

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Letícia Rodrigues Porciúncula

**A SAÚDE SUPLEMENTAR E O CUIDADO COORDENADO: PROGRAMA
DE TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR**

Porto Alegre
2021

Letícia Rodrigues Porciúncula

**A SAÚDE SUPLEMENTAR E O CUIDADO COORDENADO: PROGRAMA
DE TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
a obtenção do título de Especialização
em Gestão em Saúde pela Escola de
Administração da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul - UFRGS

Orientadora/o: Guilherme Dornelas
Camara

Porto Alegre

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Porciúncula, Letícia Rodrigues

A SAÚDE SUPLEMENTAR E O CUIDADO
COORDENADO: PROGRAMA DE
TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR /
Letícia Rodrigues Porciúncula. -- 2021.

46 f.

Orientador: Guilherme Dornelas Camara.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM
SAÚDE, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. gestão em saúde. 2. telemonitoramento. 3. coordenação do
cuidado. 4. medicina de família e comunidade. 5. alta hospitalar. I.
Camara, Guilherme Dornelas, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

**Atenção: a Ficha Catalográfica pode ser elaborada gratuitamente pela ferramenta
que a UFRGS dispõe: <http://www.ufrgs.br/bibfbc/servicos/ficha-catalografica>**

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Letícia Rodrigues Porciúncula

**A SAÚDE SUPLEMENTAR E O CUIDADO COORDENADO: PROGRAMA DE
TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

À Fernanda de Oliveira Pereira, por todo o apoio, ajuda e paciência, que muito contribuiu trazendo calma nos dias de tempestade e cansaço.

Aos meus pais e irmãos, por sempre me apoiar e vibrar com cada conquista.

Aos professores, pelos ensinamentos e reflexões enriquecendo o processo de aprendizado.

Às empresas GNDI e Hospital do Coração, pelo fornecimento dos dados e materiais que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

À nossa instituição de ensino UFRGS, que, em mais um processo da minha formação profissional, foi essencial, pela dedicação, organização e reorganização em um momento de crise mundial, por tudo o que aprendi ao longo do curso.

À Deus, que tem permitido me manter com saúde e determinação, me guiando para viver em paz e tranquilidade.

RESUMO

Introdução: A alta hospitalar, na saúde suplementar, ocorre de maneira independente da assistência ambulatorial do paciente, não havendo um cuidado integral e longitudinal. Assim, o telemonitoramento foi a estratégia utilizada para o acompanhamento do paciente pós alta, como uma ferramenta para dar continuidade no tratamento do beneficiário.

Objetivo: Analisar o programa de telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde, com foco na coordenação do cuidado.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo, a partir do levantamento de dados secundários obtidos após o telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde de uma clínica de Atenção Primária da rede suplementar de saúde no município de Itajaí em Santa Catarina, no período de janeiro a julho de 2021.

Resultados: No período analisado, internaram 430 pacientes, tiveram 368 altas hospitalares e 25 óbitos. Os principais motivos de internação foram clínico, cirúrgico e traumatológico. A principal causa dos óbitos foi por complicações do COVID -19, representando 72% das mortes. Ao avaliar os desfechos do telemonitoramento pós alta, ocorreram 16 consultas presenciais agendadas, 08 consultas de telemedicina para reavaliação, foram realizadas 24 visitas domiciliares, 71 pacientes mantiveram o acompanhamento com o especialista que assistiu no período de internação hospitalar e para 44 beneficiários ficou acordado o retorno (se necessário) com o médico de família de referência.

Conclusão: O acompanhamento por telefone é uma tecnologia, que aliada ao cuidado em saúde pós internação hospitalar, favorece a manutenção do vínculo, incentiva a adesão ao tratamento e ações de autocuidado apoiado, promovendo segurança e suporte aos pacientes. Portanto o estudo espera contribuir para a implementação de uma assistência integral, sistematizada e centrada no paciente considerando a expressão das necessidades de cuidado.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Telemonitoramento. Atenção primária à saúde. Medicina de família e comunidade. Alta hospitalar

ABSTRACT

Introduction: Hospital discharge, in supplementary health, occurs independently of the outpatient care of the patient, with no the maximum care. Thus, telemonitoring was the strategy used to monitor the patient after discharge, as a tool to continue the beneficiary's treatment.

