



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS¹

Andreza Rayana da Costa Alves Delmiro*

Erika Acioli Gomes Pimenta**

Vanessa Medeiros da Nóbrega***

Leiliane Teixeira Bento Fernandes****

Gabriela Cavalcanti Barros*****

RESUMO

Objetivo: Conhecer o preparo para alta hospitalar realizado pela equipe multiprofissional de saúde a crianças com condições crônicas e seus familiares. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada entre novembro de 2018 e março de 2019 por meio de entrevista semiestruturada com dez profissionais da equipe multiprofissional de saúde da Clínica Pediátrica de um hospital da Paraíba. As entrevistas foram submetidas à Análise Temática de Minayo. **Resultados:** O preparo para a alta hospitalar é complexo e sofre diversas influências da dinâmica do serviço. Evidenciou-se dificuldade de inclusão de ações integradas no preparo para alta durante a assistência cotidiana da equipe multiprofissional. Durante esse processo, destaca-se a importância da inclusão da criança nos cuidados, ressaltando a necessidade da autopercepção sobre sua situação atual de saúde, assim como a possibilidade de realizar o autocuidado, a depender da sua idade, compreensão e dos riscos ao realizar o procedimento. **Considerações finais:** Há diversas fragilidades na implementação do preparo para a alta hospitalar na clínica pediátrica, como a inexistência de protocolo ou norma que balize esse processo, realização de intervenções desarticuladas e individualizadas inerentes a cada formação profissional, dificultando o processo de aprendizagem efetivo da família, comprometendo o retorno ao domicílio com segurança.

Palavras-chave: Alta do paciente. Doença crônica. Saúde da criança. Equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

No decorrer da internação, o preparo para a alta hospitalar é realizado pela equipe multiprofissional de saúde a fim de capacitar o binômio criança e família para a continuidade dos cuidados necessários à manutenção da vida e saúde no domicílio com segurança, por meio de conhecimento da condição de saúde do paciente, atualização e capacitação para realizar o preparo, comunicação efetiva com paciente e família e início do plano de alta desde a admissão⁽¹⁾.

Nesse contexto, a realização de um planejamento de alta hospitalar compartilhado pela equipe multiprofissional de saúde proporciona ao binômio aprendizagem por meio de práticas que reforçam a autonomia do indivíduo em uma abordagem dialógica e emancipatória⁽²⁾.

Entretanto, na contramão dessa perspectiva,

estudo afirma que muitas famílias de crianças com condição crônica precisam desenvolver cuidados complexos no domicílio continuamente sem o suporte de um conhecimento prévio e/ou tecnologias disponíveis no hospital, em decorrência de inadequado planejamento de alta, ampliando a complexidade diagnóstica, o que poderá repercutir em hospitalizações recorrentes e prolongadas⁽³⁾.

Em entrevistas, pais de crianças com doenças crônicas relataram esperar o acesso e apoio de profissionais de saúde com conhecimento e experiência apropriados, porém, afirmavam que mesmo tendo essas habilidades os profissionais não sabiam repassá-las gerando sobrecarga de informações⁽⁴⁾.

Outro estudo realizado em hospital do sudeste dos Estados Unidos evidenciou que crianças com condição crônica eram re-hospitalizadas em menos de 30 dias após a alta e concluiu que essa

¹Extraído do trabalho de conclusão de curso, intitulado "EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS", apresentado a Universidade Federal da Paraíba, no ano de 2019.

*Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPSCA) da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: andrezaalvesdelmiro@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4818-4286>

**Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. GEPSCA – UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: erikacioli@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7985-1101>

***Enfermeira. Doutoranda. GEPSCA – UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: nissanobregam@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2596-8259>

****Enfermeira. Doutoranda. GEPSCA – UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: leilianeufpb@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2643-5638>

*****Fisioterapeuta. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: gacavalcantib@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7250-0034>

realidade era decorrente da falta de orientações e apoio informacional necessários de acordo com as singularidades das crianças em condições crônicas de saúde⁽⁵⁾.

Nesse sentido, surge a necessidade de preparar a família para a transição dos cuidados do hospital para o domicílio, utilizando estratégias adequadas para atender às demandas de forma integral, continuada e humanizada⁽⁶⁾, com o desafio de colaborar no enfrentamento da família diante ao aprendizado de saberes e práticas incomuns no cotidiano.

Ao reconhecer o papel relevante dos pais/responsáveis no cuidado da criança com condição crônica, o profissional de saúde reconhece também a necessidade de incluir a família no cuidado e de promover ações coerentes e direcionadas a realidade cotidiana para facilitar o envolvimento e o manejo do cuidado no domicílio⁽⁷⁾.

Todo esse processo requer profissionais de saúde qualificados e proativos cientes das demandas de cuidado, que ofereçam uma assistência baseada em reflexões críticas sobre as ações desenvolvidas para a realidade do público alvo, visando melhores práticas de cuidado⁽⁸⁾.

