode se esquecer de onde você é e nem de onde você veio, porque assim você sabe quem você é e para onde vai" isso não é importante só para a pessoa do indivíduo, é importante para o coletivo."

Ailton Krenak

RESUMO

A desospitalização constitui um processo essencial para a transição segura e eficiente do paciente do ambiente hospitalar para o domiciliar, visando a continuidade do cuidado e a redução de reinternações. No entanto, esse processo envolve múltiplos desafios relacionados à comunicação interprofissional, ao planejamento da alta, à articulação com a rede de atenção à saúde e à preparação do familiar/cuidador para o cuidado pós-alta. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as percepções e experiências dos profissionais de saúde sobre o processo de desospitalização em um serviço de atendimento terciário. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital de ensino localizado na cidade de Campo Grande – MS. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, realizada com os profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, o que possibilitou identificar categorias referentes à organização e planejamento da alta, desafios e barreiras encontradas, e percepções sobre a eficiência e os impactos do processo de desospitalização. Os resultados evidenciam a importância da atuação integrada da equipe multiprofissional, do fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção e da participação ativa da família para a efetividade da alta hospitalar. Conclui-se que o aprimoramento do processo de desospitalização depende de estratégias intersetoriais e de práticas colaborativas que assegurem a continuidade do cuidado e a reabilitação do paciente no ambiente domiciliar.

Descritores: desospitalização; planejamento da alta; equipe multiprofissional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil de identificação dos entrevistados.....	23
Quadro 2 - Categorias e subcategorias empíricas	25

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
MS	Mato Grosso do Sul
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	METODOLOGIA	18
4.1	Tipo da pesquisa	18
4.2	Local e período da pesquisa	18
4.3	Equipe de pesquisa e reflexibilidade	18
4.4	Amostra, critérios de inclusão e de exclusão	19
4.4.1	<i>Seleção e abordagem dos participantes</i>	19
4.4.2	<i>Saturação</i>	19
4.5	Coleta de dados	20
4.6	Organização e análise dos dados	21
4.7	Aspectos éticos	22
4.8	Saturações e limitações	23
5	RESULTADO	24
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	58
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60

APRESENTAÇÃO

Sou acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e sempre tive grande interesse pelos processos que envolvem o cuidado integral ao paciente, especialmente na transição entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Durante as vivências práticas e estágios, percebi o quanto o momento da alta hospitalar é decisivo para a continuidade do cuidado e para a recuperação do paciente, além de observar as dificuldades enfrentadas pelas equipes e pelas famílias nesse processo.

Essas experiências despertaram em mim o desejo de compreender melhor como ocorre a desospitalização e quais fatores interferem em sua efetividade, levando-me à escolha deste tema para o meu Trabalho de Conclusão de Curso. Acredito que estudar essa temática contribui não apenas para o aprimoramento da prática profissional, mas também para um cuidado mais humano, seguro e integrado.

1 INTRODUÇÃO

O cenário atual da saúde global é marcado por profundas transformações demográficas, com aumento significativo da expectativa de vida e o consequente envelhecimento populacional. No Brasil, essa realidade se reflete no crescimento da população adulta e idosa com doenças crônicas, um fenômeno associado aos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, que ampliaram a sobrevida, mas também aumentaram a demanda por cuidados contínuos, integrais e complexos (Viana e Lima, 2020). Esse panorama impõe novos desafios aos sistemas de saúde, exigindo a reorganização dos modelos assistenciais e a adoção de estratégias que priorizem a continuidade e a integralidade do cuidado, superando a lógica tradicional centrada na hospitalização e na fragmentação das ações (Brasil, 2013b; Ceccim, 2018).

Nesse contexto, a desospitalização emerge como uma estratégia essencial para garantir a atenção integral ao paciente, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conceitualmente, a desospitalização consiste na transição planejada e segura do cuidado do hospital para o domicílio, assegurando que o paciente receba a assistência necessária em seu ambiente familiar, com suporte multiprofissional e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Azevedo et al., 2010; Brasil, 2020). Essa prática promove a humanização da assistência, o protagonismo do paciente e a valorização do contexto familiar e comunitário como espaços de cuidado, em consonância com os princípios da integralidade e da equidade (Brasil, 2020; Peduzzi *et al.*, 2020).

Além de proporcionar conforto, autonomia e melhor qualidade de vida ao paciente, a desospitalização contribui para a racionalização dos recursos hospitalares, reduzindo o tempo de internação, a ocupação de leitos e o risco de infecções associadas ao ambiente hospitalar (Bernardino *et al.*, 2022; PRIM *et al.*, 2023). Essa abordagem, portanto, alia aspectos de eficiência na gestão hospitalar com a efetivação de um cuidado mais próximo, contínuo e humanizado.

No âmbito do SUS, a desospitalização foi formalmente regulamentada pela Lei nº 10.424/2002, que introduziu a assistência domiciliar como modalidade integrante das redes de atenção à saúde. Posteriormente, o Programa “Melhor em Casa”, instituído pela Portaria nº 825/2016, consolidou a Atenção Domiciliar como uma estratégia prioritária, voltada à continuidade do cuidado pós-alta, à prevenção de hospitalizações desnecessárias e ao

fortalecimento da articulação entre os serviços de diferentes níveis de atenção (Brasil, 2016). Assim, a desospitalização não representa o rompimento do vínculo do paciente com o sistema, mas sua integração coordenada e segura com os demais pontos de cuidado da rede (Brasil, 2020; Brasil, 2013c).

A efetividade desse processo depende de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, na qual médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais trabalham de forma colaborativa. Dentre esses profissionais, destaca-se o papel da Enfermagem, responsável por planejar a alta desde a admissão, avaliar continuamente as necessidades do paciente e preparar a família ou o cuidador para o cuidado domiciliar (Delatorre *et al.*, 2013; Oliveira C., Silva E. e Souza M., 2021). Ferramentas como o Plano Terapêutico Singular (PTS), protocolos assistenciais, checklists de alta e reuniões de referência contribuem para a padronização e a segurança desse processo (Brasil, 2020; Barbosa, *et al.*, 2023).

Apesar dos avanços, a literatura evidencia que o processo de desospitalização ainda enfrenta desafios importantes, como a fragilidade na comunicação entre os níveis de atenção, a falta de protocolos institucionais padronizados, a sobrecarga dos profissionais e a insuficiente qualificação dos cuidadores (Pozzoli e Cecílio, 2017; Mauro, Cucolo e Perroca, 2021; Arruda *et al.*, 2022). Essas limitações podem comprometer a continuidade do cuidado, aumentando o risco de reinternações evitáveis e a sobrecarga familiar (Rangel, 2023; Burgdorf *et al.*, 2021).

Dessa forma, compreender a desospitalização como uma estratégia de cuidado centrada no paciente e sustentada pelo trabalho multiprofissional torna-se essencial para o aprimoramento das práticas institucionais e o fortalecimento das políticas públicas de atenção domiciliar. Estudos que investigam as percepções e experiências dos profissionais de saúde sobre esse processo são fundamentais, pois permitem identificar barreiras e potencialidades na prática cotidiana, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias mais seguras, coordenadas e humanizadas (Minayo, 2014; Bardin, 2016).

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo analisar as percepções e experiências dos profissionais de saúde sobre o processo de desospitalização em um serviço de atendimento terciário, buscando compreender a organização, os desafios e as potencialidades desse processo na perspectiva das equipes que coordenam a alta hospitalar e articulam o

cuidado com a rede externa. Espera-se que os resultados contribuam para o aprimoramento das práticas assistenciais, fortalecendo a integralidade, a continuidade e a centralidade do paciente no cuidado em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de desospitalização na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em serviço de atenção terciária à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os profissionais que compõem a equipe multiprofissional envolvida no processo de desospitalização na atenção terciária;
- Compreender como se dá o processo de desospitalização nesse nível de atenção;
- Analisar a percepção da equipe multiprofissional acerca do processo de desospitalização.

3 JUSTIFICATIVA

O processo de desospitalização constitui um importante eixo estratégico para a qualificação da atenção em saúde, ao buscar reduzir o tempo de internação, otimizar leitos hospitalares e, sobretudo, garantir a continuidade do cuidado no domicílio de forma segura e integral. Essa prática está alinhada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a integralidade, a equidade e a articulação entre os diferentes níveis de atenção por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013).

A desospitalização envolve múltiplos atores e exige um planejamento articulado entre equipe multiprofissional, paciente, família e rede externa, incluindo o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, estudos apontam que o processo ainda é permeado por fragilidades estruturais, como falhas de comunicação entre serviços, ausência de contrarreferência efetiva, insuficiência de recursos humanos e preparo inadequado dos cuidadores familiares (Oliveira C., Silva E. e Souza M., 2021; Sousa C. e Sousa M., 2019; Ignacio, 2017).

No contexto hospitalar de alta complexidade, essas fragilidades tornam-se ainda mais evidentes, visto que a alta de pacientes com dependência parcial ou total de cuidados requer um planejamento minucioso e interdisciplinar. A falta de integração entre as equipes e os pontos da rede pode resultar em descontinuidade da assistência, aumento de reinternações e sobrecarga emocional e física dos familiares, contrariando as diretrizes de segurança do paciente e de cuidado humanizado preconizadas pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013c; Brasil, 2017).

Diante desse cenário, torna-se relevante compreender as perspectivas da equipe multiprofissional sobre o processo de desospitalização, uma vez que esses profissionais são protagonistas na coordenação da alta e na articulação com a rede externa. Ao investigar suas percepções, é possível identificar fatores facilitadores e barreiras na operacionalização desse processo, contribuindo para o aprimoramento das práticas institucionais e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à atenção domiciliar e à transição segura do cuidado.

Além disso, há escassez de estudos nacionais que abordem a desospitalização sob a ótica de profissionais atuantes em serviços terciários de saúde, o que reforça a relevância científica e social desta pesquisa.

Nesse sentido, os resultados podem subsidiar gestores e equipes na elaboração de estratégias que promovam a integralidade da assistência, o fortalecimento da interdisciplinaridade e a ampliação do vínculo entre o hospital e a rede de atenção, garantindo uma alta hospitalar mais resolutiva e humanizada. Compreender o olhar dos profissionais sobre esse processo é essencial para aprimorar a qualidade da atenção e garantir que o cuidado ultrapasse os muros do hospital.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na orientação metodológica da análise de conteúdo, conforme proposto por Minayo (2014). Essa abordagem busca compreender percepções e significados atribuídos pelos participantes às suas vivências profissionais, possibilitando interpretações mais profundas sobre o fenômeno estudado.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), localizado no município de Campo Grande, região central do estado de Mato Grosso do Sul. O hospital foi selecionado por se tratar de uma instituição de referência em atendimento de média e alta complexidade, vinculada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), o que favorece a integração entre ensino, pesquisa e assistência.

A pesquisa foi realizada no setor de Clínica Médica, escolhido por apresentar elevado índice de desospitalização, englobando pacientes com diferentes condições clínicas e perfis de cuidado. Essa característica permitiu uma observação mais ampla e representativa do processo de alta hospitalar, bem como dos desafios e estratégias envolvidos na transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio.

4.3 Equipe da pesquisa e flexibilidade

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, acadêmica do curso de Enfermagem da UFMS, com treinamento prévio em técnicas de entrevista qualitativa e em análise de conteúdo. A pesquisadora é do gênero feminino e, à época do estudo, atuava como estudante-pesquisadora vinculada ao estágio curricular em ambiente hospitalar.