Objective: To analyze the post-discharge telemonitoring program for beneficiaries of a health plan, with a focus on care coordination.

Methods: This is a cross-sectional and descriptive study, based on the survey of secondary data obtained after post-discharge telemonitoring of beneficiaries of a health plan from a Primary Care clinic of the supplementary health network in the city of Itajaí in Santa Catarina, from January to July 2021.

Results: During the analyzed period, 430 patients were admitted, had 368 hospital discharges and 25 deaths. The main reasons for admission were clinical, surgical and orthopedic. The main cause of death was from complications of COVID -19, representing 72% of deaths. When evaluating the outcomes of post-discharge telemonitoring, there were 16 scheduled in-person appointments, 08 telemedicine appointments for reassessment, 24 home care were carried out, 71 patients maintained follow-up with the specialist who assisted during the hospital stay and for 44 beneficiaries it was agreed to return with the referring family doctor.

Conclusion: It is concluded that telephone monitoring is a technology that, combined with post-hospital health care, favors the maintenance of the bond, encourages adherence to treatment and supported self-care actions, promoting safety and support for patients. Therefore, the study hopes to contribute to the implementation of integral assistance, systematized and patient-centered care, considering the expression of care needs.

keywords: Health Management. Telemonitoring. Primary Health Care. Family Practice. Patient Discharge

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 Tipo da Internação	25
Gráfico 2- Internações Clínicas por Covid - 19	26
Gráfico 3 - Causas de Óbitos por mês	28
Gráfico 4 - Total de Óbitos e Óbitos por Covid	28

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Total de Internações no período de janeiro a julho de 2021	26
Quadro 2 - Desfecho das Internações	28
Quadro 3 - Desfecho do telemonitoramento	32
Quadro 4 - Sem telemonitoramento	32
Quadro 5 - Síntese dos Resultados	34
Tabela 1 - Causas de Óbito	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
BNDES SOCIAL	BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E
AIH	AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Atenção Primária à Saúde na Rede Suplementar	15
2.2 Médicos de Família e Comunidade na Atenção Suplementar	18
2.3 O Telemonitoramento como ferramenta na Coordenação do Cuidado Pós-Alta Hospitalar	20
3 OBJETIVOS	23
Objetivo geral	23
Objetivos específicos	23
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 - Análise dos dados da internação hospitalar	26
5.2 - Análise dos dados do Telemonitoramento	31
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO USO DE DADOS SECUNDÁRIOS	43
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS	44

1 INTRODUÇÃO

A Coordenação do cuidado é considerada um dos quatro atributos essenciais da Atenção Primária. Ela significa estabelecer conexões de modo a alcançar o propósito maior de atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com qualidade e continuidade, reduzindo os custos e diminuindo as internações hospitalares evitáveis (ALMEIDA *et al.*, 2018).

É possível identificar uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado nas literaturas. Starfield (2002, p.365), refere que “a coordenação é um estado de estar em harmonia com uma ação ou esforço comum”, muitas vezes envolvem elementos da integração de uma rede de ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

As ações de coordenação, dessa forma, pressupõem uma construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos. É na atualidade um instrumento indispensável para gestores e instituições que buscam a melhoria no acesso e na qualidade da atenção. Quanto mais pessoas e serviços envolvidos no processo de cuidado, e quanto maior a complexidade das intervenções a serem realizadas, maior será o nível de coordenação para a resolução desejada (CRUZ *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o uso de tecnologia da comunicação na saúde, entre elas o acompanhamento por telefone, pode facilitar a continuidade dos cuidados, oferecendo orientações, conforme necessidade de cada paciente, assim, sendo utilizada como instrumento no planejamento da assistência oportunizando a coordenação do cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O telemonitoramento é o que descreve este acompanhamento remoto de dados de saúde do local onde o paciente se encontra até o local de realização do monitoramento, interpretação e análise, sendo uma das mais importantes aplicações da telemedicina. O seu uso vem aumentando e há esforço para fornecer

alta qualidade no cuidado visando também ao custo-benefício. Os principais benefícios relatados são: a desospitalização, a saúde preventiva, diagnóstico precoce, aumento na expectativa de vida e melhora do conforto (CRUZ; MALDONADO; GADELHA, 2020).

