



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 12, Issue, 07, pp. 57641-57645, July, 2022
<https://doi.org/10.37118/ijdr.24875.07.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CONSTRUÇÃO DE FORMULÁRIO PARA SOLICITAR ATENÇÃO DOMICILIAR A PACIENTES EM DESOSPITALIZAÇÃO

Sirlaine de Pinho*, Cristiane Vieira da Silva, Lucinéia de Pinho, Luciana Colares Maia and Simone de Melo Costa

Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS. Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 27th April, 2022

Received in revised form

20th May, 2022

Accepted 17th June, 2022

Published online 28th July, 2022

Key Words:

Home Care Services. Continuity of Patient Care. Information Services. Unified Health System.

*Corresponding author: Sirlaine de Pinho

ABSTRACT

This paper describes the construction of a form to request home care for patients in the process of dehospitalization. The instrument was built based on the lack of a standard tool for referring hospitalized patients with the potential to receive home care, within the scope of the Melhor Casa Program, in the care network of the Unified Health System (SUS). The Dehospitalization Assessment Request Form (FAD) includes the patient's identification data, their health condition and equipment needs for continuity of care at home. The FAD was built in an electronic version and was first implemented in a large hospital. Then, it was shared with health professionals from the city's hospital network, through training workshops. Its purpose is to provide greater resolution in the process of referring patients between the different levels of the SUS network, especially in the flow from hospital to home care. The instrument proved to be easy to apply, and as it was based on Brazilian ministerial regulations, it has the potential to be adhered to in other Brazilian hospitals.

Copyright © 2022, Sirlaine de Pinho et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Sirlaine de Pinho*, Cristiane Vieira da Silva, Lucinéia de Pinho, Luciana Colares Maia and Simone de Melo Costa. "Construção de formulário para solicitar atenção domiciliar a pacientes em desospitalização", *International Journal of Development Research*, 12, (07), 57641-57645.

INTRODUCTION

A desospitalização é apresentada como um recurso dentro do modelo de cuidados de saúde, baseado no manejo do paciente em outros ambientes, como por exemplo, sob cuidados na própria casa (OLÁRIO *et al.*, 2020). Para tanto, faz-se necessário que os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estejam articulados e contribuam para o real processo humanizado de desospitalizar um paciente. Dessa forma as RAS promovem intervenções dinâmicas, com a logística necessária para trabalhar com o binômio saúde doença e atender as particularidades, de forma integral e universal, como estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil (DAMACENO *et al.*, 2020). A estratégia de desospitalização é importante, no âmbito do SUS, uma vez que os pacientes, ao apresentarem limitações que os colocam restritos ao leito, podem ser encaminhados para a assistência domiciliar, com o emprego de tecnologias e técnicas necessárias para a continuidade de cuidados em saúde (DAMACENO *et al.*, 2020). Nesse contexto, o Programa Melhor em Casa propicia atendimento a pessoas com impossibilidades físicas de deslocamento aos serviços da Atenção Primária à Saúde, e com necessidade frequente de cuidados integrais,

que exigem recursos e acompanhamentos em domicílio por equipe multiprofissional (ARAÚJO *et al.*, 2018). Para facilitar o fluxo de comunicação entre os serviços da RAS, cabe à instituição hospitalar estreitar o caminho da alta do paciente, proporcionando acesso com segurança aos outros pontos da rede (SILVA; SENA; CASTRO, 2017). Nessa perspectiva, construir um formulário padrão que forneça esclarecimentos da situação do paciente e de suas demandas, em possível continuidade de atenção domiciliar, contribuiria para maior fluidez na comunicação entre hospital e equipe do Melhor em Casa, durante o processo de desospitalização. Formulário com essa proposta, não foi encontrado na literatura e nas legislações pertinentes à atenção domiciliar, no Brasil. Este relato de experiência tem por objetivo descrever a construção de um formulário para solicitar atenção domiciliar a pacientes em processo de desospitalização.