Não havia vínculo hierárquico ou relação de subordinação entre a pesquisadora e os participantes. O contato inicial foi realizado pessoalmente, mediante convite formal e explicação dos objetivos do estudo, assegurando transparência quanto às intenções da pesquisa. Os participantes foram informados de que os resultados seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

4.4 Amostra e critérios de inclusão e de exclusão

4.4.1 Seleção e abordagem dos participantes

Os participantes foram selecionados por amostragem intencional (*purposeful sampling*), considerando sua atuação direta no processo de desospitalização de pacientes no setor de Clínica Médica. O convite foi feito pessoalmente, após apresentação da pesquisadora e esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo.

Critérios de inclusão:

Foram adotados como critérios de inclusão os profissionais da equipe multiprofissional que atuam diretamente no processo de desospitalização, incluindo enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos(as), assistentes sociais, fonoaudiólogos(as) e psicólogos(as).

Critérios de exclusão:

Substitutos, ou seja, aqueles profissionais que não são fixos dos setores; e Profissionais gozando de quaisquer modalidades de licença trabalhista (maternidade, doença).

4.4.2 Saturação

Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, a definição do número de participantes ocorreu de forma processual, durante a coleta de dados. Conforme a literatura científica, a inclusão de novos participantes deve ser interrompida quando se observa a saturação teórica, ou seja, quando as informações já disponíveis são suficientes para a compreensão plena do fenômeno investigado (Minayo, 2017).

4.5 Coleta de dados

A amostra do estudo foi composta por 11 profissionais abordados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP).

A coleta foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro elaborado com base na literatura científica (Apêndice B). O instrumento contemplou 5

questões voltadas ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, bem como 14 questões voltadas à percepção sobre o processo de desospitalização.

Antes do início da coleta principal, foram conduzidas duas entrevistas-piloto, a fim de ajustar a linguagem e a sequência das perguntas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente em sala reservada do HUMAP, com duração média de 20 a 30 minutos, garantindo privacidade e conforto aos participantes. Durante as entrevistas, foi utilizada gravação de áudio para registro integral das falas, com posterior transcrição literal e conferência pela pesquisadora.

Foram também elaboradas notas de campo com observações não verbais, contextuais e reflexivas. Não houve repetição de entrevistas.

A realização da entrevista foi realizada em uma sala do Hospital Universitário, cuja autorização já foi obtida (Anexo A). O local foi escolhido por ser de fácil acesso e frequentado pela população-alvo, o que favorece a viabilidade da coleta de dados.

Antes da realização das entrevistas, os participantes foram informados de forma detalhada sobre a pesquisa, incluindo seus objetivos, metodologia, possíveis benefícios, ausência de riscos atuais ou potenciais e os critérios de inclusão no estudo. Também foi apresentada a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem acessível (Apêndice A), conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após o esclarecimento e a manifestação voluntária de interesse em participar, o TCLE foi lido integralmente, garantindo a compreensão de seu conteúdo. Em seguida, foi solicitada a assinatura do documento em duas vias, permanecendo uma com o participante e outra com o pesquisador.

Concluído o processo de consentimento, foi iniciada a coleta individual dos dados, utilizando-se de um formulário semiestruturado (Apêndice B). O instrumento foi submetido previamente a um pré-teste, com o propósito de avaliar sua adequação aos objetivos propostos e promover ajustes necessários para garantir a clareza e a efetividade na obtenção das informações.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2024.

4.6 Organização e análise dos dados

Foi elaborado um banco de dados utilizando o software Microsoft Excel 2010, no qual foram inseridos os itens que compunham cada instrumento de coleta de dados. Esse procedimento permitiu a emissão de relatórios conforme as variáveis de interesse, que foram processadas, analisadas e submetidas à análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2016). O processo envolveu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação.

A codificação foi conduzida manualmente pela pesquisadora, com a criação de unidades de registro e categorias temáticas emergentes dos discursos, sem que os temas fossem predefinidos, sendo derivados dos próprios dados.

Inicialmente, todos os áudios das entrevistas foram transcritos com auxílio do software de transcrição de mídia digital Scribe. Os dados foram analisados pela pesquisadora, sendo verificada a necessidade de reabordar algum participante caso houvesse pontos a esclarecer. Após a transcrição integral das falas, foram realizadas leituras flutuantes e sucessivas para familiarização com o conteúdo e identificação de aspectos relevantes ao tema do estudo, conforme proposto por Bardin (2016). Durante esse processo, também foram considerados os registros e anotações provenientes da observação de campo, que contribuíram para complementar a análise.

A análise dos dados iniciou-se com a pré-análise, etapa em que o material foi organizado e as ideias principais foram sistematizadas, possibilitando a definição de indicadores e o direcionamento da interpretação. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, com a identificação e o agrupamento das unidades de sentido que deram origem às categorias temáticas, as quais refletiram as principais perspectivas sobre o processo de desospitalização, conforme vivenciado e percebido pelos participantes. Nessa etapa, uma segunda pesquisadora, com experiência em análise qualitativa, realizou a revisão do material, contribuindo para a validação e o refinamento da organização dos dados. Por fim, na etapa de interpretação, buscou-se compreender o conteúdo explícito e implícito das falas, relacionando as categorias entre si e interpretando os significados atribuídos pelos participantes às

experiências vividas. Essa análise possibilitou reconhecer os desafios e estratégias da equipe multiprofissional no processo de desospitalização.

Os resultados foram ilustrados com trechos das falas dos entrevistados, identificados pela ordem da entrevista e pela categoria profissional (ex.: “P1–Enfermagem”, “P4–Fonoaudiologia”), preservando o anonimato.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), atendendo integralmente às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como às orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamentam estudos envolvendo seres humanos.

No momento da coleta de dados, a pesquisadora apresentou aos participantes os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem acessível. Após o esclarecimento das dúvidas e manifestação voluntária de participação, foi solicitado a leitura e assinatura do termo. Somente após o aceite formal a entrevista foi iniciada.

O estudo foi desenvolvido com dados primários, assegurando o sigilo das informações e a preservação das dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual dos participantes. As entrevistas, relacionadas ao processo de desospitalização, tiveram caráter anônimo, sem necessidade de identificação pessoal ou profissional, de forma a evitar qualquer tipo de exposição dos participantes.

4.8 Saturação e limitações

A repetição de conteúdos em diferentes entrevistas indicou saturação teórica, conferindo consistência aos achados.

Como limitação, destaca-se a ausência da perspectiva dos cuidadores e familiares, cuja inclusão poderia ampliar a compreensão sobre os desafios emocionais e sociais do cuidado domiciliar após a alta hospitalar. Essa lacuna sugere caminhos para futuras investigações.

5 RESULTADOS

Participaram 11 profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, assistente social e residente de enfermagem

Os participantes desse estudo fazem parte da equipe multiprofissional que atua no setor da Clínica Médica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) localizado na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

O quadro 1 apresenta as características sociodemográficas e profissionais dos 11 participantes do estudo.

Quadro 1- Perfil de identificação dos entrevistados e o setor de atuação profissional no HUMAP do município de Campo Grande, MS, Brasil, 2024.

Número do Participante	Gênero	Faixa etária	Profissão	Setor de atuação	Tempo de atuação no setor
P1	Feminino	30-40	Enfermagem	Clínica Médica	3 anos ou mais
P2	Feminino	30-40	Enfermagem	Clínica Médica	3 anos ou mais
P3	Masculino	30-40	Enfermagem	Clínica Médica	3 anos ou mais
P4	Masculino	30-40	Fisioterapia	Clínica Médica	3 anos ou mais
P5	Feminino	30-40	Serviço Social	Clínica Médica	2 anos
P6	Feminino	20-30	Medicina	Clínica Médica	1-6 meses

P7	Feminino	30-40	Nutrição	Clínica Médica	3 anos ou mais
P8	Feminino	30-40	Psicologia	Clínica Médica	2 anos
P9	Feminino	40-50	Técnico em Enfermagem	Clínica Médica	3 anos ou mais
P10	Feminino	40-50	Fonoaudiologia	Clínica Médica	2 anos
P11	Feminino	20-30	Enfermagem	Clínica Médica	1-6 meses

Fonte: Autoria própria

Observou-se predominância do gênero feminino (8 participantes) e maior concentração na faixa etária de 30 a 40 anos (8 participantes). Além disso, o tempo médio de atuação no setor foi de três anos ou mais (6 participantes).

Quanto à categoria profissional, a amostra foi composta por quatro enfermeiros, um técnico em enfermagem, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social e um médico, representando a diversidade da equipe multiprofissional envolvida no processo de desospitalização. A diversidade de perfis possibilitou a obtenção de múltiplas perspectivas sobre o processo de desospitalização, abrangendo diferentes níveis de experiência, responsabilidades e áreas de atuação, contribuindo para a identificação de práticas, barreiras e desafios relacionados à comunicação, ao planejamento da alta e à preparação de familiares e cuidadores.

A partir da seleção do material empírico e da leitura flutuante das narrativas dos participantes do estudo, conforme proposto por Bardin (2011), foi possível identificar núcleos de sentido que orientaram a formação das categorias de análise. Esse processo ocorreu de forma gradual, à medida que o conteúdo foi sendo explorado e interpretado.

As categorias emergentes foram definidas com base nas temáticas recorrentes identificadas nas falas dos participantes, refletindo os significados atribuídos às experiências narradas. Em seguida, as subcategorias foram organizadas de acordo com os eixos temáticos

mais representativos, de modo a possibilitar uma análise mais detalhada e a discussão aprofundada dos diferentes aspectos abordados pelos profissionais.

As categorias e subcategorias que compõem esta análise estão descritas no quadro a seguir, que apresenta a síntese dos principais temas identificados nas narrativas.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias emergentes, Campo Grande, Mato Grosso do Sul 2025.

Categorias Emergentes	Subcategorias Emergentes
5.1 Organização e Planejamento da Alta	5.1.1 Planejamento e Ferramentas no Processo de Alta.
	5.1.2 Atuação e Integração da Equipe Multiprofissional no Processo de Alta
	5.1.3 Comunicação Interprofissional e Critérios de Alta Hospitalar
	5.1.4 Educação do Familiar/Cuidador no Contexto da Alta Hospitalar.
5.2 Desafios e Limitações no Processo de Alta Hospitalar	5.2.1 Processos de Comunicação e Organização Interna da Alta Hospitalar
	5.2.2 Preparação do Familiar/Cuidador para o Cuidado Pós-Alta
	5.2.3 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde
5.3 Efetividade do Processo, Impactos e Percepções da Alta	5.3.1 Efetividade do Processo de Alta
	5.3.2 Impactos da Alta para o paciente
	5.3.3 Impactos da Alta para os familiares/cuidadores

Fonte: Autoria própria.

5.1: Organização e Planejamento da Alta

Esta categoria aborda os aspectos relacionados à estruturação do processo de desospitalização no contexto hospitalar, contemplando as estratégias utilizadas no planejamento da alta, as ferramentas de apoio empregadas pelos profissionais, a integração

entre as equipes multiprofissionais, os critérios adotados para a definição da alta hospitalar e as ações educativas direcionadas a pacientes, familiares e cuidadores.

Os resultados evidenciam que um planejamento sistematizado, aliado à comunicação efetiva entre os diferentes profissionais, constitui elemento essencial para garantir a continuidade do cuidado e promover uma transição segura do paciente do ambiente hospitalar para o domiciliar.