Conforme a revisão sistemática da literatura dos autores Delphinis, Souza e Santana (2015), demonstraram diferentes formas da utilização do acompanhamento por telefone: alguns enviavam mensagens como forma de lembretes para comparecimento em consultas ambulatoriais, melhorando significativamente a adesão ao tratamento e mostraram-se eficientes em diminuir o não comparecimento nas consultas, por permitirem notificação prévia de cancelamentos pelo paciente e facilitarem o reagendamento. Outros, através de questionários, puderam identificar antecipadamente a necessidade de alteração dos cuidados realizados em domicílio e realizar orientações ao paciente e ao seu acompanhante, definindo assim, que o acompanhamento por telefone está diretamente associado à continuidade da prestação do cuidado.

Valer-se do telemonitoramento como ferramenta para auxiliar na condução dos casos após a alta hospitalar torna-se um processo de transição adequado que pode melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde (CRUZ; MALDONADO; GADELHA, 2020).

A alta hospitalar, muitas vezes, pode trazer mudanças no cotidiano dos pacientes, com eventual necessidade de acréscimo de medicações e cuidados no domicílio que nem sempre conseguem ser abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar ou no momento da alta. É um momento que requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, considerando as condições e as particularidades de cada um. Mesmo os pacientes que se sentem preparados no momento da alta, quando retornam para casa, se deparam com incertezas acerca do tratamento e da recuperação (WEBER *et al.*, 2017).

Mendes (2011) refere que a resposta adequada implica organizar de forma integrada sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção ambulatorial e hospitalares secundários e terciários, ou seja, estabelecer no centro de comunicação da rede a APS, a qual se associa a uma sistema com movimento em círculo. Então, este paciente que recebe a alta hospitalar, na Atenção Terciária, deve retornar para a continuidade de seus cuidados na Atenção Primária.

Com isso, a APS como oferta de serviço para o cuidado em saúde tem sido discutida nas instituições privadas, através de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com o propósito de contribuir na melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos de saúde. A necessidade de um novo modelo de prestação de saúde no serviço suplementar é justificado tendo em vista que o processo atual pautado em ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, focada na assistência médico-hospitalar especializada e valorizando apenas as questões biológicas, tem se tornado insustentável quando oferecido na proposta vigente dessa assistência (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Nesse panorama, uma clínica pertencente a uma Operadora de Saúde privada, no município de Itajaí localizada no estado de Santa Catarina, tem motivado a reorganização da atenção à saúde fornecida, a partir de uma prática focada nos moldes da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a coordenação do cuidado para uma melhora nos indicadores de saúde, com redução de gastos e maior satisfação dos beneficiários.

Um dos planejamentos desenvolvidos pela clínica foi a articulação com o hospital pertencente à mesma Operadora de Saúde para a realização do telemonitoramento pós-alta de seus beneficiários na intenção de oferta de continuidade do cuidado, com uma prática profissional centrada na pessoa, em suas necessidades e nos recursos disponíveis. A idealização desta iniciativa aconteceu após a percepção da autora principal deste trabalho, que é médica de Família e Comunidade, sobre o seu processo de assistência e os elementos que facilitavam ou dificultavam as atividades de continuidade do cuidado de seus pacientes, como: a comunicação, o sistema de prontuário eletrônico informatizado e o apoio

institucional.

Diante dessa contextualização surge a seguinte questão norteadora deste estudo:

Através da trajetória do desenvolvimento do programa de telemonitoramento pós-alta hospitalar realizado pelas médicas de Família e Comunidade da clínica de Atenção Primária de uma rede suplementar na cidade de Itajaí/SC/Brasil, quais as suas possíveis repercussões para a coordenação e continuidade do cuidado em saúde dos beneficiários do plano de saúde?