METODOLOGIA

Este trabalho descreve a construção de um instrumento inovador para uso no processo de desospitalização de pacientes referenciados para a atenção domiciliar, no Programa Melhor em Casa, no SUS. O formulário foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-

Graduação, mestrado em Cuidado Primário em Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, MG, Brasil. A fundamentação teórica que embasou a construção do formulário deu-se em duas etapas: pesquisa bibliográfica sobre atenção domiciliar e pesquisa de campo sobre a temática desospitalização. A pesquisa de campo conta com aprovação de um comitê de ética em pesquisa (parecer nº 3.582.723) e foi conduzida no âmbito de um hospital, de grande porte, localizado no norte de Minas Gerais, Brasil. A construção do formulário teve como motivações: fragilidades enfrentadas, pela pesquisadora, no processo de desospitalização e, a inexistência de um instrumento que consolide informações primordiais em relação à condição de saúde do paciente com potencial de receber continuidade do cuidado em domicílio, a partir da avaliação clínica dos profissionais de saúde, do hospital. O município de Montes Claros, local do estudo, oferece o serviço do Programa 'Melhor em Casa', desde o ano de 2013. No entanto, inexistiu um formulário padrão para solicitações, via hospital, de avaliações dos pacientes para atenção domiciliar, resultando solicitações em diferentes formatos textuais e com escassez ou omissão de algum dado fundamental para avaliar a situação clínica do paciente. Fato que torna moroso o processo de desospitalização e de admissão do paciente no Melhor em Casa. A carência dessas informações prejudica a verificação dos critérios de elegibilidade para inclusão ou exclusão de pacientes no Melhor em Casa. O desenvolvimento do formulário demandou reuniões semanais, a fim de se fazer o alinhamento metodológico e provocar a discussão da problemática sobre fluxo de desospitalização para atenção domiciliar. Exigiu, também, visita à coordenação municipal do Programa Melhor em Casa, na intenção de escutar das fragilidades quanto ao fluxo e comunicação com os hospitais. O instrumento foi elaborado pela consolidação de reuniões, seguidas pela estruturação de dados para cada seção. Foi apreciado pela coordenação municipal do Programa Melhor em Casa e pela coordenação do hospital, pioneiro na implantação do formulário. As apreciações se deram, de forma independente, e posteriormente foram discutidas com os autores, na busca consensual dos itens e seus conteúdos. O FAD foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e certificado como produto técnico de relevância social na área da saúde. Seguiu-se da condução de oficinas para qualificação de profissionais vinculados em outros hospitais do município, com o propósito de apresentar o instrumento e sensibilizar quanto à implantação/adesão do formulário, no âmbito das instituições.

RESULTADOS

Com o intuito de padronizar a solicitação de avaliação dos pacientes em processo de desospitalização para a atenção domiciliar, no Programa Melhor em Casa, desenvolveu-se o Formulário de Avaliação de Desospitalização (FAD). O formulário eletrônico foi construído no *googledocs*, oportunizando ao profissional do Melhor em Casa ter acesso aos dados necessários do paciente em questão, para assim efetivar a avaliação a partir de critérios de elegibilidade para desospitalizar o usuário. O instrumento FAD contém 10 seções, conforme apresentado no quadro 1. Na seção I do FAD introduz-se uma explicação sobre a desospitalização: "O Melhor em Casa busca possibilitar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias e prolongadas a partir de serviços de pronto-atendimento. Além disso, vale ressaltar o apoio às equipes de atenção básica, pelo referido Programa, no cuidado a aqueles pacientes que necessitam e certamente se beneficiam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização". A segunda seção foi destinada a informar o nome do hospital solicitante da avaliação do paciente pelo Melhor em Casa. Na seção três a instituição hospitalar informa dados sobre a especialidade médica solicitante da continuidade de atenção domiciliar ao paciente, data e horário da solicitação e setor/leito de internação no hospital. A seção IV consolida dados pessoais do paciente: nome completo, número do cartão nacional de saúde – CNS do sistema único de saúde – SUS, idade, sexo, endereço completo, telefone e unidade de saúde em que o