5.1.1: Planejamento e Ferramentas no Processo de Alta Hospitalar

Observou-se que, do ponto de vista processual, vem sendo consolidado um sistema de trabalho que organiza e orienta a atuação dos profissionais com o objetivo de viabilizar a desospitalização dos usuários. Para isso, os profissionais participantes relataram que são empregadas diversas ferramentas de gestão e de padronização, como protocolos, instrumentos administrativos e fluxos organizacionais, que contribuem para sistematizar a alta hospitalar. Entre as ferramentas mais citadas, destacam-se o Kanban, o Plano Terapêutico Singular (PTS) e os Protocolos Operacionais Padrão (POPs), que conferem previsibilidade ao processo. O uso de protocolos específicos para altas complexas complementa essas estratégias, fortalecendo a efetividade do cuidado.

“Temos alguns instrumentos, como a Alta Complexa, a Equipe De Referência e o encaminhamento para o SAD.” (P4- Fisioterapia)

“Atualmente, para cada tipo de paciente que o hospital atende, existem protocolos e um manual que orientam os profissionais.” (P2- Enfermagem)

“O hospital está no movimento de melhorar as ferramentas, tanto é que iniciou a Visita de Referência, o PTS, e também o Kanban, que são utilizadas para melhorar o processo de desospitalização.” (P5- Serviço Social)

“Existe um POP de Alta Complexa.” (P9- Enfermagem nível médio)

A análise também destacou que reuniões semanais, chamadas “Visita de Referência”, e a elaboração do PTS configuram-se como ferramentas fundamentais na organização do cuidado e no acompanhamento dos usuários. Essas estratégias possibilitam a discussão coletiva e sistematizada dos casos, promovendo uma escuta ampliada e o planejamento conjunto entre os diferentes profissionais da equipe. Observou-se que, por meio dessas

reuniões, são definidos as condutas e a programação da alta, garantindo maior integração entre os setores e continuidade do cuidado.

“Temos ferramentas como o Kanban, PTS, Visita de Referência e o Round. Além da alta responsável, Alta Social, e o requerimento do SAD.” (P5- Serviço Social)

“Temos a Visita de Referência e o PTS [...].” (P8- Psicologia)

“[...] Além disso, realizamos Visitas de Referência que envolvem a equipe multiprofissional, [...]. Para os casos mais específicos que não conseguimos resolver, utilizamos o PTS.” (P2- Enfermagem)

O uso de ferramentas digitais mostrou-se presente no cotidiano das equipes, destacando-se como um recurso de apoio à comunicação interna. Observou-se que esses instrumentos, como o aplicativo WhatsApp, são utilizados para facilitar a troca de informações entre os profissionais, permitindo o repasse rápido de dados e o alinhamento das ações de cuidado. Essa forma de comunicação possibilita que todos os membros da equipe recebam e transmitam informações de maneira simultânea, contribuindo para a organização do trabalho e a continuidade das atividades assistenciais.

“Temos um grupo de WhatsApp que inclui todos os enfermeiros e médicos.” (P1- Enfermagem)

“Hoje, o processo está mais estruturado, com a criação de um grupo de trabalho chamado 'Desospitalização Hospitalar'.” (P2- Enfermagem)

“Hoje, temos um grupo de WhatsApp, onde utilizamos o aplicativo para comunicar e sinalizar as situações.” (P5- Serviço Social)

Observou-se, ainda, ênfase no início do planejamento do processo de desospitalização já na admissão do paciente. Os profissionais relataram que o preparo para a alta tem início desde o momento da internação, com orientações iniciais aos familiares e cuidadores sobre o retorno ao domicílio. Essa prática demonstra que o planejamento da desospitalização é incorporado de forma precoce na rotina assistencial, integrando-se às ações desenvolvidas durante todo o período de internação.

“O processo de desospitalização aqui no hospital é iniciado desde a entrada do paciente.” (P5- Serviço Social)

“Desde a internação do paciente, já começamos a preparar a mente do familiar, mostrando que, em algum momento, ele terá que levar o paciente para casa.” (P1- Enfermagem)

“O processo, conforme o manual de desospitalização, deve ser iniciado no momento da admissão do paciente.” (P2- Enfermagem)

“Quando o paciente é admitido, a equipe já vislumbra como será todo o processo para, quando chegar a hora da alta, estarmos preparados.” (P8- Psicologia)

5.1.2 Atuação e Integração da Equipe Multiprofissional no Processo de Alta

Em relação à participação profissional no processo de desospitalização, observou-se consenso entre os relatos de que toda a equipe multiprofissional está envolvida. Os profissionais mencionaram a atuação conjunta de diferentes categorias, incluindo médicos(a), enfermeiros(a), técnicos(a) de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos(a), nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos(a), destacando a presença de múltiplas áreas no acompanhamento e planejamento da alta hospitalar.

“Equipe multiprofissional.” (P8- Psicologia)

“Bastante gente participa: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, dentista, assistente social e terapeuta ocupacional.” (P1- Enfermagem)

“Fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição, equipe médica, psicologia, odontologia e serviço social. Só não temos aqui o farmacêutico.” (P4- Fisioterapia)

“Fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e odontologia. somos uma equipe mais numerosa; acho que temos todos os profissionais, incluindo psicólogo.” (P10- Fonoaudiologia)

“Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e fonoaudiólogos, principalmente”. (P6- Medicina)

Além disso, nos relatos dos profissionais, observou-se que a definição das funções dentro da equipe multiprofissional apresenta variações. Alguns participantes indicaram que as atribuições estão bem delimitadas, com cada membro desempenhando seu papel específico no processo de desospitalização. Outros relataram que existem atividades comuns a toda a

equipe, com possibilidade de sobreposição de responsabilidades, embora cada profissional enfatiza aspectos relacionados à sua área de atuação.

“Cada membro da equipe desempenha um papel, como ensinar o paciente sobre seus cuidados e necessidades específicas.” (P2- Enfermagem)

“Cada um age de acordo com a sua profissão.” (P4- Fisioterapia)

“Os papéis ficam muito bem divididos.” (P3- Enfermagem)

“Cada profissional tem seu papel específico, mas há questões que são comuns a toda a equipe. Qualquer membro da equipe pode levantar essas questões, embora algumas sejam específicas de determinadas funções.” (P8- Psicologia)

“Há sobreposição, sim... todos orientam, mas cada um com sua ênfase.” (P1- Enfermagem)

5.1.3 Comunicação Interprofissional e Critérios de Alta Hospitalar

Os relatos indicam que, apesar de alguns profissionais reconhecerem avanços na comunicação entre as equipes, como mencionado na subcategoria 5.1.1, a decisão e a comunicação da alta hospitalar permanecem predominantemente sob responsabilidade da equipe médica. Verificou-se que a previsão de alta e as orientações ao paciente e à família ocorrem, em sua maioria, durante as visitas médicas, nas quais são realizados as avaliações e o preparo para o retorno ao domicílio.

A maioria dos participantes relatou que a comunicação da alta é conduzida pela equipe médica, conforme observado nos depoimentos de diferentes categorias profissionais, como fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, psicologia, nutrição.

“O médico geralmente comunica a alta.” (P10- Fonoaudiologia)

“Geralmente, é a parte médica que comunica.” (P4- Fisioterapia)

“É a equipe médica que comunica a família.” (P1- Enfermagem)

“Então, é a equipe médica que comunica a previsão de alta durante as visitas, avaliando e preparando os pacientes.” (P8- Psicologia)

“Principalmente via visita da equipe médica.” (P11- Enfermagem)

“Geralmente, é a parte médica que faz isso.” (P7- Nutrição)

“Solicito que ao menos um acompanhante esteja presente no momento da alta. Explico toda a programação pós alta e certifico se existe alguma dúvida após a entrega dos encaminhamentos”. (P6-Medicina)

Alguns profissionais destacaram, contudo, que a decisão sobre a alta deve envolver toda a equipe, ressaltando a importância do alinhamento entre os diferentes membros no processo decisório. Um dos relatos mencionou que, embora a comunicação formal da alta seja realizada pelo médico, esta ocorre após discussão prévia com os demais profissionais. De modo geral, observa-se que o processo de comunicação e decisão sobre a alta hospitalar é percebido como uma prática que combina momentos de interação multiprofissional com a manutenção de uma estrutura de responsabilidade centralizada na equipe médica.

“A decisão deve ser em conjunto [...] é essencial que toda a equipe esteja alinhada em conjunto.” (P2- Enfermagem)

“A comunicação da alta é feita exclusivamente pela equipe médica [...] mas ele só fará isso depois de discutir com a equipe.” (P9-Enfermagem nível médio)

Além disso, observa-se que os critérios utilizados para a definição da alta são exclusivamente médicos, cabendo a esses profissionais determinar o momento em que o paciente está apto para deixar a unidade.

“Os critérios são exclusivamente médicos; é o médico quem dá a alta.” (P3- Enfermagem)

“O médico determina se ele está em condições de alta”. (P1-Enfermagem)

“Quem determina a alta do paciente é a equipe médica.” (P9-Enfermagem nível médio)

“Múltiplos critérios são levados em consideração, tais como se o fator que motivou a internação foi corrigido ou atenuado, estabilidade clínica do paciente, se os riscos relativos à manutenção da internação superam os benefícios, se existe suporte social e

familiar para manutenção do tratamento em domicílio quando necessário, percepção de equipe multiprofissional relacionado à alta, dentre outros.” (P6- Medicina)

5.1.4 Educação do Familiar/Cuidador no Contexto da Alta Hospitalar

De acordo com os profissionais entrevistados, um dos mecanismos destacados no planejamento da alta é a realização de ações educativas e de treinamento voltadas a familiares e cuidadores, associadas à oferta de orientações antecipadas e específicas de cada área profissional. Observou-se que tais ações têm início ainda durante a internação, com o objetivo de preparar os envolvidos para o cuidado domiciliar e garantir a continuidade da assistência após a desospitalização. A atuação multiprofissional foi apontada como fundamental nesse processo, possibilitando que diferentes aspectos do cuidado sejam abordados por meio de orientações individualizadas e complementares.

“Logo que o paciente é internado, iniciamos o treinamento do familiar. [...] Temos uma roda de conversa com os acompanhantes, realizada uma vez na semana. [...] Desde a internação do paciente, já começamos a preparar a mente do familiar, mostrando que, em algum momento, ele terá que levar o paciente para casa.” (P1- Enfermagem)

“Realizamos rodas de conversa mensais para trabalhar o papel do cuidador e a preparação para a alta. Durante essas conversas, preparamos os familiares [...]. Os familiares também são treinados aqui no hospital, e a equipe fornece orientações para garantir uma desospitalização segura”. (P8- Psicologia)

“Se o acompanhante não solicitar a minha ajuda, eu permito que ele faça, pois essa será a realidade dele, e ele não terá um técnico disponível para ajudá-lo em casa.” (P9- Enfermagem nível médio)

De acordo com os relatos, a equipe busca garantir tempo adequado para a preparação dos pacientes e familiares antes da alta hospitalar. A comunicação prévia da previsão de alta quando ocorre com antecedência, permite que cada profissional realize as orientações de forma individualizada e conforme sua área de atuação. Observa-se a participação de diferentes categorias profissionais no processo, com repasse de informações específicas relacionadas ao cuidado pós-alta.

“Geralmente, a equipe multidisciplinar é avisada com 48 horas de antecedência sobre a alta do paciente, o que permite que comecemos a preparar as orientações necessárias.” (P7- Nutrição)

“Quando existe programação de alta geralmente noticio ao paciente de forma antecipada e solicito (ao paciente ou ao serviço social) que ao menos um familiar esteja presente no dia da alta [...]. Esclareço dúvidas e certifico se o paciente compreendeu cada uma das etapas.” (P6- Medicina)

“Cada equipe, cada profissão, de acordo com sua área de atuação, tem geralmente dois dias para realizar as orientações pertinentes.” (P4- Fisioterapia)

“A fonoaudióloga orienta sobre deglutição, a nutrição sobre dieta enteral [...].” (P3- Enfermagem)

“Cada profissional discute a conduta com os demais profissionais e realiza as devidas orientações individualmente. (P11- Enfermagem)

5.2 Desafios e Limitações no Processo de Alta Hospitalar

A análise das entrevistas revelou que, embora o processo de desospitalização venha se consolidando como uma prática essencial para a continuidade do cuidado, sua efetivação ainda é permeada por desafios estruturais e organizacionais. Os profissionais destacaram barreiras que comprometem diretamente a eficiência e a segurança da transição do paciente do hospital para o domicílio.