Diante a problemática suscitada, a relevância do estudo se dá pela escassez de pesquisas sobre a atividade da equipe multiprofissional no preparo para a alta hospitalar no Brasil e a necessidade da expansão do tema para melhor gestão do cuidado, visando os cuidados domiciliares após a alta, assim como êxito na instrumentalização e diminuição nos índices de reinternações ou complicações pós-alta⁽⁹⁾. Sendo assim, este artigo objetiva conhecer o preparo para alta hospitalar realizado pela equipe multiprofissional de saúde a crianças com condições crônicas e seus familiares.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre novembro de 2018 e março de 2019 na Clínica Pediátrica (CP) de um hospital universitário geral da Paraíba, que possui 24 leitos pediátricos e é referência para o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas e raras no Estado. Participaram do estudo dez profissionais da equipe multiprofissional de saúde que atuam no referido setor. Para a coleta de dados foram realizadas

entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas em áudio em dispositivo eletrônico e com duração média de 12 minutos cada.

Foram incluídos no estudo indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde que atende crianças com condições crônicas; atuar na CP do referido hospital há no mínimo um ano. E como critérios de exclusão: não estar em condições psicológicas; estar em período de licença, afastamento ou férias durante a fase de coleta de dados. Os participantes foram selecionados por conveniência, porém primou-se por entrevistar no mínimo um profissional da saúde de cada categoria atuante no serviço. A categoria de enfermagem foi entrevistada em maior número porque atua ininterruptamente nos cuidados aos pacientes hospitalizados. Além disso, algumas categorias só contam com um profissional no setor pesquisado, a exemplo da psicologia e terapia ocupacional.

O roteiro de entrevista foi igual para todos os entrevistados e continha as seguintes questões: Descreva o que você compreende por preparo para alta hospitalar e Como você realiza esse cuidado durante a sua atuação na CP? Utilizou-se para encerramento da coleta de dados o critério de suficiência, quando o material coletado permitiu responder ao objetivo de estudo e as informações começaram a reincidir⁽¹⁰⁾.

A análise dos dados se deu por Análise Temática em três etapas: pré-análise, que consistiu na leitura imersiva do pesquisador nos dados da pesquisa; reconhecimento do material. Nessa fase, retomou-se aos objetivos da pesquisa de forma a permitir a organização dos dados e o estabelecimento das unidades temáticas centrais para categorização; e por fim, interpretação dos dados, em que as falas representativas foram destacadas e sofreram as inferências e interpretações do pesquisador com base na literatura vigente sobre o tema⁽¹¹⁾. Dessa forma, emergiram duas categorias temáticas: Preparando a família e a criança com condição crônica para a alta hospitalar e Encontros e desencontros da equipe multiprofissional no preparo para alta hospitalar.

O estudo atendeu aos aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos no país e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob parecer nº 046382, vinculado ao projeto de

pesquisa “Gestão do Cuidado nas Condições Crônicas na Infância e Adolescência”. Todas as entrevistadas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram identificadas pela letra E seguidos do número ordinal de sequência das entrevistas para garantir seu anonimato.

RESULTADOS

As participantes eram todas do sexo feminino, de diferentes categorias profissionais, a saber: duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma médica, uma psicóloga, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma assistente social. Possuíam entre 32 e 55 anos de idade e entre um e dez anos de atuação profissional na referida CP, em que cinco (50%) estavam trabalhando há menos de cinco anos no setor, duas (20%) há mais de cinco anos, duas (20%) há mais de dez anos e uma (10%) há um ano.

I – Preparando a família e a criança com condição crônica para a alta hospitalar

A compreensão do profissional de saúde acerca do preparo para a alta influencia o processo de trabalho da equipe na realização das orientações e os meios que serão utilizados para instrumentalizar o cuidado em domicílio.

As profissionais vislumbravam o preparo para alta como um processo interventivo iniciado desde a chegada da criança ao hospital, no qual o principal cuidador adapta-se tecnicamente aos cuidados que deverão ser realizados no domicílio:

[...] é você ensinar o que ela {mãe} pode fazer para melhorar a qualidade de vida daquela criança [...] é adaptar a mãe àquela realidade [...] é você tentar mostrar a ela o que pode fazer em casa... fazer cuidados que nós fazemos aqui para minimizar as vindas ao hospital (E01).

O preparo para a alta precisa ser iniciado desde que a criança chega ao serviço, porque são orientações que a família terá que... se adequar aos cuidados (E04).

Processo que envolve alguns cuidados educativos de conscientização, de intervenção, que a equipe {multiprofissional de saúde} precisa dar aos cuidadores dos pacientes que estão internos e que muitas vezes já tem um período longo de manejo com ele (E07).