paciente está cadastrado, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na seção V se informam os dados de internação e da atual condição de saúde do paciente: diagnóstico da internação, história clínica na admissão, condições clínicas atuais de saúde do paciente. Na sexta seção consta a situação clínica em que o paciente se encontra na alta hospitalar: respiração (espontânea – sem dispositivo de suporte, traqueostomia/espontânea, traqueostomia com suporte de Bipap/VM, traqueostomia com suporte de oxigênio), pressão arterial, pulso, temperatura, alimentação (independente – via oral, dependente – cuidador oferecer via oral, gastrostomia/sonda, sonda nasointestinal), eliminações – urina (espontânea, sonda vesical de demora, sonda vesical de alívio, cistostomia, fralda), eliminação – fezes (espontânea, bolsa de colostomia, fralda), higiene (no leito – cama, aspersão – chuveiro), mobilização (leito – acamado, ativa – parcial, cadeirante, restrito ao leito), pele (íntegra, com lesão, lesão por pressão, lesão traumática, lesão cirúrgica, outro a especificar), lesão por pressão – LPP (sacral, trocântérica, calcâneo – todas as três categorias com as seguintes opções a selecionar: limpa, limpa – contaminada, contaminada, infectada, não há lesão) e local e característica da lesão traumática ou cirúrgica.

Na seção VII se registra as necessidades domiciliares de cada paciente para o atendimento continuado em seu domicílio: tipos de equipamentos necessários (oxigênio, aspirador, BIPAP, oxímetro de mesa, cama hospitalar), requerimento já realizado? (sim, não, não há necessidade de equipamento), materiais descartáveis necessários (gases, sonda para aspirar, micropore/esparadrapo, cateter nasal, frasco para dieta, equipo para dieta). A oitava seção foi elaborada para coletar dados do cuidador: nome, idade e sexo. Até a seção oito, todas as informações do formulário são registradas pela instituição hospitalar solicitante. As seções IX e X são preenchidas por profissional de saúde do Melhor em Casa. A seção IX se relaciona a data e o horário programados para se efetuar a avaliação do paciente, por profissionais de saúde do Melhor em Casa. Na seção X registra-se parecer de avaliação do profissional do Melhor em Casa: data e horário de avaliação do paciente no ambiente hospitalar, definição da modalidade do atendimento domiciliar (atendimento domiciliar da modalidade 2 – AD2, atendimento domiciliar da modalidade 3 – AD3), aceite pelo Melhor em Casa (sim, não), justificativa para o aceite ou não, data do aceite, data de programação da alta médica, sugestão de horário para alta hospitalar, telefone para contato e espaço para registrar observações adicionais. Essa ferramenta, FAD, permite organizar os dados, de forma quantitativa, em forma de gráficos e planilhas, facilitando a análise estatística dos dados a fim de subsidiar planejamentos e tomadas de decisão nos serviços de saúde. Após elaboração do FAD, iniciou-se o processo de estímulo contínuo de profissionais para a adesão ao instrumento, em diferentes instituições hospitalares, por meio de oficinas de qualificações profissionais. O formulário teve aceitabilidade, tanto na instituição hospitalar como na coordenação do Programa Melhor em Casa. Diante desse fato, foram programadas as oficinas de capacitação para a sua implantação/adesão. A oficina iniciou-se pelo hospital de grande porte, referência na região norte de Minas Gerais, e a seguir foram promovidas capacitações aos profissionais de saúde vinculados aos outros hospitais do município, que compõem a rede SUS. Assim, trabalhou-se a temática desospitalização e foi apresentado o FAD.

DISCUSSÃO

O FAD trata de um instrumento inovador, com intenção de contribuir na estruturação de informações necessárias à solicitação de avaliação pela equipe de saúde do Melhor em Casa a pacientes em processo de desospitalização, ou seja, aqueles considerados aptos a receberem continuidade de cuidados integrais em ambiente domiciliar.

O Programa Melhor em Casa tem sido apresentado como uma boa solução para os cuidados a paciente, que especificamente se enquadram no perfil de resposta assistencial complexa ou que não possuem capacidade funcional para atendimento presencial em centros de tratamento.