Entre os principais obstáculos identificados estão as falhas na comunicação intra-hospitalar, o despreparo e a sobrecarga dos familiares, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e as fragilidades na rede externa de apoio. Esses elementos, interligados, configuram um ciclo que impacta negativamente a integralidade e a qualidade da assistência, evidenciando lacunas entre o planejamento da alta e a continuidade do cuidado no território.

5.2.1 Processos de Comunicação e Organização Interna da Alta Hospitalar

Dentre as dificuldades e barreiras identificadas no processo de desospitalização, a comunicação deficiente foi destacada como um dos principais entraves no contexto intra-hospitalar. Os relatos indicaram que essa limitação ocorre principalmente na interação entre a equipe médica e a equipe multiprofissional, afetando o fluxo de informações

necessárias à continuidade do cuidado. Os profissionais informaram que, em vários casos, não recebem informações sobre a programação de alta de maneira antecipada e estruturada, o que compromete o planejamento das intervenções e a realização das orientações ao paciente e aos familiares dentro do tempo previsto.

Foi relatado que, em algumas situações, a comunicação sobre a alta ocorre tardiamente, sendo transmitida inicialmente pelos familiares, sem aviso formal à equipe multiprofissional. Segundo os relatos, essa falha no fluxo de informações impede que todas as orientações sejam realizadas de forma padronizada e que o planejamento da desospitalização seja executado de maneira uniforme para todos os pacientes.

“Existem algumas lacunas, especialmente na interação entre a equipe médica e a equipe multiprofissional.” (P1- Enfermagem)

“A maior dificuldade é a comunicação [...] os médicos não conseguem transmitir adequadamente.” (P2- Enfermagem)

“O grande problema [...] ainda é a comunicação, não entre a equipe multidisciplinar, mas entre os médicos. (P10- Fonoaudiologia)

“Às vezes chegamos aqui e o paciente já recebeu alta, e não ficamos sabendo com antecedência. Isso acontece porque nem sempre temos informação sobre todas as altas. [...] Não dá para garantir que todos os pacientes receberão orientações da mesma maneira”. (P4- Fisioterapia)

“Às vezes, somos comunicados pelo próprio acompanhante que o paciente vai embora, e essa sinalização nem sempre acontece. Esse ruído existe, não dá para negar.” (P7- Nutrição)

“Às vezes a alta é comunicada com pouca antecedência, o que dificulta a preparação das orientações necessárias [...]. Nessas situações, é difícil preparar as orientações a tempo, e os familiares ou pacientes podem não receber as informações adequadas [...]. Às vezes, infelizmente, isso acontece de forma rápida, e não temos tempo para programar adequadamente com a família, orientar bem, enfim. Mas temos essas ferramentas que utilizamos junto com a equipe médica, e, às vezes, eles já dão a alta, o que, infelizmente, acaba deixando o trabalho no meio do caminho.” (P8- Psicologia)

Apesar de existirem esforços sistematizados, persistem dificuldades que impactam a organização e a execução das etapas da alta. Entre os obstáculos apontados, destaca-se a ausência de um espaço específico para a discussão da alta, o que dificulta a comunicação estruturada entre os profissionais.

“Seria importante ter uma estrutura voltada para a desospitalização e um espaço de comunicação dedicado.” (P8- Psicologia)

Apesar da existência de protocolos específicos e do uso de ferramentas que auxiliam o processo de desospitalização, como mencionados na categoria 5.1, os profissionais destacaram a necessidade de protocolos padronizados e multiprofissionais, capazes de otimizar o fluxo de altas e integrar, de forma efetiva, as diferentes áreas do cuidado. Nesse contexto, um dos profissionais participantes ressaltou a importância da construção de protocolos multiprofissionais que favoreçam a comunicação entre as equipes, estabeleçam etapas claras e definam responsabilidades no processo de alta.

“Acredito que o hospital carece de protocolos multiprofissionais para realização da alta hospitalar.” (P11- Enfermagem)

5.2.2 Preparação do Familiar/Cuidador para o Cuidado Pós-Alta

Nos relatos dos profissionais, identificou-se que alguns familiares e cuidadores apresentam insegurança ou resistência em assumir os cuidados do paciente após a alta hospitalar. Em determinados casos, os familiares demonstram dificuldade em adaptar-se às responsabilidades do cuidado domiciliar.

Foi relatado que a ausência de apoio familiar ou a falta de preparo pode impactar o planejamento e a execução das ações da equipe multiprofissional. Os profissionais também mencionaram que os familiares podem manifestar preocupação quanto à segurança do paciente e à realização dos cuidados necessários no domicílio.

“Muitos pacientes, inclusive, nem têm família para cuidar deles. Surgem dúvidas como “Como vou aspirar?”, “Tenho medo”, e é comum que alguns familiares digam que não querem levar o paciente para casa, pois sabem dos riscos de ele ainda ficar internado. A maioria sente uma certa insegurança.” (P1- Enfermagem)

“Se não houver um apoio familiar colaborativo, todo o esforço que fazemos pode ser em vão.” (P9- Enfermagem nível médio)

“O afastamento familiar é um grande problema. Encontramos muitos pacientes com distúrbios do sono e tristeza pelo afastamento ou pela falta de um acompanhante. O hospital, eventualmente, deixa de oferecer tantos benefícios, apresentando riscos como infecções. Isso afeta não só o estado emocional, mas também a condição de saúde do paciente, agravando a situação quando ele não sai no tempo adequado.” (P8- Psicologia)

5.2.3 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

Os profissionais apontaram a rede externa como o principal mecanismo de articulação para a continuidade do processo de desospitalização. Relataram que o acesso a informações sobre a assistência no domicílio, assegurada pelo acompanhamento da rede externa, é considerado essencial para a manutenção do cuidado após a alta hospitalar. Entretanto, identificaram como principal fragilidade a ausência de retorno sobre a situação do paciente. Na prática, ao encaminhar solicitações ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o feedback recebido limita-se, em grande parte, à informação sobre a aceitação ou não do paciente para acompanhamento, sendo que, em alguns casos, nem essa resposta é fornecida.

Além do SAD, os profissionais relataram que as unidades de saúde de referência também não realizam retorno ao hospital sobre o acompanhamento do paciente, deixando a equipe hospitalar sem informações sobre a continuidade do cuidado. Essa ausência de feedback compromete o acompanhamento pós-alta e limita a avaliação da efetividade das intervenções realizadas durante a internação.

“Não temos como saber ou afirmar se o tratamento está funcionando de fato, porque não recebemos esse retorno.” (P4- Fisioterapia)

“Não sabemos se o SAD aceitou ou não, pois já está fora da nossa alçada [...]. Depois que o paciente vai para casa, não sabemos como se deu a sequência, pois não temos mais esse contato, já que não realizamos visitas domiciliares após a desospitalização.” (P3- Enfermagem)

“Um feedback do pós-alta, seja do SAD ou da UBS, seria muito útil para nós aqui. Sendo bem sincera, hoje não temos esse retorno no âmbito da saúde.” (P5- Serviço Social)

“Então, muitas vezes não recebemos feedback adequado.” (P1-Enfermagem)

“Falta no SAD o retorno sobre o paciente, pois não temos informações sobre o que aconteceu com ele após a alta.” (P2-Enfermagem)

Além disso, de acordo com os relatos dos profissionais, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar nem sempre é garantida, devido a fragilidades estruturais da rede de atenção à saúde. Foi apontada a falta de serviços adequados de atendimento domiciliar em algumas cidades de origem dos pacientes, o que dificulta a manutenção do acompanhamento em domicílio.

Os profissionais também relataram que limitações financeiras dos pacientes e dificuldades de deslocamento contribuem para a interrupção do cuidado, deixando-os dependentes do suporte familiar ou sem acompanhamento adequado. Além disso, destacaram problemas relacionados à marcação de exames e à contrarreferência, que comprometem a continuidade das consultas ambulatoriais e a integração entre os diferentes níveis de atenção. A ausência de apoio externo e de uma rede estruturada de serviços foi apontada como um fator que restringe a efetividade das altas hospitalares e a transição segura do cuidado para o domicílio.

“Nem todas as cidades de origem dos pacientes contam com um adequado Serviço de Atendimento Domiciliar.” (P6- Medicina)

“Fica um buraco imenso aí, o paciente que precisa de tratamento, mas não tem para onde ir, não consegue se deslocar até uma rede particular ou para a Clínica Escola e não tem condições de pagar alguém que faça a fisioterapia no domicílio. Assim, ele fica largado, dependendo da família para dar suporte. Portanto, há um buraco gigante, tanto de locais que não conseguem suprir quanto de pacientes que não têm recursos, e eles vão ficando à mercê da sorte.” (P4- Fisioterapia)

“No caso dos encaminhamentos, às vezes eles ficam com receio porque demora muito para fazer exames. Preferem estar no hospital por isso, porque aqui será mais rápido para organizar algum exame. A marcação pelo SISREG demora muito, talvez eles tenham esses receios em relação à continuidade das consultas no ambulatório. E a própria atenção primária precisa estar mais fortalecida para amparar. Sei que eles também enfrentam dificuldades lá, mas a

contrarreferência é importante. Tivemos um caso em que o fortalecimento dessa rede facilitaria ainda mais esse processo no hospital.” (P8- Psicologia)

“A rede de cuidados para a desospitalização é um apoio para o serviço e para o paciente, sendo muito necessária dada a sobrecarga de trabalho encontrada no setor e a possibilidade do usuário receber uma alta e se sentir desassistido no processo.” (P11- Enfermagem)

“O grande problema que observamos é que, quando não se tem o SAD ou quando não há para onde encaminhar, isso gera muito mais angústia. É fundamental que essa linha de cuidado seja mais próxima do hospital, pois, quando está muito distante, nós perdemos o paciente [...]. Às vezes, o paciente chega em um estágio bom, mas fica nessa lacuna durante um tempo e acaba regredindo. Se ele tivesse um acompanhamento mais próximo, teria uma chance melhor de recuperação. Quando não acontece esse acompanhamento, ele se torna mais debilitado e acaba retornando ao hospital.” (P10- Fonoaudiologia)

“O que falta muito é ter esse apoio lá fora, porque, se o SAD tivesse mais opções, acredito que essas altas seriam mais eficientes, e conseguiríamos enviar mais pacientes para casa mais rapidamente, já que eles teriam um amparo melhor.” (P9- Enfermagem nível médio)

Frente a essa realidade, as falas dos profissionais evidenciam a necessidade de um retorno sistemático sobre a evolução dos pacientes após a alta hospitalar. Observa-se que a ausência de feedback por parte da rede de atenção dificulta a avaliação da efetividade das ações realizadas durante a internação e compromete a continuidade do cuidado. Os participantes destacam que o acompanhamento pós-alta permitiria aprimorar processos, fortalecer a comunicação entre os níveis assistenciais e garantir suporte adequado aos pacientes e familiares. Além disso, apontam que receber informações sobre a evolução clínica dos pacientes, como melhora, agravamento ou óbito, seria não apenas relevante para a qualificação do cuidado, mas também uma forma de reconhecimento e motivação para as equipes envolvidas.