A capacitação técnica para o desenvolvimento de procedimentos no domicílio foi foco de intervenção da equipe de enfermagem e da fisioterapeuta:

Vão ter orientações para além de somente a orientação médica, porque o cuidado, especialmente de enfermagem, para mim, é totalmente diferenciado. É aquele cuidado que a mãe vai poder fazer o melhor, com mais capacidade técnica (E02).

Então a equipe {multiprofissional de saúde} tem a obrigação ou o dever de durante sua assistência, ir ensinando, ir explicando ao familiar todos os procedimentos que vão ser necessários fazer quando a criança receber alta (E03).

Toda a equipe tenta se mobilizar no sentido de chegar, conversar com a mãe, contar para ela como é que esses cuidados precisam ser realizados [...] muitas vezes nós acompanhamos a realização desse cuidado para ter a noção do que ela sabe, do quão ela tem habilidade para essa movimentação ou para esse cuidado especificamente (E04).

É necessário, muitas vezes, que a equipe treine, capacite, explique, esclareça com mais objetividade, algumas condutas, algumas coisas ao familiar (E07).

Na capacitação da família para o cuidado domiciliar, se enfatizou no processo de ensino-aprendizagem, a observação da família dos cuidados realizados pela equipe e simulação desses procedimentos técnicos, além da criação de material educativo e ilustrativo:

Quando se pensa nas orientações para a alta, o projeto {de extensão universitária} tem contribuído muito... As meninas quando vem para a atividade perguntam quem é a mãe, como é que está [...] criam estratégias de desenho, outras estratégias mais práticas e menos abstratas para orientar essa mãe (E04).

A mãe, que era a cuidadora, tinha muita dificuldade, pois não sabia ler e fizemos uma cartilha simples, ilustrativa a próprio punho, sobre como era feita a aspiração de forma correta para ela poder utilizar em uma necessidade (E07).

Em relação à alta, toda vez que eu vou intervir na enfermaria ou na sala de reabilitação, eu sempre levo o acompanhante. Porque eles vão dar continuidade {aos cuidados} na sua casa, tanto em nível de AVD {Atividades da vida diária} como também em qualidade de vida (E08).

No olhar da equipe de saúde, as pessoas a

serem alvos dessa intervenção eram: o principal cuidador e a criança com condição crônica:

Para que a gente oriente quem vai estar mais próximo para fazer esse cuidado, quem fica mais com essa criança [...] Precisa se certificar disso e trazer {o cuidador principal} ao serviço e orientá-lo para que, no retorno para a casa, a pessoa de vínculo maior seja orientada para esse cuidado (E04).

Quando a criança é maiorzinha, também participa ativamente nesse processo {de preparação para alta}. Todo esse cuidado de orientação para manter esse tratamento em casa (E05).

A equipe de enfermagem e a psicóloga foram mais sensíveis para reconhecer a relevância de uma intervenção voltada para ajudar a família e a criança a enfrentar os medos advindos da condição crônica e suas implicações:

[...] essa nova visão do corpo, nova visão de conhecimento, de ver seu filho agora não somente como uma criança portadora de uma enfermidade crônica, mas uma criança que vai continuar demandando cuidados, porém mais específicos [...]. Criar uma relação mãe e filho, não mãe do menino doentinho, mas a mãe que tem um conhecimento a mais e que aplica ao filho por conta da condição que ele agora se encontra, mas não só por isso (E02).

Essas dificuldades que encontramos de quem vai receber a orientação são as maiores, porque vão requerer do profissional uma habilidade maior de comunicação [...]. Qual é o melhor momento para pessoa receber aquela informação? [...]. Ela está disponível para compreender aquilo que você está dando? (E04).

É todo o processo profissional de estar orientando a família e o paciente [...] eles ficam muito inseguros, porque aqui a equipe faz todo o manejo e quando vão para casa a responsabilidade no domicílio passa a ser deles [...] Fazemos principalmente esse apoio de início aqui dentro, essa questão da segurança emocional, desse paciente e dessa família [...] {porém} fazemos esse preparo quando dá tempo. Esse suporte para que eles se fortaleçam em casa, alguma orientação, que qualquer coisa podem retornar, também orientar sobre o posto de saúde (E05).

Além de preparar o responsável para dar continuidade aos cuidados no domicílio, há a preocupação de que este tenha os recursos necessários para assistir sua criança, bem como a garantia de acesso aos serviços da rede de atenção à saúde:

Tem muitas famílias, mães, que tem uma capacidade de compreensão meio difícil, {além da} questão de elas morarem em lugares que tem dificuldades para o acesso a materiais, até a uma assistência à saúde [...] A questão da referência e da contrarreferência para evitar essas reinternações. As maiores dificuldades são a compreensão, o ensinar e ficar batendo na mesma tecla, repetindo as coisas e o acesso aos materiais (E03).