Quadro 1. Estrutura do Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização – FAD

Seção	Dados	Responsável pelo preenchimento
I	Texto introdução - Solicitação de avaliação do programa Melhor em Casa	
II	Identificação do hospital solicitante	
III	Identificação da especialidade médica data e horário da solicitação e setor/leito de internação do paciente no hospital	
IV	Dados pessoais do paciente	
V	Dados de internação e da atual condição do paciente	
VI	Dados da situação em que o paciente se encontra na alta	
VII	Dados das necessidades domiciliares do paciente para a atenção domiciliar	Instituição hospitalar
VIII	Dados do cuidador	
IX	Dados de agendamento data e o horário programado para avaliação do paciente por profissionais de saúde do Melhor em Casa	Melhor em Casa
X	Dados das necessidades domiciliares do paciente para atenção domiciliar	

Fonte: Autoria própria (2022)

Esses pacientes são deslocados para o cuidado domiciliar, o que pode possibilitar a redução de custos hospitalares diretos, resultantes de longa permanência (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019). Ademais, os gastos com a saúde, por vezes, é foco central e desafiador em atendimentos de diversos níveis. Portanto, o manejo adequado dos recursos financeiros permite a melhor distribuição para áreas efetivas, o que é facilitado pela inserção de pacientes ao cuidado domiciliar (LANDERS *et al.*, 2016). O vislumbre de um modelo assistencial dentro da RAS pode ser considerado, neste contexto, como uma estratégia eficaz para enfrentar os problemas de saúde pública (OLÁRIO *et al.*, 2020). O atendimento domiciliar além de ser importante para um manejo diferenciado e eficiente para o paciente, também se apresenta como possibilidade de articular com as falhas na rede de atenção à saúde, a fim de melhorar os problemas do atendimento hospitalar e aliviar a demanda de leitos e serviços oferecidos pelo SUS (PROCÓPIO *et al.*, 2019). Informações inseridas no FAD, tais como, identificação do hospital, especialidade médica, setor/leito de internação, dados pessoais do paciente e da sua condição de saúde são fundamentais para o processo de avaliação da possibilidade de desospitalização e assistência de qualidade em casa.

Reforça-se que a desospitalização, como componente da RAS, é resguardada pela Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, apresentada como forma garantida de assistência complementar ou substitutiva para aqueles pacientes que se enquadram nos critérios pré-estabelecidos: Perfil do paciente; Tempo de internação; Reinternação precoce; Satisfação do paciente e da sua família; Custos relacionados à assistência; e Reconciliação medicamentosa (NERY *et al.*, 2018). Partindo desse ponto, as condições de saúde do paciente para integrar a desospitalização devem se apresentar em estabilidade clínica declarada para o manejo do serviço do Melhor em Casa. A importância de apresentação do cenário, em torno do paciente, vai determinar a que nível ele poderá entrar no processo de desospitalização, cabendo ressaltar os diferentes níveis de atenção domiciliar AD1, AD2 e AD3. Por conseguinte, àqueles pacientes que por sua vez apresentarem informações como, a necessidade de monitorização contínua, a necessidade de assistência contínua de enfermagem ou a necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência, se tornarão inelegíveis para entrar no Programa Melhor em Casa de atenção domiciliar (CASTRO *et al.*, 2018). Igualmente, aliado à descrição precisa das condições de saúde-doença, o levantamento sobre equipamentos a serem empregados no período da atenção domiciliar também contribui de forma significativa, uma vez que em casos específicos, a evolução do estado de saúde está atrelada não só ao conhecimento técnico do profissional de saúde, mas também ao auxílio mecânico dos equipamentos de suporte à vida (CASTRO *et al.*, 2018). Dessa forma, o FAD contempla na seção VI a situação do paciente na alta e na seção VII os dados sobre necessidades domiciliares para a assistência domiciliar em saúde. O novo perfil epidemiológico voltado para pacientes com doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2014; MENDES, 2012) está em consonância com o perfil de pacientes inseridos em programas de desospitalização, como o Melhor em Casa. Esses pacientes desfrutam da assistência de equipes de saúde e do deslocamento de tecnologias necessárias para os cuidados em casa, com redução dos gastos e liberação de espaço para internação hospitalar.