“Acredito que ter esse feedback seria fundamental para que possamos estar cientes da situação dos pacientes e da eficácia das ações que estamos implementando. Isso ajudaria a melhorar nossos processos e a garantir que estamos oferecendo o suporte necessário aos familiares e pacientes.” (P1- Enfermagem)

“Retorno e acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar, seria importante ter um feedback.” (P4- Fisioterapia)

“Um feedback da rede seria importante, [...], ficamos sem saber se aquele paciente que cuidamos, tratamos e orientamos está realmente sendo cuidado, se está sendo medicado, se o SAD está indo fazer o curativo. Acho que seria super importante termos esse feedback e seria até gratificante para a gente”. (P3- Enfermagem)

“Precisamos de informações sobre o retorno dos pacientes: saber se o paciente faleceu, se melhorou ou se está se recuperando, por exemplo. No entanto, muitas vezes, não temos acesso a essas informações, o que dificulta o acompanhamento e a continuidade do cuidado”. (P2- Enfermagem)

5.3 Efetividade do Processo, Impactos e Percepções sobre a Alta Hospitalar

A análise das entrevistas evidenciou que o processo de desospitalização gera múltiplos impactos tanto para os pacientes quanto para seus familiares e cuidadores, revelando dimensões que vão além do aspecto clínico e organizacional. Os relatos mostram que a alta hospitalar representa um momento de transição marcado por sentimentos ambíguos de alívio e esperança, mas também de medo e incerteza. A forma como esse processo é conduzido influencia diretamente a qualidade de vida, a segurança e o bem-estar das pessoas envolvidas.

Do ponto de vista dos profissionais, a desospitalização pode trazer benefícios significativos, como maior autonomia, conforto e fortalecimento do vínculo familiar, quando há um planejamento estruturado e apoio adequado da rede de atenção. No entanto, quando o processo ocorre de maneira fragmentada, sem preparo adequado dos cuidadores e sem retaguarda da rede externa, emergem sentimentos de insegurança e sobrecarga, comprometendo a continuidade do cuidado.

Assim, compreender os impactos e as percepções acerca da alta permite avaliar não apenas os resultados assistenciais, mas também as implicações humanas e sociais desse processo, destacando a importância da integralidade e da corresponsabilidade entre equipe, paciente e família.

5.3.1 Efetividade do Processo de Alta

As falas dos profissionais indicam percepção positiva em relação à eficácia do processo de alta hospitalar, evidenciando avanços na organização e na continuidade do

cuidado. Observa-se que os pacientes têm apresentado menor índice de reinternações e melhores resultados clínicos, o que é atribuído à melhoria na comunicação e no planejamento do momento da alta. De acordo com os relatos, a preparação antecipada e o envolvimento multiprofissional contribuem para que o paciente e sua família se sintam mais seguros e orientados, favorecendo a adaptação no domicílio e reduzindo complicações após a desospitalização.

“Quando o paciente recebe alta, ele raramente retorna para internação, ou seja, geralmente ele permanece em casa.” (P1- Enfermagem)

“O que temos observado é que as altas estão se tornando mais eficazes, pois os pacientes não estão retornando devido a complicações.” (P2- Enfermagem)

“A eficiência tem melhorado bastante [...]. Temos tido muitos retornos positivos.” (P8- Psicologia)

“É extremo, assim, porque, quando a gente tem uma organização dessa alta, uma programação desde que o paciente entra no hospital, percebemos que, no momento da efetivação da alta [...] quando o processo está mais organizado, e todos os profissionais conseguem atender essa família e entender as necessidades na alta, a família se sente mais segura, e o paciente também.” (P5- Serviço Social)

Os relatos evidenciam que a participação da família exerce influência direta na eficiência do processo de desospitalização. Segundo os profissionais, o apoio familiar contribui para a continuidade do cuidado, para a reabilitação do paciente e para a redução de reinternações. A presença de um cuidador ou de familiares envolvidos é associada à melhor adaptação do paciente ao ambiente domiciliar e ao cumprimento das orientações fornecidas pela equipe multiprofissional. Assim, os resultados indicam que o suporte familiar constitui um fator relevante para a efetividade da alta hospitalar, enquanto sua ausência pode representar uma limitação ao êxito desse processo, corroborando com o que foi relatado na subcategoria 5.2.2.

“A presença da família ajuda muito. Se ele tem condição clínica de ir para casa, acredito que esse é o melhor lugar para ele, especialmente quando a família é muito participativa e deseja essa opção.” (P9- Enfermagem nível médio)

“Quando você tem um cuidador e um familiar, eles têm mais ferramentas para proporcionar uma melhor reabilitação para quem ficou aqui por muito tempo. Isso é extremamente importante.” (P7- Nutrição)

5.3.2 Impactos da Alta para o Paciente

Os relatos apontaram impactos positivos decorrentes da desospitalização, destacando-se a melhora da qualidade de vida dos pacientes e a redução do risco de reinternações. Observou-se que os profissionais valorizam o processo como uma estratégia de cuidado benéfica, desde que estruturada a partir de um plano de alta organizado e eficiente. Segundo os entrevistados, o processo tem apresentado avanços que resultam em menor índice de reinternações, maior segurança no manejo dos cuidados domiciliares e fortalecimento do vínculo familiar, considerando o domicílio como o espaço mais adequado para a continuidade do cuidado.

“Resulta em uma melhor qualidade de vida para os pacientes e menor chance de reinternações [...]. Quando o processo de desospitalização é bem coordenado, tanto o paciente como a família se sentem mais seguros, confiantes e aptos para prosseguir com os cuidados necessários.” (P11- Enfermagem)

“Se a alta é feita da forma adequada, com prazo e orientação, eu acho que é a melhor saída, porque ninguém gosta de ficar internado.” (P7-Nutrição)

“Melhora a condição de vida do paciente.” (P9- Enfermagem nível médio)

“Os pacientes que têm alta dificilmente retornam por conta de dívidas.” (P3- Enfermagem)

“Muitíssimo positiva e necessária [...]. Quanto menor o tempo de internação hospitalar necessário, melhor. Isso poupa riscos como exposição a infecções hospitalares e poupa estresse psicológico ao paciente e à equipe”. (P6- Medicina)

“Sempre positivo, todos os pacientes daqui, por mais que sejam bem atendidos, apresentam uma evolução. O objetivo deles é sempre voltar para casa.” (P10- Fonoaudiologia)

“A desospitalização precoce, mas de maneira eficaz, traz muitos benefícios. [...] Isso ajuda a evitar a superlotação dos hospitais.” (P1- Enfermagem)

“Sim, esse é um dos benefícios, pois o paciente não apenas evita o retorno ao hospital, mas também está próximo dos entes queridos. Embora ofereçamos um ambiente mais acolhedor no hospital [...], estar em casa é sempre mais prazeroso” (P2- Enfermagem)

5.3.3 Impactos da Alta para os Familiares/Cuidadores

Alguns profissionais destacaram que a efetividade e a segurança do processo de desospitalização dependem da presença de familiares disponíveis, engajados e capacitados para assumir os cuidados no domicílio. Observou-se que, para muitos pacientes e cuidadores, a alta hospitalar é percebida como uma oportunidade de estreitar vínculos, proporcionar maior conforto ao paciente e favorecer a convivência em um ambiente familiar. Entretanto, os relatos indicaram que também emergem sentimentos de medo, angústia e insegurança, principalmente diante das demandas de cuidados especializados, podendo gerar sobrecarga emocional, física e financeira, além de implicar mudanças significativas na rotina familiar.

Dessa forma, a alta hospitalar se apresenta como um fenômeno ambivalente: ao mesmo tempo em que pode promover qualidade de vida e proximidade familiar, também transfere responsabilidades complexas aos cuidadores, muitas vezes sem suporte contínuo e estruturado por parte da equipe de saúde.

“O paciente e seus familiares ficam mais felizes.” (P2- Enfermagem)

“Observamos que os familiares melhoram o humor ao retornarem para casa, alguns enxergam a situação como um fardo, enquanto outros veem como uma oportunidade de passar mais tempo com a pessoa.” (P9- Tec. de Enfermagem)

“A maioria sente uma certa insegurança, trabalhamos isso aos poucos. [...] A alta hospitalar de um paciente dependente interfere em toda a dinâmica familiar.” (P1- Enfermagem)

“Gera uma angústia na família sobre como esse paciente vai para casa.” (P10- Fonoaudiologia)

“Muitos apresentam receios e medos inicialmente.” (P8- Psicologia)

“Dependendo da condição do paciente, é mais benéfico estar em casa. No entanto, é necessário ter uma família participativa, que assuma os cuidados, tenha responsabilidade e esteja disposta a

aprender a lidar com os dispositivos. Com certeza, é muito mais benéfico e confortável para o paciente estar em casa”. (P3-Enfermagem)

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender as percepções da equipe multiprofissional acerca do processo de desospitalização de pacientes adultos em um serviço de atendimento terciário, analisando as práticas, desafios e estratégias envolvidas na transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domiciliar. A partir da análise qualitativa das falas dos participantes, emergiram categorias temáticas que refletem diferentes dimensões desse processo, incluindo a organização e o planejamento da alta, os desafios e barreiras enfrentados pelas equipes e as percepções sobre a eficiência e os impactos da desospitalização. A discussão a seguir estabelece um diálogo entre os achados empíricos e os referenciais teóricos presentes na literatura, buscando interpretar de que forma as experiências relatadas pelos profissionais corroboram, ampliam ou contrastam com estudos já existentes sobre o tema.

Os relatos dos profissionais sobre “*Planejamento e Ferramentas no Processo de Alta Hospitalar*” demonstraram que a desospitalização vem sendo progressivamente estruturada no contexto institucional, por meio de ferramentas e estratégias voltadas à organização do cuidado. A utilização do Plano Terapêutico Singular (PTS), do Kanban, das Visitas de Referência e dos Protocolos Operacionais Padrão (POPs) evidencia avanços na padronização de fluxos assistenciais. Esses instrumentos permitem que a equipe multiprofissional planeje a alta hospitalar de forma mais previsível, colaborativa e centrada no paciente.

Esses achados corroboram estudos que destacam o papel dos instrumentos e fluxos estruturados de gestão clínica como dispositivos essenciais para garantir o planejamento, previsibilidade e segurança na transição do cuidado (Oliveira C., Silva E. e Souza M., 2021). A literatura aponta que, quando bem aplicadas, tais ferramentas reduzem reinternações e otimizam a comunicação entre profissionais e serviços (Brasil, 2016; Brasil, 2017). No entanto, observa-se que, apesar dos avanços, a padronização ainda não é plenamente consolidada, o que limita a efetividade das ações interdisciplinares.

Outro aspecto relevante identificado foi o início precoce do planejamento da alta, já na admissão do paciente. Essa prática, apontada pelos participantes como fundamental para preparar familiares e cuidadores, está em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2013c), que orienta o início do planejamento da alta logo no momento da

internação. Essa antecipação favorece o engajamento da família e a transição segura do cuidado.

Além disso, ao relatarem sobre “*Atuação e Integração da Equipe Multiprofissional no Processo de Alta*” os profissionais do estudo evidenciaram que a desospitalização é reconhecida como um processo multiprofissional, envolvendo diversas áreas como enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e serviço social. Essa diversidade reflete a natureza interdisciplinar do cuidado e reforça o princípio da integralidade, conforme preconizado pelo SUS (Brasil, 2013c).