Organizar todas as demandas do que a criança vai precisar depois da alta, tipo a medicação [...] Qual seria o acesso para ela seguir {com o acompanhamento da} patologia diagnosticada, se seria aqui no hospital universitário {ou} no próprio município, se a mãe tem condições de comprar a medicação que ela vai fazer uso. Muitas vezes, a mãe não tem condição, se for uma {medicação} que a gente tem aqui no hospital a gente fornece e quando não é, a gente pede para o serviço social entrar em contato (E06).

As dificuldades que encontramos são da rede, de conseguir material para algumas técnicas, de conseguir os equipamentos, de conseguir entrar no fluxo de atendimento do SUS {Sistema Único de Saúde}. São várias dificuldades, que eu acho que quem enfrenta muito mais é a família do que o profissional (E07).

Muitos pacientes precisam de um laudo para dar entrada na prefeitura e conseguir a dieta. Esse laudo precisa ser entregue no internamento para que dê entrada na prefeitura para quando for para casa já esteja com ela ou esteja perto de receber. Como tem algumas síndromes que o governo disponibiliza, eu preciso fazer esse laudo rápido para que todo o processo seja comunicado e ocorra (E09).

Outra preocupação, desvelada por uma enfermeira da equipe, refere-se à necessidade de avaliar ao final, se o preparo para alta alcançou os objetivos após as orientações realizadas:

Precisamos nos certificar que a mãe está segura desse cuidado para que a equipe multiprofissional junto à equipe médica dê uma segurança também para eles liberarem para a alta [...] Tem aquelas pessoas {profissionais} que fazem a orientação e acreditam que aquilo foi suficiente, {mas} não se certificam da aprendizagem. Quando você volta para questionar, as pessoas não entenderam aquilo que foi dito (E04).

II - Encontros e desencontros da equipe multiprofissional no preparo para alta hospitalar

Durante o período de internamento, muitos encontros e desencontros foram vivenciados pela equipe multiprofissional no planejamento da alta hospitalar desde a admissão. Dentre as lacunas evidenciadas nesse processo encontram-se a ausência de um protocolo institucional que sistematize as ações conjuntas, a falta de articulação e a falha no compartilhamento de informações entre profissionais de saúde:

Essas orientações, infelizmente, acabam sendo mais para a semana da alta, para o dia anterior à alta, para o dia da alta, do que o cuidado que é preciso desde a admissão [...] O nosso grande problema com a história das orientações são protocolos que a equipe precisa desenvolver [...]. Não só colocar o protocolo, mas ser uma conduta real que todo profissional do serviço adote. [...]. Ainda não conseguimos ter um conceito linear de que a orientação para a alta se inicia desde a admissão, acabamos tendo uma orientação quando a criança precisa retornar para o lar (E04).

Uma alta inesperada, pelo menos para mim, quando eu penso que a criança vai passar uns dias aqui, ela está de alta hoje ou amanhã. Então assim, o processo acaba sendo mais acelerado e eu não consigo fazer o processo de qualidade, como deveria ser, acaba sendo falta de comunicação entre a equipe (E05).

A dificuldade é que às vezes a alta não é avisada à nutrição. Então, algumas crianças saem sem orientação, porque não é avisado (E09).

Outro fator que dificulta as atividades no âmbito multiprofissional, refere-se à dificuldade de implementação de atividades em conjunto entre os diferentes segmentos, o que pode resultar em informações dúbias aos pacientes e suas famílias, situações que poderiam ser minimizadas na relação entre os diversos saberes.

Eu sinto falta de uma conversa maior entre os médicos e a enfermagem [...]. Muitas vezes dão a alta da criança sem avisar. Então não dá tempo... por exemplo, a criança vai ter alta amanhã. Não tem como a mãe aprender [...] em dois dias o que precisa para ter os cuidados com a criança dela em casa (E01).

Até a questão da própria revelação diagnóstica, muitas vezes é feita sem pedir apoio {da psicologia}, então ficamos sabendo de última hora. O diagnóstico de uma doença crônica é difícil, então deveria ser rotina do hospital chamar a psicologia para dar o diagnóstico (E05).

Aqui na pediatria eu acho que é bem tranquilo,

cada um faz o seu. A nutricionista geralmente orienta a parte dela, a enfermagem orienta a parte dos cuidados, a equipe médica já deixa marcado o retorno para a especialidade que ela {criança} vai precisar acompanhar ou para o laboratório de egresso (E06).

Fazemos as orientações de acordo com a patologia, é individual. Então, fazemos o cálculo, imprime uma orientação inicial e encaminha para o ambulatório de nutrição para continuar a ser acompanhado. Normalmente, eu mantenho a conduta da clínica, oriento a mãe a evoluir e o ideal é que ela retorne ao ambulatório para que não evolua a dieta errada em casa se for um caso grave (E09).