A expansão do Programa Melhor em Casa demonstra a pertinência da humanização da assistência ao paciente e familiares/cuidadores envolvidos no processo de desospitalização (ALVES *et al.*, 2019). Para mais, a comunicação nos diversos pontos de atenção da RAS pode ser facilitada, na prática, a partir do emprego de esquemas de observação e do levantamento do perfil socioeconômico, bem como o familiar, a fim de identificar o que de fato poderia interferir na alta e solucionar as demandas emergentes (SILVA; SENA; CASTRO, 2017). Nesse contexto, o FAD foi construído pela observação e incorporação de levantamento de dados, que passam pela distinção do perfil do paciente e de sua real condição de saúde para inserção no Melhor em Casa, conforme registrado nas seções IV a VI. Sendo, que na seção VII levantam-se dados das necessidades domiciliares para receber o paciente, e garantir a continuidade dos cuidados em saúde, no domicílio. Relacionado, de forma direta, aos pacientes crônicos, de longa permanência em condição de alta, o problema maior está em ter o acesso garantido a programa de desospitalização e assistência domiciliar como o Melhor em Casa. Existe o receio, com relação ao cuidado dos pacientes crônicos e complexos, que uma vez em alta médica, longe do ambiente de internação, exista o risco de não ter o resguardo necessário à saúde mediante a complexidade da assistência. Esse contexto é reforçado em casos onde o paciente reside longe dos centros de saúde e é forçada a longa permanência na internação, mesmo sem a demanda comprovada (SOUSA; SANTOS, 2021). Outro fator importante no processo de desospitalização, diz respeito à necessidade de ter uma pessoa que fará o papel de cuidador, sendo essa informação contemplada na seção VIII do FAD, que corresponde à coleta de dados do cuidador/familiar.

O conceito de desospitalização preconizado pelo Ministério da Saúde corrobora como estratégia para redução de situações que conduzem a perda da qualidade de vida de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Além disso, a ação de desospitalizar exige a participação da família, de forma direta e indireta, na tomada de decisões e na assistência integral do paciente. Cabe ainda ressaltar sobre a desospitalização, o desafio de empregar atitudes humanizadas, em um processo ágil de alta e cuidados integrais em saúde, de forma devida aos envolvidos (OLÁRIO *et al.*, 2020). Nesse cenário, a equipe do Melhor em Casa precisa efetuar a avaliação da pessoa em processo de desospitalização, conforme critérios ministeriais propostos para adesão a esse Programa. Daí, a importância do agendamento programado para esse fim, sendo registrado na seção IX do FAD. Em sequência, para determinar se o paciente de fato está apto a se deslocar aos cuidados no contexto da desospitalização é preciso checar os critérios que o coloquem nessa posição. Em conjunto, o esclarecimento sobre esses critérios revela a condição real de saúde do paciente e como será conduzido todo o processo de inserção ao serviço do Melhor em Casa (NERY *et al.*, 2018). O paciente pode ser inserido na atenção domiciliar do tipo um – AD1, do tipo dois – AD2 e do tipo três – AD3. Destaca-se que o cuidado em rede é realizado principalmente pelas equipes da Atenção Primária em Saúde e Atenção Domiciliar, como parte do processo dos cuidados disponibilizados pelo SUS. Com relação à atenção domiciliar existe ainda a distinção em três níveis de atenção AD1, AD2 e AD3, definido pela Portaria nº 825/2016. Onde a categoria AD1 é voltada para aqueles pacientes com problemas de saúde controlados,

porém com dificuldades de se locomoverem e o serviço é prestado pela atenção básica; as esferas AD2 e AD3 são destinadas para os pacientes com maiores complexidades e debilidades de saúde, e também com prejuízo de locomoção. Observa-se ainda, que pacientes em AD2 e AD3 distinguem-se conforme equipamento necessário para o tratamento, e esses níveis são geridos pelo Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016). Nessa conjuntura, ao buscar uma abordagem adequada para o planejamento e desígnio exato de equipamentos e abordagens para desospitalizar uma pessoa, determina-se diferentes ações que implicam em economia de recursos financeiros e de tempo, bem como em redução de possíveis falhas e complicações à saúde, que possa surgir durante o período de atendimento domiciliar (SANTOS *et al.*, 2016).