A justificativa deste estudo se faz relevante, a partir do entendimento que experiências como essas devem ser difundidas, possibilitando que outros locais possam ter iniciativas semelhantes e que possa haver um diálogo sobre as potencialidades e limites da ação. A produção acadêmica, na saúde suplementar, tendo como objetivo a coordenação do cuidado, realizada pela equipe de atenção primária à saúde, e a alta hospitalar, é demasiadamente escassa, dado a dificuldade de acesso aos sistemas de informação e levantamento de dados confiáveis que permitam analisar o desenvolvimento das estratégias e instrumentos de cuidado, que constituem um importante desafio aos sistemas de saúde, demandando avaliações para sua efetiva implementação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi elaborada com o desenvolvimento de revisão narrativa, que descreve e discute o “estado da arte”, sob ponto de vista teórico e contextual. Constitui, basicamente, a análise da literatura publicada em livros, artigos publicados em anais de congressos, artigos de revistas impressas e/ ou eletrônicas analisados interpretativamente pela autora, não sendo necessário informar as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. (ROTHER, 2007).

O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de janeiro de 2021 a julho de 2021. A análise da literatura foi mediada pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “coordenação do cuidado”, “atenção primária à saúde”, “telemonitoramento”, “telenfermagem”, “percurso assistencial”, “agência nacional de saúde suplementar”, “telessaúde” e “medicina de família e comunidade” em pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), nos idiomas inglês, português e espanhol.

2.1 Atenção Primária à Saúde na Rede Suplementar

A iniciativa privada em saúde, conhecida também como Saúde Suplementar, foi autorizada a partir da constituição de 1988, artigo nº199, no Brasil. O marco regulatório ocorreu no ano de 1998, com a publicação da Lei Federal no 9.656, e suas bases estabelecidas no ano de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável pela regulação do setor (FRAGA; TAVARES, 2017).

Segundo o relatório de acompanhamento mensal da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no mês de abril de 2021 mostrou que 48,1 milhões de pessoas estão cobertas por planos e seguros privados de assistência médica, que oferecem diferentes tipos de coberturas assistenciais, como planos ambulatoriais, hospitalares com ou sem obstetrícia (FENASAÚDE, 2021). Existem

diferentes tipos de operadoras, como as seguradoras, as cooperativas médicas e as empresas de autogestão, assim como planos individuais e coletivos. Há também oferta privada de serviços, no setor saúde, não circunscrita ao segmento de planos e seguros de saúde, bem como contratação de serviços privados e filantrópicos, pelo SUS, em caráter complementar (MACHADO; MELO; NUNES, 2019).

O modelo de prestação dos serviços em saúde aplicado na saúde suplementar foi constituído e ainda é muito pautado na fragmentação do cuidado, na ênfase em procedimentos, nas diretrizes biologicistas e interesses de mercado. Esse padrão assistencial predominante não enxerga o processo saúde/doença e seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, focadas no atendimento centrado no médico-hospitalar especialista e valoriza apenas as questões biológicas, sendo considerado pouco eficiente, pouco eficaz e pouco efetivo (OLIVEIRA *et al.*, 2016; MACHADO; MELO; NUNES, 2019).

Nesse modelo assistencial, os usuários são atendidos a partir da demanda espontânea, motivados pela presença de sintomas ou doenças. Existe um abundante número de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde. Além disso, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou são totalmente desconsideradas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Starfield (2002), ressalta que os melhores níveis de saúde ocorrem em países que adotaram medidas eficazes de fortalecimento da Atenção Primária como Cuba e Canadá, ao contrário dos países industrializados com sistemas de saúde baseados em tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas que estão sobre o controle de especialistas que trabalham nos hospitais.

Para melhor entendimento, cabe esclarecer que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e:

se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Estima-se que 80% dos problemas de saúde de uma população possam ser resolvidos nesse nível de assistência (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi uma das estratégias adotadas durante a implementação do SUS, tendo em vista a garantia do acesso universal. Em 1994, instituiu-se, como principal modelo, o Programa Saúde da Família, que foi posteriormente conceitualizado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Além de atributos internacionalmente reconhecidos, como acesso e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, merecem destaque também, na APS brasileira, o trabalho em equipe multiprofissional e a forte característica territorial. Isso é observado nos modos de adscrição, na consideração a problemas e riscos coletivos à saúde e na figura do agente comunitário de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2017; ANS, 2018).