Mesmo com os encontros e desencontros da equipe multiprofissional no preparo para alta hospitalar, consegue-se atingir resultados positivos, segundo a percepção da profissional, quando a mãe é empoderada:

Conseguimos, dentro de todas as limitações, fazer com que essas orientações tenham um impacto diferenciado na vida dessas crianças, porque muitas delas, quando as mães conseguem se empoderar dessas informações, muitas dessas crianças diminuem a vinda para o serviço (E04).

DISCUSSÃO

Ao olhar para o processo de trabalho da equipe multiprofissional da unidade pediátrica em estudo, apreende-se que a questão mais enaltecida pelos profissionais no preparo para alta foi a preocupação em capacitar a família e, quando pertinente, a criança com condição crônica para o cuidado técnico.

Sabe-se que, para atender as demandas de cuidado, o responsável precisa ser orientado de modo que compreenda como deve proceder durante os procedimentos no domicílio, sendo acompanhado na realização desses cuidados, ainda em ambiente hospitalar após a estabilidade clínica da criança, momento mais propício pela disponibilidade emocional do cuidador para aprender e realizar os cuidados sob supervisão⁽¹²⁾.

O preparo para a alta seguro, concreto e eficaz, é decorrente de ações de educação em saúde permeadas pelo diálogo, escuta e vínculo, com vistas à empoderar a família e favorecer sua autonomia com os cuidados em âmbito domiciliar⁽⁶⁾.

A criação de material educativo pelos

profissionais da equipe colabora no processo de capacitação familiar e constitui-se como estratégia promissora no preparo de alta hospitalar. Esse material impresso reforça as orientações como também serve de instrumento de consulta em caso de dúvidas quando a família desenvolve os cuidados no domicílio⁽⁶⁾.

Entretanto, por meio dos termos “ensinar a técnica” e “adaptar a mãe ao cuidado” utilizados pelas entrevistadas percebe-se um processo de ensino-aprendizagem permeado pela narração de conteúdo voltada para o ensino de técnicas padronizadas, buscando a aquisição de habilidades e destrezas para a execução de determinada atividade.

Assim, esse planejamento de alta hospitalar ao invés de ser uma ação colaborativa de cuidado centrado na família se limita a prescrição de tratamentos e planejamento de cuidados verticalizados, deficiente no suporte aos pais no papel de gerenciar o manejo da condição de seu filho. Isso ocorre porque há uma sobrecarga de informações que faz com que os pais não consigam processar as informações ou contribuir efetivamente nas discussões do cuidado⁽⁴⁾.

Essa transferência de conhecimento como verdade absoluta pode dificultar o desenvolvimento da autonomia da família diante do cuidado, quando segue um roteiro de observação, execução e avaliação sem a reflexão crítica sobre a importância das ações realizadas e adequação à realidade familiar.

Sabe-se que no processo de emancipação para o alcance da autonomia nos cuidados, a família necessita engajar-se ativamente no processo de aprendizagem. Nesse engajamento é preciso transpor a transferência passiva de informação, para o cuidador se sentir seguro e capacitado para aprimorar continuamente o conhecimento e moldá-lo de acordo com as mais diversas situações que podem ser vivenciadas no contexto domiciliar⁽¹³⁾.

Com a confiança e a segurança adquirida pela família para assumir o cuidado no domicílio, diminui-se os riscos para a saúde da criança. Entretanto, apesar de ser relevante, o preparo familiar para alta hospitalar ainda é incipiente em muitos serviços de saúde no país^(12,14).

Um aspecto importante, que repercute desfavoravelmente no preparo de alta hospitalar é a utilização de comunicação inadequada pelos

profissionais da equipe ao conversar com as famílias, seja devido a uma linguagem inacessível ao público alvo que dificulta a compreensão do cuidador durante o cuidado, como também a escassez de um protocolo institucional que sistematize a conduta da equipe multiprofissional para a realização das orientações. A ausência de uma normatização e de uma comunicação adequada entre os profissionais resulta em informações divergentes ou não condizentes a realidade da família, o que torna as orientações ineficazes⁽¹²⁾.

Esse óbice decorre de um preparo de alta ainda não processual, com ações apenas pontuais, não sistematizadas e, muitas vezes, centradas na reprodução de procedimentos. Sendo assim, o profissional que realiza o preparo não consegue estabelecer uma aproximação da realidade concreta e do universo cultural vocabular do cuidador. Na comunicação eficaz no preparo de alta hospitalar, os profissionais devem aproximar as orientações de cuidado à realidade da família, atentando para as necessidades de acompanhamento na rede de atenção, visando minimizar as reinternações⁽³⁾.