Os resultados confirmaram a essencialidade da equipe multiprofissional no processo de desospitalização, com cada categoria profissional contribuindo conforme suas atribuições específicas, seja na educação em saúde, na avaliação socioeconômica ou na definição da estabilidade clínica. Entretanto, o estudo revelou uma notável divergência nas percepções sobre a articulação do trabalho: enquanto uma parte dos participantes afirma que os papéis estão bem definidos, outra relata sobreposição de tarefas.

Alvarenga *et al.* (2013) definem multiprofissionalidade como um conjunto de várias disciplinas nas quais cada profissional exerce apenas seu saber especializado, resultando em um cuidado fragmentado. Já Ceccim (2018) define interprofissionalidade como a integração entre dois ou mais profissionais para atuar de forma articulada, reconhecendo a importância de cada área e promovendo a melhoria da assistência à saúde. Essa disparidade de percepções indica uma falha no nível de coordenação, sugerindo que a instituição pratica a multiprofissionalidade, mas ainda enfrenta desafios para alcançar a interprofissionalidade, que requer sinergia, comunicação eficaz e um plano de cuidado compartilhado.

A percepção de sobreposição de tarefas pode ser interpretada como um reflexo de um processo de trabalho desestruturado e da ausência de um protocolo multiprofissional formalizado. Quando os fluxos e responsabilidades não estão claros, diferentes profissionais podem, inadvertidamente, realizar as mesmas orientações ou avaliações, resultando em ineficiência e desperdício de tempo e recursos.

Por outro lado, os profissionais reconhecem a importância da atuação conjunta e da definição clara de papéis, especialmente no momento de orientar pacientes e cuidadores. A literatura reforça que a efetividade da desospitalização depende da articulação entre saberes e da corresponsabilidade entre os profissionais, sendo a comunicação o eixo que sustenta o

trabalho interprofissional (Peduzzi *et al.*, 2020). Em síntese, a solução para o problema não reside em uma redefinição radical dos papéis, mas na implementação de um sistema de gestão que utilize protocolos claros para garantir a colaboração, o alinhamento das expectativas e o uso eficiente das competências de cada profissional.

No entanto, os relatos ilustrados em “*Comunicação Interprofissional e Critérios de Alta Hospitalar*” mostraram que, mesmo com a presença e o envolvimento de diferentes categorias profissionais, a coordenação e a comunicação da alta ainda permanecem centralizadas na equipe médica, reproduzindo uma lógica hierarquizada e hospitalocêntrica. Muitos profissionais relataram não serem informados com antecedência sobre a previsão de alta, dificultando a realização das orientações educativas e o preparo adequado da família. Esse cenário contraria o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2020), na sua obra “*Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*”, no qual reforça que a preparação antecipada para a desospitalização deve ocorrer em tempo oportuno e com segurança, garantindo a articulação com a rede e evitando altas precipitadas (Brasil, 2020).

Autores como Barbosa *et al.* (2023) e Martins, *et al.* (2005), reforçam que tempo hábil para a preparação do paciente e familiares é imprescindível para o processo de desospitalização. Essa centralidade da alta reflete um desafio estrutural: enquanto os protocolos ampliam a padronização, a prática cotidiana ainda reproduz hierarquias tradicionais, reforçando o modelo medicocêntrico.

Os participantes do estudo destacam que, frequentemente, a alta hospitalar é percebida como um procedimento centrado no médico, enquanto a participação de outras categorias limita-se à execução da decisão clínica, sem planejamento prévio articulado. Esse achado corrobora o estudo brasileiro sobre o processo de alta e centralidade médica, que evidencia revisões e pesquisas nacionais mostrando que, na prática, o planejamento da alta muitas vezes se apresenta centralizado no médico, mesmo quando existe intenção de trabalho multiprofissional (Silva R., Ribeiro e Azevedo, 2018).

Apesar dos esforços para integrar a equipe por meio de reuniões multiprofissionais e visitas de referência, a decisão final sobre a alta permanece predominantemente centralizada na equipe médica, com critérios essencialmente clínicos. Tal prática, embora respaldada pela autonomia profissional (Lei 12.842/2013), reduz o potencial de uma alta compartilhada e

participativa, que contemple aspectos psicossociais e familiares. Essa configuração constitui um obstáculo estrutural à efetivação do trabalho em equipe e à continuidade segura do cuidado, conforme apontam também estudos que ressaltam a importância da comunicação efetiva entre os profissionais para evitar reinternações e assegurar a segurança do paciente na transição do cuidado (Bernardino *et al.*, 2022; Wanderbroocke *et al.*, 2018; Peduzzi *et al.*, 2020).

Além da centralização da comunicação, os resultados evidenciaram que os critérios para definição da alta também variam conforme a avaliação médica, permanecendo pouco integrados às percepções e contribuições das demais categorias profissionais. Esses achados corroboram o estudo de Silva L. *et al.* (2023), que destaca que essa centralização do julgamento clínico reflete um modelo de cuidado ainda pouco interdisciplinar, no qual aspectos sociais, funcionais e emocionais do paciente nem sempre são considerados de forma sistemática no processo decisório. Observa-se que, na prática, a previsão de alta ocorre predominantemente durante as visitas médicas e é posteriormente comunicada às outras equipes, o que pode limitar o planejamento compartilhado e comprometer a continuidade do cuidado após o retorno ao domicílio.

Nesse contexto, a preparação do familiar/cuidador foi identificada como uma das etapas centrais do processo de desospitalização, segundo os relatos dos profissionais. Pode-se observar que os participantes destacaram a “*Educação do Familiar/Cuidador no Contexto da Alta Hospitalar*” e evidenciam que a equipe multiprofissional realiza orientações antecipadas e ações educativas, como rodas de conversa e treinamentos, com o objetivo de promover autonomia e segurança para o cuidado domiciliar. De acordo com Barbosa *et al.* (2023), o comprometimento de uma equipe multidisciplinar é essencial para assegurar o cuidado integral e a continuidade da assistência, sendo o envolvimento dos familiares um elemento que favorece a adesão e a segurança do paciente. Essa prática demonstra o compromisso dos profissionais com a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e reflete a preocupação em garantir que os familiares se sintam preparados para assumir o papel de cuidadores no domicílio.

Tais ações dialogam com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Humanização, que reconhecem a comunicação educativa como instrumento de empoderamento, responsabilização e fortalecimento do vínculo entre profissionais, pacientes e familiares (Brasil, 2013c). Além disso, o envolvimento familiar

durante a internação favorece a segurança do paciente, o fortalecimento de laços afetivos e a continuidade do tratamento, aspectos também apontados por Borges *et al.* (2023), que destacam a importância de estratégias educativas baseadas em simulação, diálogo e treinamento prático.

A literatura evidencia que a capacitação adequada dos cuidadores é fator determinante para a segurança e a qualidade do cuidado domiciliar, contribuindo para a prevenção de erros, redução de reinternações e fortalecimento do vínculo familiar (Borges *et al.*, 2023; Delatorre *et al.*, 2013). Nesse sentido, o planejamento educativo deve ser compreendido como parte essencial do processo de desospitalização, envolvendo toda a equipe multiprofissional e considerando as especificidades clínicas, sociais e emocionais de cada paciente e família. Assim, rounds multiprofissionais e reuniões de equipe consolidam-se como ferramentas eficazes para a construção de planos de cuidado integrados, garantindo a continuidade da assistência e a transição segura do paciente do ambiente hospitalar para o domiciliar (GHENO *et al.*, 2023).

Entretanto, os profissionais também relataram limitações que interferem na efetividade desse processo, como o tempo insuficiente para a preparação da família, a sobrecarga de trabalho da equipe e a ausência de protocolos educativos padronizados. Esses obstáculos foram descritos na categoria “*Desafios e Limitações no Processo de Alta Hospitalar*”. Tais fragilidades dificultam a realização de ações sistemáticas e comprometem a qualidade das orientações fornecidas no período pré-alta. Estudos nacionais corroboram essa realidade, ressaltando que a orientação ao cuidador deve ser planejada desde o momento da admissão, de forma integrada ao Plano Terapêutico Singular e articulada com a rede de atenção à saúde, a fim de garantir um processo contínuo de aprendizagem e adaptação (Oliveira C., Silva E. e Souza M., 2021; Silva R., Ribeiro e Azevedo, 2018)

Os profissionais relataram dificuldades nos “*Processos de Comunicação e Organização Interna da Alta Hospitalar*”, como por exemplo na troca de informações, particularmente entre a equipe médica e os demais integrantes da equipe multiprofissional, o que compromete o fluxo de informações e a coordenação das ações. A comunicação tardia ou informal sobre a alta, frequentemente repassada por familiares ou sem aviso prévio à equipe, foi mencionada como um fator que impede o planejamento adequado das orientações e intervenções antes da saída do paciente.

De acordo com a obra do Ministério da Saúde (2020), “Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional”. A integração multiprofissional é essencial para atender às complexas necessidades dos pacientes em processo de desospitalização, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e demais profissionais. Essa atuação conjunta permite uma avaliação ampla das condições clínicas, socioeconômicas e familiares, possibilitando que a alta ocorra apenas quando há condições seguras para a transição entre os níveis de atenção (PRIM *et al*, 2023; Silva L. *et al*, 2023).

No entanto, os resultados deste estudo evidenciaram fragilidades nesse processo, especialmente relacionadas à comunicação interna e à ausência de espaços estruturados destinados à discussão das altas hospitalares. A ausência de protocolos sistematizados e de canais de comunicação efetivos configura um fator de risco para descontinuidade do cuidado, atrasos na assistência e maior probabilidade de eventos adversos (Patra e Jesus, 2017; Brasil, 2017). No contexto brasileiro, esse cenário é agravado pela centralização da decisão de alta na figura médica, o que limita a autonomia das demais categorias e reduz o tempo disponível para planejamento e orientação familiar, comprometendo a segurança da transição do paciente do hospital para o domicílio (Delatorre *et al.*, 2013; Machado, D. e Machado, A., 2019).

Os relatos dos profissionais sobre “*Preparação do Familiar/Cuidador para o Cuidado Pós-Alta*” evidenciam que a insegurança e a resistência de alguns familiares e cuidadores em assumir os cuidados após a alta constituem importantes desafios para o processo de desospitalização. Essa dificuldade de adaptação às novas responsabilidades, associada à falta de preparo e de apoio familiar, interfere diretamente no planejamento e na execução das ações da equipe multiprofissional, comprometendo a continuidade e a segurança do cuidado no domicílio. Além disso, os profissionais destacaram que muitos pacientes enfrentam condições socioeconômicas e geográficas desfavoráveis, dificultando o acesso aos serviços de acompanhamento e ampliando o risco de reinternações. (Burgdof *et al.*, 2021)

Essa realidade evidencia a influência dos determinantes sociais da saúde no sucesso da desospitalização, reforçando a necessidade de políticas públicas e estratégias intersetoriais que promovam a equidade, o fortalecimento das redes de apoio e o cuidado comunitário como parte essencial da transição entre o ambiente hospitalar e o domiciliar (Ventura *et al.*, 2024).

O processo de desospitalização implica a transferência do cuidado do hospital para o domicílio. Estudos apontam que a falta de preparo e de apoio familiar são preditores de eventos adversos e reinternações (Sato *et al.*, 2022). Idealmente, a capacitação deve ocorrer desde a admissão, contemplando a educação em saúde e o treinamento prático em diferentes dimensões do cuidado, conforme defendido por Delatorre *et al.*, (2013) e Bussi (2017).