A ANS tem estimulado as operadoras de planos de saúde a adoção de estratégias similares à APS na saúde suplementar, com destaque para a Medicina de Família e Comunidade. As primeiras políticas indutoras foram criadas em 2004, por meio dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, voltados para grupos de risco e doentes crônicos, ofertando gerenciamento do cuidado, adoção de práticas cuidadoras e integrais, por meio de equipes multiprofissionais, com regulação de acesso a especialidades (OPAS, 2014).

Dentre as novas operações traçadas, destacam-se: a vinculação de lista de pacientes a um mesmo serviço com médicos de família e comunidade; adesão voluntária dos segurados com mensalidades mais atrativas; mecanismos de acreditação de planos com APS; remuneração diferenciada a prestadores; descontos no valor da margem de solvência da operadora pelo desenvolvimento de programas promoção da saúde e prevenção de riscos; além de parceria com o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para fomentar a

estruturação de serviços privados de APS (MACHADO; MELO; NUNES, 2019).

Atualmente, devido a crises políticas, econômicas e sociais, o Ministério da Saúde expressou apoio à desregulação do setor de saúde suplementar e à criação de planos de saúde de baixa cobertura assistencial, chamados de acessíveis ou populares. Algumas operadoras passaram a ofertar cuidados em APS em unidades próprias e credenciadas e reorientaram sua porta de entrada, controlando as idas a especialistas e o consumo de exames. A Medicina de Família e Comunidade passa a figurar como força de trabalho útil para o setor privado. De fato, a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado (MACHADO; MELO; NUNES, 2019).

Os desafios seriam vencer a cultura por parte da população de valorização do especialista e do hospital, além de conseguir desenvolver resultados favoráveis nas primeiras iniciativas. Estes resultados incentivaram novas operadoras a desenvolver este modelo em outros locais (OLIVEIRA *et al*, 2016).

2.2 Médicos de Família e Comunidade na Atenção Suplementar

Na trajetória da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, foi construída com muitos embates políticos marcados por diferentes discursos. Esses vão desde a mudança de nomenclatura até discordâncias entre prioridades clínicas individuais e práticas coletivas, de gestão e planejamento na atuação dos médicos de família e comunidade. É uma especialidade formalizada pela Comissão Nacional de Residência Médica desde 1981 com o nome inicialmente de Medicina Geral Comunitária (MGC) (FALK, 2004).

Enquanto especialidade médica, a Medicina de Família e Comunidade vem investindo nos últimos anos na consolidação de conhecimentos e práticas voltados para uma clínica centrada na pessoa e não na doença, com um cuidado continuado e na gestão de planos terapêuticos individuais e familiares. A dimensão de comunidade, por sua vez, é abordada por meio do olhar epidemiológico na avaliação de um território adscrito (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Os médicos que praticam a atenção primária devem tolerar a ambiguidade

porque muitos problemas nunca alcançam o estágio de um diagnóstico que possa ser codificado utilizando a nomenclatura padrão de diagnóstico. Eles devem sentir-se confortáveis em estabelecer e manter um relacionamento de confiança com os pacientes e em lidar com problemas para os quais não há nenhuma aberração biológica demonstrável. Assim, irá se garantir a escuta de conselhos, decisões personalizadas junto ao paciente sobre intervenções apropriadas, cuidados mais efetivos fora do hospital, melhor direcionamento de intervenções caras para aqueles com mais chances de benefício, uso limitado de intervenções com taxa de dano significativa, melhor aceitação de doenças autolimitadas e apoio emocional (STARFIELD, 2002; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