Estudo aponta que esse déficit na comunicação gera informações incompletas ou incorretas, aumentando a chance de eventos adversos, tratamentos evitáveis, re-hospitalizações não planejadas e custos extras⁽¹⁵⁾. Re-hospitalizações frequentes refletem as dificuldades enfrentadas pela família no manejo da criança com doença crônica após a alta hospitalar. Essas dificuldades são decorrentes de lacunas na educação em saúde durante a hospitalização, da desvalorização das necessidades sociais das famílias e da despreocupação em garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção na pós-alta⁽¹⁶⁾.

Como solução, reuniões semanais ou diárias da equipe de saúde para decisão conjunta da data provável de alta, poderiam contribuir para o planejamento da equipe com orientações melhor trabalhadas e compreendidas⁽¹⁷⁾. Entretanto, a falta de recursos humanos, tempo para o planejamento de um plano de alta hospitalar e as dificuldades de comunicação para transição de cuidados entre os profissionais de saúde dificultam esse processo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Não obstante, foram observados diferentes modos de atuação para a capacitação das famílias entre os profissionais da equipe. Esse achado

corroborar estudo⁽⁸⁾ que encontrou na mesma equipe profissionais que compreendem a necessidade de empreender novas ações na prática e desenvolvem iniciativas inovadoras, e outros profissionais, que em contrapartida, não acompanham as mudanças e limitam-se a seguir apenas a rotina de atuação individual.

Nesse contexto, compreende-se a importância da equipe multiprofissional distanciar-se de uma atuação mecânica e desenvolver estratégias de educação e cuidado, que convide a família a ser ativa no preparo para alta hospitalar. Durante esse processo, as ações educativas e simulação dos procedimentos, com base ilustrativa e científica, quando desenvolvidas pelos profissionais de saúde pautadas pelo diálogo e interação, fortalecem o processo de ensino-aprendizagem dos envolvidos com o cuidado direto da criança em ambiente domiciliar.

A educação em saúde em uma perspectiva dialógica e emancipatória, é uma ferramenta que proporciona autonomia ao familiar e/ou à criança, por meio de ações que promovam a prevenção de agravos e recuperação clínica, buscando qualidade de vida, reduzir os riscos e os custos relacionados aos agravos do estado de saúde^(2,14).

Diante disso, estudo ao analisar 72 artigos apontou que a maioria das pesquisas de intervenção que abordavam a alta hospitalar para pacientes pediátricos tinha como foco a educação dos cuidadores sem estabelecer um processo de intervenção composto por readequação do contexto físico e social das famílias; estratégias de modelagem por imitação de comportamentos aspirados pelas pessoas e capacitação para reduzir as barreiras de acesso aos meios de mudança⁽¹⁹⁾. Esses aspectos podem contribuir para gerar mais incertezas quanto à doença e tratamento podendo resultar em vulnerabilidades familiares⁽²¹⁾.

Ao realizar o acompanhamento desse binômio, o profissional precisa estar atento à compreensão e à realidade do familiar, assim como o seu interesse, percebendo o momento oportuno de incluí-lo no cuidado, permitindo que o mesmo se aproxime, auxilie e participe dos procedimentos até que ocorra a possibilidade de o cuidador realizar sob supervisão.

Essas ações educacionais também podem incluir a criança na prática do cuidado, ampliando as possibilidades diante do seu diagnóstico e

proporcionando o protagonismo em relação a sua saúde⁽²²⁾. Esse acontecimento depende da percepção do paciente sobre a sua situação atual de saúde, assim como a possibilidade de o mesmo realizar o autocuidado depende da sua idade, compreensão e dos riscos ao realizar o procedimento.

Outro ponto que merece destaque é a dificuldade de articulação do hospital com a Unidade Saúde da Família (USF). Essa é reflexo da comunicação fragilizada entre os serviços da rede de atenção, que compromete a continuidade e a qualidade dos cuidados a nível domiciliar, à medida que os óbices no processo de encaminhamento interferem no apoio ao cuidador fora do contexto hospitalar⁽²¹⁾.

Contrariamente, um hospital que apresente uma equipe integrada, articulada, que realize intervenções sistematizadas, bem como, participação de programas acadêmicos, como residências profissionais e estudantes de graduação, tem grandes possibilidades para programar um planejamento de alta hospitalar capaz de potencializar o cuidado da família no domicílio⁽¹⁹⁾. No hospital em estudo, o projeto de extensão universitária configura-se como estratégia potencializadora no preparo para a alta hospitalar de crianças e adolescentes que convivem com condições crônicas.