Nesse sentido, a preocupação da equipe expressa em “*Articulação com a Rede de Atenção à Saúde*”, quanto à segurança e à continuidade do cuidado domiciliar, é legítima, pois a desospitalização irresponsável pode resultar na transferência da responsabilidade para famílias que não possuem as condições socioeconômicas, emocionais ou estruturais para assumi-las (Machado, D. e Machado, A. 2019). A falta de apoio familiar, muitas vezes relacionada à ausência de uma rede social de suporte e à sobrecarga do cuidador principal, torna o processo insustentável no longo prazo.

Os resultados apontaram que a ausência de feedback das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) após a alta hospitalar é percebida pelos profissionais como um dos principais entraves à continuidade do cuidado. Verificou-se que a falta de contrarreferência formal impede que a equipe hospitalar acompanhe a evolução dos pacientes e avalie a efetividade das ações implementadas durante a internação. Essa lacuna, também evidenciada no estudo de Oliveira C., Silva E. e Souza M., (2021), compromete o retorno de informações sobre o seguimento domiciliar e dificulta a articulação entre os níveis de atenção, fragilizando o processo de desospitalização, que depende essencialmente da comunicação e da integração entre os serviços.

A desospitalização de pacientes e a transição do cuidado para o domicílio dependem fortemente da articulação das redes de atenção à saúde. Segundo Tricarico, Schreider e Chaves (2023), a falta de integração entre os serviços hospitalares e comunitários pode comprometer a continuidade do cuidado, evidenciando a importância de políticas e estratégias intersetoriais que promovam a integralidade e a segurança na atenção pós-alta.

O planejamento eficaz da alta hospitalar, conforme apontam os participantes, está diretamente relacionado à articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa integração é preconizada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que propõe fluxos funcionais entre os serviços de saúde para assegurar a continuidade do cuidado (Portaria nº 3.390/2013). No entanto, os achados desta pesquisa

revelam que a inexistência de serviços estruturados de Atenção Domiciliar (SAD) e a ausência de fluxos de encaminhamento bem definidos configuram-se como um dos principais desafios à integralidade da assistência, ampliando a vulnerabilidade dos pacientes e gerando sentimentos de impotência e angústia entre profissionais e familiares (Hadam e Jorge, 2018; Santos *et al.*, 2019).

Os profissionais também evidenciaram fragilidades na comunicação entre o hospital e a Atenção Primária à Saúde (APS), além da morosidade no acesso a serviços de retaguarda e da ausência de redes de apoio social consolidadas. Essas lacunas resultam em descontinuidade do cuidado, sobrecarga dos cuidadores e maior risco de reinternações evitáveis (Pozzoli e Cecílio, 2017; Mauro, Cucolo e Perroca, 2021; Tricarico, Schreider e Chaves, 2023). A ausência de contrarreferência e de feedback por parte dos serviços externos, especialmente da APS e do SAD, foi amplamente apontada pelos profissionais como um fator crítico que fragiliza o vínculo entre os níveis de atenção e dificulta a consolidação de um cuidado longitudinal.

De acordo com a Portaria nº 825/2016, o SAD deve atuar como elo entre o hospital e o território, assegurando monitoramento contínuo, suporte técnico e articulação das ações voltadas aos pacientes desospitalizados. No entanto, a ausência ou escassez de serviços de atenção domiciliar (SAD) ou de encaminhamentos adequados, como apontado por Santos *et al.* (2019), aumenta a vulnerabilidade do paciente e gera angústia para profissionais e familiares. A falha na transferência de informações detalhadas sobre o plano de alta para a unidade de referência do paciente fragiliza a integralidade e a continuidade do cuidado (Brasil, 2013c; Sousa C. e Sousa M., 2019; Viana e Lima, 2020; Ignacio, 2017).

A respeito da subcategoria “*Efetividade do Processo de Alta*”, a desospitalização foi reconhecida pelos participantes como um processo benéfico e necessário, capaz de reduzir o tempo de internação, promover a continuidade do cuidado e fortalecer o vínculo entre paciente, família e equipe multiprofissional. Esse achado corrobora a literatura, que identifica a desospitalização como uma estratégia essencial para a reabilitação no domicílio, para a humanização da assistência e para a autonomia dos sujeitos (Brasil, 2016; Brasil, 2017; Brasil, 2020). A efetividade do processo está diretamente relacionada ao planejamento estruturado da alta, à comunicação entre os profissionais e ao envolvimento ativo da família, fatores que contribuem para a segurança do paciente e a prevenção de reinternações.

Entretanto, a percepção de efetividade do processo no hospital (medida pela redução de reinternações) deve ser analisada criticamente: se o sucesso da alta depende de uma família *"participativa, que assuma os cuidados"*, o sistema corre o risco de transferir a responsabilidade e a sobrecarga para o indivíduo, mascarando as falhas de coordenação interna (comunicação tardia) e as lacunas da rede de atenção (como a ausência de contrarreferência). A integralidade do cuidado só será alcançada quando o planejamento de alta for capaz de mitigar a insegurança e a sobrecarga familiar, transformando o alívio da alta em segurança sustentável no domicílio.

Um estudo recente de Oliveira L., Dal Ben, e Cunha, 2025 corrobora com os depoimentos dos participantes desse estudo, descritos na subcategoria *"Impactos da Alta para o Paciente"*, ao evidenciar que o processo de desospitalização promove bem-estar e alívio para os indivíduos.

Entretanto, os participantes deste estudo também evidenciaram fatores que fragilizam o processo de desospitalização, especialmente relacionados à sobrecarga física, emocional e financeira vivenciada pelos familiares e cuidadores, bem como à insuficiência de apoio contínuo da rede de atenção à saúde. Na subcategoria *"Impactos da alta para os familiares/cuidadores"*, os profissionais relataram que sentimentos de medo e insegurança foram recorrentes entre os familiares diante da necessidade de realizar cuidados especializados, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social e de acesso limitado aos serviços de saúde (Arruda *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2019; Rangel, 2023).

Tais achados reforçam que a desospitalização deve ser compreendida como um processo complexo, que exige suporte intersetorial, planejamento compartilhado e acompanhamento pós-alta.

O sucesso da desospitalização depende, portanto, de planejamento multiprofissional, fluxos claros de contrarreferência e políticas institucionais que garantam acompanhamento pós-alta, assegurando integralidade, segurança e humanização do cuidado (Brasil, 2016; Oliveira C., Silva E. e Souza M., 2021; Brasil, 2017; Sousa C. e Sousa M., 2019).

6.1 Conexões entre categorias

As categorias apresentam interdependência clara. As falhas de comunicação (Categoria 2) repercutem diretamente na insegurança das famílias (Categoria 3). A

comunicação falha e tardia impede que a equipe multiprofissional (Enfermagem, Serviço Social, etc.) realize o treinamento adequado e antecipado do cuidador, aumentando o medo e a sobrecarga familiar diante das demandas de cuidados especializados (Borges *et al.*, 2023).

Da mesma forma, a fragilidade da rede externa compromete a eficiência e a segurança da alta (Categoria 3), mesmo quando o hospital adota protocolos organizacionais robustos (Categoria 1). A alta hospitalocêntrica e fragmentada cede espaço ao hospital que valoriza o conjunto da Rede de Serviços, cooperando eficazmente antes e depois da hospitalização (Cadernos HumanizaSUS, 2014). A ausência dessa articulação transfere, de forma inadequada, a complexidade do cuidado para o domicílio, resultando em sobrecarga do cuidador e risco de reinternação, o que anula a eficiência dos protocolos internos (Belga, Jorge e Silva K., 2022; Portaria nº 3.390/2013c).

Assim, o processo de alta deve ser compreendido não apenas como evento hospitalar, mas como fenômeno sistêmico, que exige articulação intersetorial para garantir continuidade e integralidade do cuidado. O foco deixa de ser a alta clínica (liberação do leito) e passa a ser a alta responsável, que envolve a transferência segura e planejada do cuidado para a rede de apoio do paciente (Brasil, 2020).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou compreender o processo de desospitalização sob a ótica de profissionais da equipe multiprofissional atuantes em um serviço de atenção terciária, revelando avanços, desafios e perspectivas relacionados à continuidade do cuidado. Constatou-se que o planejamento estruturado da alta hospitalar, o uso de ferramentas gerenciais e a atuação integrada entre os profissionais contribuem de forma significativa para a efetividade da transição do paciente do hospital para o domicílio.

Os resultados evidenciaram que, embora haja esforços institucionais para aprimorar o processo de desospitalização, ainda persistem fragilidades relacionadas à comunicação interprofissional, à ausência de protocolos multiprofissionais consolidados e à desarticulação entre o hospital e a rede externa de atenção à saúde. Tais limitações interferem na continuidade do cuidado e evidenciam a necessidade de fortalecimento das interfaces entre os diferentes níveis de atenção.

Verificou-se, também, que a participação ativa da família e do cuidador é determinante para o sucesso da desospitalização, uma vez que o apoio familiar favorece a adaptação ao domicílio, a adesão às orientações e a reabilitação do paciente. Nesse sentido, ações educativas e estratégias de capacitação devem ser incorporadas de forma sistemática ao planejamento da alta.

Conclui-se que a desospitalização é um processo complexo, que demanda integração multiprofissional, planejamento precoce e comunicação efetiva entre os serviços. O fortalecimento da articulação com a Rede de Atenção à Saúde e o aprimoramento das práticas educativas voltadas a pacientes e cuidadores são essenciais para consolidar uma transição segura, humanizada e contínua. Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar gestores e profissionais na construção de protocolos e políticas institucionais que garantam maior resolutividade e qualidade na atenção pós-alta hospitalar. Sugere-se que estudos futuros incluam a perspectiva dos cuidadores e familiares, ampliando a compreensão sobre os desafios emocionais e sociais da desospitalização.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. da P. O. *et al.* *Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional*. Revista de Enfermagem. UFPE, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5955, out. 2013. ISSN:1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201315. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12221/14816>. Acesso em: 20 mai. 2025.

ARRUDA, M. S. *et al.* *Correlação da funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidadores informais de idosos hospitalizados*. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 43, p. 01-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210081.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FxBb5XdbRsWyBCpNVp7TN7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

AZEVEDO, M. C. C. V. *et al.* *As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência de desospitalização da assistência*. Revista Mineira de Enfermagem (REME), v. 14, n. 2, p. 271-276, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5935/2316-9389.2010.v14.50477>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50477>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BARBOSA, S. M. *et al.* *Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 76, n. 6, p. 1-8, 2023. DOI:10.1590/0034-7167-2022-0772pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BERNARDINO, E. *et al.* *Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BORGES, L. A. da C. *et al.* *Treinamento por simulação de cuidadores na alta hospitalar do paciente com doenças crônicas: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, n. 4, p. 1-10, 2023. ISSN: 1984-0446. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0043pt>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0043pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. 2ed. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Lei nº 10.424/2002, de 15 de abril de 2002. Institui a Legislação Federal. Ementa. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Institui a Legislação Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12842&ano=2013&ato=0aeATVU50MVpWTd2b>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Constituição Federal. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c, Seção 1, p. 54-56. Assunto: Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Institui a Constituição Federal. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Conselho Nacional de Saúde*, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS*. v. 4. atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS*, v.3. atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. ISBN: 978-85-334-2883-6. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 20 mai. 2025.

PRIM, C. R. *et al.* *Campanha: 16 passos para a desospitalização segura*. BRASPEN Journal, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 215-229, 2023. DOI: 10.37111/braspenj.2023.38.3.01. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2023.38.3.01>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BURGDORF, J. G. *et al.* *Receipt of posthospitalization care training among Medicare beneficiaries' family caregivers*. JAMA Network Open, v. 4, n. 3, p. 01-13, 2021. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.1806. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350117057_Receipt_of_Posthospitalization_Care_Training_Among_Medicare_Beneficiaries'_Family_Caregivers. Acesso em: 20 mai. 2025.