Para o planejamento adequado, a seção X, do instrumento FAD, oferece espaço para a equipe do Melhor em Casa informar as necessidades domiciliares para que o paciente possa efetivar o processo de desospitalização e seguir para atenção domiciliar. A condução dos cuidados com a saúde do paciente em domicílio possui grande avanço levando em consideração a economia de diversos recursos e isso remete ao grande auxílio que o planejamento adequado proporciona. A dinâmica estabelecida para o uso programado de insumos, equipamentos e tecnologias derivam de necessidades precisas, tão quanto devem ser o conhecimento prático e técnico dos profissionais durante o atendimento domiciliar, como o Melhor em Casa (GALASSI *et al.*, 2014). Partindo do processo de desospitalização, o Programa Melhor em Casa é aplicado ao atendimento domiciliar e provém da prestação de serviço de profissionais designados para tal, como é o caso da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Os cuidados demandados aos pacientes enquadrados neste contexto podem contar ainda com auxílio do meio familiar, que podem decidir a adição de um cuidador voluntário ou privado e assim, determinar o cuidar ideal junto às equipes (CASTRO *et al.*, 2018; SOUSA; SANTOS, 2021). Além do mais, em algumas circunstâncias as famílias prestam auxílios financeiros para manter o tratamento e os cuidados, considerando a conjuntura da condição de vida e os equipamentos necessários para a assistência em casa (NEVES *et al.*, 2019). Logo, a questão de transição do paciente, onde se tem a presença de informações pertinentes e suficientes, possibilita a adesão ao cuidado em domicílio, que permite que haja uma continuidade do cuidado e tomada de decisão compartilhada entre equipe e envolvidos. O acompanhamento do paciente, de forma longínqua, proporciona melhores resultados na evolução durante o manejo de agravos da doença, na maioria das vezes crônica, e demonstra a validade do processo de desospitalização, quando completo, coerente e humanizado (SANTOS *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar, que o instrumento FAD foi construído na perspectiva de atender as normativas ministeriais atuais quanto ao processo de desospitalizar. O formulário contou com a revisão de profissionais vinculados aos dois níveis de atenção da RAS, respectivamente o hospital e Melhor em Casa. Portanto, almeja-se que o FAD contribua na melhoria do fluxo de comunicação entre esses dois pontos da rede e proporcione maior resolubilidade no processo de desospitalização. O Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização foi socializado junto aos profissionais de saúde, com vínculo em hospitais do município, por meio de oficinas de capacitação. Consequentemente, a educação permanente se apresenta como forma de capacitação para os profissionais que se envolvam nos cuidados com os pacientes em transição da internação hospitalar para a atenção domiciliar, no processo de desospitalização (CUNHA; SILVA, 2021). Salienta-se que o programa multicêntrico de formação a distância em atenção domiciliar, no âmbito do SUS, é uma das formas existentes para expandir o alcance à qualificação e demonstrar a preocupação com a importância da educação permanente para o aprimoramento das habilidades e conhecimentos dos profissionais (BRASIL, 2014). Compartilhar e socializar o FAD por meio de oficinas de capacitação fundamentou-se na compreensão de que a educação permanente estreita a distância entre o que se é pretendido pelas diretrizes e o que se põe em prática na rotina de cuidados. Possibilita assim, a