Diante do contexto apresentado, observou-se que as profissionais participantes do presente estudo reconhecem a importância das orientações para alta hospitalar e seus resultados, entretanto, possuem dificuldades na implementação das ações, sobretudo integradas. Essas adversidades são relacionadas tanto no que tange a compreensão sobre as atribuições que lhes são incumbidas frente ao preparo de alta, quanto à importância de encontrar estratégias conjuntas com os profissionais dos demais serviços da rede de atenção para garantir a continuidade do cuidado no pós-alta em ambiente domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu o conhecimento sobre o preparo de alta realizado pela equipe multiprofissional hospitalar de uma CP e apontou que esta reconhece a importância, conhece como deve ser realizada essa ação, entretanto, ainda há diversas fragilidades na sua implementação, sendo observado que o cuidado é realizado de acordo

com a experiência prática e individual do profissional, não existindo protocolo ou norma que balize esse processo, dificultando a sistematização das ações e continuidade do cuidado em domicílio.

Ademais, as ações dos profissionais de saúde que atuam no referido serviço, embora se complementem, não são sistematizadas, contribuindo para que o preparo para alta hospitalar esteja focado na técnica e em procedimentos, deixando a atenção ampliada da saúde tangencial ao processo de cuidar do binômio.

A falta de sistematização entre as intervenções profissionais dificulta, sobremaneira, a articulação entre saberes e fazeres multiprofissionais. Embora o referido serviço possua uma equipe multiprofissional completa, o processo de preparo familiar para a alta hospitalar é realizado de modo fragmentado, por não existir discussão formal acerca das condutas para cada caso, nem consenso de como e quando essas informações devem ser

trabalhadas para a instrumentalização do cuidador e até mesmo da criança/adolescente com doença crônica.

Este estudo teve como limitações a discussão de uma realidade específica, o que inviabiliza generalizações, porém, traz luz aos profissionais que trabalham com essa população para que possam construir ações multiprofissionais de preparo de alta hospitalar, que permitam o repensar das práticas assistenciais, que colaborem e estabeleçam planos contínuos de atenção a esses indivíduos.

Dessa forma, espera-se que pesquisas futuras possam desenvolver estratégias continuadas de educação em saúde voltadas a alta hospitalar com uma abordagem colaborativa centrada na família para proporcionar autonomia e empoderamento às crianças e seus familiares durante o período de internação conscientizando, cuidando e dando suporte às suas decisões.

MULTI-PROFESSIONAL TEAM IN HOSPITAL DISCHARGE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC CONDITIONS

ABSTRACT

Objective: to know the preparation for hospital discharge carried out by the multi-professional health team for children with chronic conditions and their families. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive research carried out between November 2018 and March 2019 through semi-structured interviews with ten professionals from the multidisciplinary health team at the Pediatric Clinic of a hospital in Paraíba. The interviews were submitted to Minayo's Thematic Analysis. **Results:** the preparation for hospital discharge is complex and suffers several influences from the dynamics of the service. We observed that it is difficult to include integrated actions in the preparation for discharge during the daily care of the multi-professional team. During this process, the importance of including the child in care is highlighted, emphasizing the need for self-perception about their current health situation, as well as the possibility of carrying out self-care, depending on their age, understanding, and risks when performing the procedure. **Final considerations:** there are several weaknesses in the implementation of the preparation for hospital discharge in the pediatric clinic, such as the lack of a protocol or standard that guides this process, carrying out disjointed and individualized interventions inherent to each professional training, hindering the family's effective learning process, compromising the safe return home.

Keywords: Patient discharge. Chronic disease. Child health. Patient care team.

EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN LA PREPARACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIA DE NIÑOS CON CONDICIONES CRÓNICAS

RESUMEN

Objetivo: conocer la preparación para el alta hospitalaria realizada por el equipo multiprofesional de salud a niños con condiciones crónicas y sus familiares. **Método:** investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, realizada entre noviembre de 2018 y marzo de 2019 mediante entrevista semiestructurada con diez profesionales del equipo multiprofesional de salud de la Clínica Pediátrica de un hospital de Paraíba-Brasil. Las entrevistas fueron sometidas al Análisis Temático de Minayo. **Resultados:** la preparación para el alta hospitalaria es compleja y sufre diversas influencias de la dinámica del servicio. Se evidenció dificultad de inclusión de acciones integradas en la preparación para el alta durante la atención diaria del equipo multiprofesional. Durante este proceso, se destaca la importancia de la inclusión del niño en los cuidados, destacando la necesidad de autopercepción sobre su situación actual de salud, así como la posibilidad de realizar el autocuidado, dependiendo de su edad, de su comprensión y de los riesgos al realizar el procedimiento. **Consideraciones finales:** hay diversas fragilidades en la implementación de la preparación para el alta hospitalaria en la clínica pediátrica, como la ausencia de protocolo o norma que oriente este proceso, la realización de intervenciones desarticuladas e individualizadas inherentes a cada formación profesional, dificultando el proceso de aprendizaje efectivo de la familia, comprometiendo, así, el regreso al domicilio con seguridad.

Palabras clave: Alta del paciente. Enfermedad crónica. Salud del niño. Grupo de atención al paciente.