BUSSI, S. F. *Alta qualificada: orientação multidisciplinar para cuidadores familiares dos pacientes neurocirúrgicos*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Faculdade Unaerp, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-3-edcao-2/2415-rci-alta-qualificada-orientacao-multidisciplinar-para-cuidadores-familiares-dos-pacientes-neurocirurgicos/file>. Acesso em: 20 mai. 2025.

CECCIM, R. B. *Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação*. Interface, Botucatu, v. 22, p. 1739-1749, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Acesso em: 20 mai. 2025.

HADAD, A. C. A. de C; JORGE, A. de O. *Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia*. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 198-210, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S416. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8635/1385>. Acesso em: 20 mai. 2025.

DELATORRE, P. G. *et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa*. Revista Enfermagem, UFPE, Recife, v. 7, n. 12, p. 57-65, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i12a12387p7151-7159-2013>. Acesso em: 20 mai. 2025.

GHENO, J. *et al. Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar*. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 97 n. 1. p. 01-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1611>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1611/2934>. Acesso em: 20 mai. 2025.

IGNACIO, D. S. *Alta hospitalar responsável: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa*. 2017. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.22.2017.tde-18072017-092819>. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-18072017-092819/pt-br.php?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 mai. 2025.

MACHADO, D. de C.; MACHADO, A. C. A. *A otimização do processo de gerenciamento de leitos e alta hospitalar*. Saúde Coletiva, Barueri, v. 9, n. 50, p. 3550-3555, 2019. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i50p1866-1872>. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/171/165>. Acesso em: 20 mai. 2025.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. de. *Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes*. BJD, Brazillian Journal of Development, Curitiba, v. 6 n. 7, 2020. ISSN 2525-8761. DOI: 10.34117/bjdv6n7-154. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12818>. Acesso em: 20 mai. 2025.

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. *Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, p. 01-08, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/9QjGLJNkH45RLNBbC3NCRH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

MARTINS, J. de J. *et al.* *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de idosos*. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 327-332, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PsbZSVQRtF7WkHD3vgn3Lv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

MINAYO, M. C. de S. *Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias*. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. ISSN: 2525-8222. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 20 mai. 2025.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, C. C. R. B. O.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. de. *Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, p. 01-23, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 20 mai. 2025.

OLIVEIRA, L. R. de; DAL BEN, L. W.; CUNHA, I. C. K. O. *Desospitalização nas instituições hospitalares: revisão integrativa*. Revista Técnico-Científica CEJAM, São Paulo, v. 4, p. 1-10, 2025. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202540037>. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202540037/54>. Acesso em: 20 mai. 2025.

PEDUZZI, M. *et al.* *Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 24, p. 01-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/0d7ec7d9-337d-4844-a38b-91d40c357567/content>. Acesso em: 20 mai. 2025.

RANGEL, M. L. S. V. *Processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados*. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 6, p. 01-17, 2023. DOI:10.33448/rsd-v12i4.40793. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/369491990_Processo_de_desospitalizacao_e_atencao_domiciliar_no_Brasil_e_seus_fatores_associados. Acesso em: 20 mai. 2025.

SANTOS, M. L. de M. dos. *et al.* *Atenção Domiciliar no âmbito do SUS: desafios e potencialidades*. Revista Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 43, n.121, p. 592-604, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SATO, D. M. *et al.* *Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar*. Rev. Rene, Fortaleza, v. 23, 2022. ISSN: 2175-6783. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522022000100328&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2025.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE A. de O.; SILVA, K. L. *Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde*. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n.133, p. 551-570, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SILVA, L. H. de P. da. *et al. Planejamento da alta hospitalar: percepção de enfermeiros da unidade de internação*. Enfermagem Brasil, Minas Gerais, v. 22 n. 6. p. 917-937, 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202213321. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5507/8916>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SILVA, R. L.; RIBEIRO, M. A. T.; AZEVEDO, C. C. *Concepções sobre o processo de alta hospitalar: uma revisão crítica*. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 12, n. 1, p. 135-146, 2018. DOI: 10.18569/tempus.v10i4.1975. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1975>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SOUSA, C. R. S. de; SOUSA, M. S. de. *Atenção domiciliar em saúde no Brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 32, p. 01-09, 2019. e-ISSN: 18061230. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9250>. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9250/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2025.

POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. de O. *Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RG3b6HJnZCPtTfvBr9r4vkP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

PATRA, K. P.; JESUS, O. de. The Joint Commission. *Sentinel Event Data Root Causes by Event Type*. [S.l.: s.n.], 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564388/>. Acesso em: 20 mai. 2025.

TRICARICO, C. C.; SCHREIDER, E.; CHAVES, A. R. M. *Rede de saúde e desospitalização: desafios para integralidade do cuidado em saúde após a alta hospitalar*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 69, n. 3, p. 01-10, 2023. DOI:10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3923. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3923/3337>. Acesso em: 20 mai. 2025.

VENTURA, M. W. S. *et al. Determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde em pacientes com COVID-19: estudo seccional*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, p. 01-08, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0324pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xBqq8F8q6srXXrqs47FDRRx/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. *et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 289-307, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/58rLDPxhgy4LkzfMjXggtgs/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: DESHOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES EM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Pesquisador: RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53934521.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.202.187

Apresentação do Projeto:

O pesquisador apresenta e justifica emenda ao projeto relativa a alteração no cronograma de pesquisa, adequando-o e ampliando-o.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador apresenta emenda ao projeto, com adequação e ampliação do cronograma da pesquisa.
Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



Continuação do Parecer: 7.202.187

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_243042_2_E1.pdf	30/09/2024 13:56:20		Aceito
Outros	Emenda_1assinado.pdf	30/09/2024 13:55:28	RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/11/2021 09:11:27	RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Desospitalizacao.doc	28/11/2021 09:07:50	RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	28/11/2021 09:06:48	RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/11/2021 09:02:11	RODRIGO GUIMARÃES DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 04 de Novembro de 2024

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias º Hércules Maymone º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: O Processo de Desospitalização de Pacientes Adultos: Perspectivas da Equipe Multiprofissional de Atendimento Terciário.

Pesquisador Responsável: Beatriz dos Santos Simões

É com grande apreço que convido você para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa intitulado “O Processo de Desospitalização de Pacientes Adultos: Perspectivas dos Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atendimento Terciário”, de responsabilidade dos pesquisadores: Discente- Beatriz dos Santos Simões e Prof. Dr. Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida. Nosso objetivo primordial é investigar o processo de desospitalização sob a ótica da equipe multiprofissional de atendimento terciário. Com o intuito de identificar os profissionais envolvidos no processo, compreender como ele ocorre e explorar a percepção da equipe multiprofissional sobre o processo de desospitalização.

A razão para o convite à sua participação reside no fato de você ser profissional de saúde atuante em um dos setores-alvo da pesquisa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). No entanto, é crucial ressaltar que sua participação é totalmente voluntária, conferindo-lhe plena autonomia para decidir se deseja ou não se envolver, assim como para retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer consequência adversa. É importante frisar que sua recusa em participar ou sua desistência não acarretará nenhum prejuízo. No entanto, sua colaboração é de extrema importância para o progresso da pesquisa.

Todas as informações fornecidas por você serão tratadas com total confidencialidade e privacidade. Quaisquer dados que possam identificá-lo serão omitidos na divulgação dos resultados e armazenados de forma segura. Durante e após a pesquisa, você terá o direito de solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre o estudo. Sua participação envolverá responder a um instrumento de coleta de dados por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada. O roteiro da entrevista é composto por perguntas fechadas, que abordam as características dos participantes do estudo, e perguntas abertas, que exploram detalhadamente o objeto de investigação proposto.

Todos os materiais coletados serão mantidos em arquivo pelo menos por cinco anos, conforme exigido pela Resolução CNS no 466/2012. O principal benefício direto de sua colaboração será a aquisição de conhecimento sobre o tema, permitindo-nos implementar intervenções que visem o aprimoramento do processo nas unidades, visando melhorias na assistência e na qualidade do cuidado durante a desospitalização.

Em caso de desconforto durante a pesquisa, você tem o direito de cancelar sua participação. Se necessário, providenciaremos encaminhamento para acompanhamento psicológico através da Rede de Assistência à Saúde (RAS) oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados deste estudo serão compartilhados em palestras, relatórios, artigos científicos e em formato de dissertação/tese. Este termo de consentimento é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para os pesquisadores. Em caso de dúvidas ou questionamentos sobre sua participação, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador responsável através do e-mail beatriz_simoed@ufms.br, pelo telefone (14) 99636-4786, ou no endereço Avenida Costa e Silva - Cidade Universitária, Bloco 12 INISA. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345- 7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Agradecemos antecipadamente pela sua disposição em contribuir para este importante estudo.

Declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de 2024.

Nome e Assinatura do participante

Assinatura do pesquisado

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para os profissionais da equipe multiprofissional de atendimento terciário.

Informações dos entrevistados

1. Identificação

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade em anos: _____

- ☐ A) 18-30 anos
- ☐ B) 31-59 anos
- ☐ C) 60 anos ou mais. Quantos? _____

2. Qual é o seu cargo/função no setor da Clínica Médica do Hospital Universitário?

- ☐ A) Fisioterapeuta
- ☐ B) Enfermeiro
- ☐ C) Técnico de Enfermagem
- ☐ D) Médico
- ☐ E) Nutricionista
- ☐ F) Fonoaudióloga
- ☐ G) Assistente Social

3. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- ☐ A) 1-6 meses
- ☐ B) 6-12 meses
- ☐ C) 1 ano
- ☐ D) 2 anos
- ☐ E) 3 anos ou mais

Seção 1: Compreensão do Processo de Desospitalização

1. Você poderia descrever como é o processo de desospitalização no seu setor?
2. Há critérios utilizados para determinar que um paciente está apto para a desospitalização? Se sim, quais?
3. Como é realizada a preparação do paciente e da família para a desospitalização?

Seção 2: Identificação dos Profissionais Envolvidos

1. Quais são os profissionais de saúde que participam do processo de desospitalização no seu setor?
2. Há papéis específicos de cada membro da equipe no processo de desospitalização?

Seção 3: Percepção da Equipe Multiprofissional

3. Como você percebe a eficiência do processo de desospitalização no seu setor?
4. Você acredita que existem benefícios no processo de desospitalização? Se sim, quais?
5. Você acredita que existem dificuldades ou obstáculos no processo de desospitalização? Se sim, quais?

Seção 4: Comunicação e Coordenação

6. Como é a comunicação entre os membros da equipe durante o processo de desospitalização?
7. Existem mecanismos específicos, protocolos ou diretrizes para coordenar a desospitalização?
8. Como as decisões sobre a desospitalização são comunicadas aos pacientes e às suas famílias?

Seção 5: Impacto no Paciente e Família

9. Qual é a sua percepção sobre o impacto da desospitalização na vida dos pacientes e de seus familiares?

Seção 6: Melhoria do Processo

10. Na sua opinião, o que poderia ser melhorado no processo de desospitalização?
Existem recursos ou ferramentas adicionais que poderiam facilitar o processo?
11. Como você observa a importância do acesso à rede de cuidados externa para a desospitalização?

Conclusão

- Você gostaria de adicionar mais alguma coisa sobre o processo de desospitalização que não tenha sido abordado nesta entrevista?
- Você tem alguma pergunta ou comentário sobre a pesquisa?

Finalização

- Agradecimento ao entrevistado pelo tempo e pelas contribuições.
- Informar sobre os próximos passos da pesquisa, se relevante.