incorporação de uma nova visão prática, a partir da aquisição constante de conhecimento (CUNHA; SILVA, 2021). Reitera-se, que o Programa Melhor em Casa é pautado em especificidades técnicas e princípios gerais de cuidados à vida em ambiente domiciliar, fora do ambiente hospitalar e ambulatorial, e depende da exímia competência no desempenho de cada profissional (RAJÃO; MARTINS, 2020). Isso reforça a importância da educação permanente, de forma dinâmica para a consolidação desse inovador modelo de atenção à saúde e fortalecimento do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual relato de experiência descreve a trajetória na construção do instrumento Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização (FAD) e detalha a sua estruturação. O FAD foi desenvolvido a partir da identificação de carência de instrumento adequado e informatizado para melhorar o fluxo de pacientes em processo de desospitalização para continuidade da atenção em saúde, em seus domicílios, no âmbito do Programa Melhor em Casa, no SUS. Portanto, o instrumento FAD atende importante demanda dos serviços de saúde públicos, com potencial de contribuir para uma melhor comunicação entre os diferentes níveis de atenção da RAS. Além do mais, o FAD pode ser visto como mais uma ferramenta, que oferece agilidade e visibilidade dos problemas de saúde do paciente, nos diferentes pontos de assistência em saúde. O Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização propicia levantamentos quantitativos que poderão subsidiar planejamentos e tomada de decisão compartilhada. Considera-se, que esse instrumento tenha potencial para ser incorporado em outros hospitais do país, uma vez que é de fácil aplicação e fundamenta-se na perspectiva de atender as normativas ministeriais atuais quanto ao processo de desospitalização. A sugestão é que o FAD seja um instrumento de uso cotidiano, pelos profissionais de saúde, no ambiente hospitalar e equipe do Melhor em Casa.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., Melo, M. O. 2019. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [s. l.], v. 39, e185734.
- Araújo, R. C. G., Paula, C. R., Macedo, C. A., Paranaíba, J. F. F. S., Pelazza, B. B., Maia, L. G., Ferri, L. P. et al. 2018. Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. *Itinerarius Reflectionis*, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 483/2014* 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria 825/2016*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde; p.33-8. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizCConsolidacao/comum/15473.html>. Acesso em: 10 de abril de 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Propostas de educação permanente: Programa Melhor em Casa* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMyMA>. Acesso em: 10 de abril de 2022.
- Castro, E. A. B., Leone, D. R. R., Santos, C. M., Gonçalves Neta, F. C. C., Gonçalves, J. R. L., Contim, D. et al. 2018. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l.], v. 39, e2016-0002.
- Cunha, D.A., Silva, I. R. 2021. Narrativas de profissionais de saúde da atenção domiciliar em Manaus sobre a educação permanente. *Revista Valore*, Volta Redonda, v. 6, e-6008.

- Damaceno, A. N., Lima, M. A. D. S., Pucci, V. R., Weiller, T. H. 2020. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 10, p. 1-14.
- Gallassi, C. V., Ramos, D. F. H., Kinjo, J. Y., Souto, B. G. A. 2014. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sciences*, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 177-185.
- Landers, S., Madigan, E., Left, B., Rosati, R. J., McCann, B., Hornbake, R. et al. 2016. The future of home health care: a strategic framework for optimizing value. *Home Health Care Management & Practice*, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 262-278.
- Mendes, E.V 2012. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Nery, B. L. S., Favilla, F. A. T., Albuquerque, A. P. A., Salomon, A. L. R. 2018. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Revista De Enfermagem UFPE Online*, [s. l.], v. 12, n. 5, p. 1422-1429.
- Neves, A. C. O. J., Seixas, C. T., Andrade, A. M., Castro, E. A. B. 2019. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290214.
- Nishimura, F., Carrara, A. F., Freitas, C.E. 2019. Effect of the Melhore Casa program on hospital costs. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 53, p. 104.
- Procópio, L. C.R., Seixas, C. T., Avellar, R. S., Silva, K. L., Santos, M. L. M. 2019. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 592-604.
- Rajão, F. L., Martins, M. 2020. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 1863-1876.
- Santos, C. T. B., Andrade, L. O. M., Silva, M. J., Sousa, M. F. 2016. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 45-62.
- Silva, K. L., Sena, R. R., Castro, W. S. 2018. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l.], v. 38, n. 4, e67762.
- Olario, P. S., Moreira, M. C., Moreira, I. B., Martins, J. C. A., Souza, A. T. 2018. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no rio de janeiro/brasil. *Cogitare Enfermagem*, [s. l.], v. 23, n. 2, e53787.
- Sousa, F. T. L., Santos, K. C. B. 2021. O processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 7, e33010716608.