REFERÊNCIAS

1. Protocolo Assistencial Multiprofissional (PAM). Alta Responsável do Paciente Pediátrico. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), HC-UFTM. 2018[citado em 10 jul 2020]; Versão 1.0. Disponível em: URL: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Alta+Respons%C3%A1vel+do+Paciente+Pedi%C3%A1trico+revis%C3%A3o+final+6.pdf/2f97a54e-c427-47d9-af1c-9dc4563a5e19>.
2. Tossin BR, Souto VT, Terra MG, Siqueira DF, Mello AL, Silva AA. Educational practices and self-care: evidence in scientific production of nursing. *Rev. Min. Enferm.* 2016; 20(940): e940. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160010>.
3. Neves ET, Silveira A, Arrue AM, Pieszak GM, Zamberlan KC, Santos RP. Network of care of children with special health care needs. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2): 399-406. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003010013>.
4. Smith J, Kendal S. 'Parents' and Health Professionals' Views of Collaboration in the Management of Childhood Long-Term Conditions'. *J. pediatr. nurs. Philadelphia.* 2018; 43: 36-44. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.011>.
5. Amin D, Ford R, Ghazarian SR, Amor B, Cheng TL. Parent and Physician Perceptions Regarding Preventability of Pediatric Readmissions. *Hosp. Pediatr.* 2016; 6(2): 80-87. Doi: [10.1542/hpeds.2015-0059](https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0059).
6. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Vieira CS, Neves ET. Development care for children with special health needs in home care at Paraná - Brazil. *Esc. Anna Nery.* 2019; 23(1). Doi: [10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067).
7. Gower C, Higgins A, Doherty N, McCormack D. Understanding the experiences of fathers of children with congenital heart disease: An interpretative phenomenological analysis. *Journal Of Health Psychology.* 2017; 22(11): 1447-1457. Doi: <https://doi.org/10.1177/1359105316628757>.
8. Ferreira GE, Dall'agnol CM, Porto AR. Repercussions of proactivity in the management of care perceptions of nurses. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(3): e20160057. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160057>.
9. Góes FGB, Cabral IE. A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro,* 2017; 25:e18684. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.18684>
10. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Alcântara KL, Brito LLMS, Costa DVSC, Façanha APM, Ximenes LB, Dodt RCM. Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review. *J NursUFPE on line.* 2017; 11(2): 645-655. Doi: [10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201720](https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201720).
13. McDonald J, McKinlay E, Keeling S, Levack W. The 'wayfinding' experience of family carers who learn to manage technical health procedures at home: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31(4): 850-858. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12406>.
14. Fontana G, Chesani FH, Menezes M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Sau. & Transf. Soc. [Internet].* 2017 [cited 2020 Jun 20]; 8(2): 86-95. Available from: URL: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4230>.
15. Hesselink G, Zegers M, Vernoon-Dassen M, Barach P, Kalkman C, On MFG, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research.* 2014; 14: 389-399. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>.
16. Toomey SL, Peltz A, Loren S, Tracy M, Williams K, Pengeroth, RNL, et. al. Potentially Preventable 30-Day Hospital Readmissions at a Children's Hospital. *Pediatrics.* Springfield. 2016; 138(2): e20154182. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4182>.
17. Nascimento AB. Prontuário do paciente como subsídio para a atuação profissional, à luz da clínica compartilhada. *O Mundo da Saúde.* 2016; 40(2): 151-159. Doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20164002151159>.
18. Gholizadeh M, Delgoshaei B, Gorji HA, Torani S, Janati A. Challenges in Patient Discharge Planning in the Health System of Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science.* 2016; 8(6): 168-178. Doi: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p168>.
19. Chesani FH, Fontana G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. *Conexão Ci.* 2017; 12(2): 92-98. Doi: <https://doi.org/10.24862/ccov.12i2.563>.
20. Curran JA, Gallant AJ, Zemek R, Newton AS, Jabbour M, Chorney J, et al. Discharge communication practices in pediatric emergency care: a systematic review and narrative synthesis. *Systematic Reviews.* 2019; 8(83). Doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0995-7>.
21. Pinto MMPS, Coutinho SED, Collet N. Chronic illness in childhood and attention from health services. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2016; 15(3): 498-506. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuiddsaude.v15i3.28575>.
22. Collet N, Batista AFMB, Nóbrega VM, Souza MHN, Fernandes LTB. Self-care support for the management of type 1 diabetes during the transition from childhood to adolescence. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018; 52: e03376. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017038503376>.

Endereço para correspondência: Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro. Av. Osvaldo Cruz, 194, Tambaíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. (83) 99611-4374, andrezzaalvesdelmiro@hotmail.com

Data de recebimento: 16/10/2019

Data de aprovação: 27/07/2020

Apoio Financeiro:

Universidade Federal da Paraíba – Iniciação Científica.