De fato, a maior continuidade de cuidados oferecida por esses profissionais gera melhores desfechos de saúde, maior qualidade, pacientes mais satisfeitos e controle de custos. A efetiva coordenação, com seu foco na população e na atenção primária, deve concentrar-se na educação e em serviços clínicos preventivos, na mudança de comportamento para o paciente individual e no cuidado pessoal e continuado (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Referências internacionais serviram de base para adotar-se, recentemente, uma perspectiva liberal da profissão, incluindo o incentivo a estratégias de entrada da Medicina de Família e Comunidade no setor privado e a relativização da necessidade de um sistema público e universal. Alguns autores que defendem a atuação desta especialidade na saúde pública, relatam um agressivo movimento de algumas operadoras de planos de saúde para contratar médicos de família para atuar no setor privado, discursam também que esse movimento pode aumentar ainda mais o déficit desses profissionais no SUS e gerar mais iniquidade no acesso aos serviços de saúde. E ainda debatem que a formação voltada para a comunidade, atividades em grupo, terapia familiar, práticas integrativas não fazem parte das competências priorizadas ou mesmo possíveis nesse cenário, de maneira que o título de médicos de família e comunidade é clivado em sua construção ideológica (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

O fato é que as políticas de austeridade, caracterizadas por forte restrição do orçamento na área social, incluindo as verbas destinadas à saúde, como o congelamento do orçamento federal da saúde e educação por um período de 20

anos, aprovado pelo parlamento brasileiro em 2016, poderá restringir a expansão de serviços, trazendo fechamento de outros e inevitavelmente provocando impacto no exercício da Medicina de Família e Comunidade no Brasil (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Segundo o estudo da demografia médica no Brasil, o número de médicos de família ainda é muito pequeno. Em análise deste ano de 2018, foi mostrado que temos no país 5.438 médicos de família, computando aqueles com residência médica e/ou título de especialista. Este número é claramente insuficiente para ocupar a APS no SUS e a expansão necessária na saúde suplementar. Além disso, encaramos uma desigualdade na distribuição desses profissionais no território, concentrando o maior número de médicos de família nas regiões sul e sudeste do Brasil (SCHEFFER, *et al*, 2020).

Com a crescente demanda da saúde suplementar, este serviço passou a ser uma opção de trabalho para o médico de família. A saúde suplementar possui frequentemente uma remuneração melhor para o médico de família do que o SUS, além de permitir um acesso maior ou mais rápido a exames complementares e aos especialistas quando for necessário. Além disso, permite também uma maior flexibilidade de horário de trabalho. E independente de qual local de atuação, os médicos de família valorizam seu papel na coordenação e na integração de cuidados delineados conforme as necessidades e as circunstâncias de cada paciente registrado com eles. Por se tratar de um assunto recente, mais elementos desse processo necessitam estudos que englobam a autonomia do profissional e atuação liberal do médicos de família e comunidade, as mudanças no setor privado ao incorporar médicos de família e comunidade e a resposta dos beneficiários à criação de planos de saúde com a proposta de atenção integral à saúde (MACHADO; MELO; NUNES, 2019).

2.3 O Telemonitoramento como ferramenta na Coordenação do Cuidado Pós-Alta Hospitalar

Um dos maiores desafios dentro dos sistemas de saúde brasileiro é fortalecer as intervenções de saúde para a prevenção e a promoção da saúde, em nível

individual ou populacional, de longo prazo e com envolvimento contínuo. A atenção primária, por meio da medicina de família, oferece um ambiente único para os cuidados pessoais e continuados (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como de seus fatores associados, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, as quais devem ter como objetivo: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos (VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

Ao monitorar a saúde em vez da doença, o modelo direciona o investimento dos recursos do sistema para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e redução do impacto na funcionalidade. Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações. Tais arranjos são implementados por meio de práticas de coordenação e envolvem fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos (ALMEIDA, *et al.*, 2010).

Diferentes abordagens, dentre as quais o telemonitoramento tem se destacado como um importante instrumento de inovação para a garantia do cuidado em saúde coordenado. Esta modalidade de atendimento tem crescido muito nos últimos anos, principalmente devido a pandemia do covid-19, salientado pelo baixo custo, pela rapidez, pela integridade, segurança e pelo sigilo das informações garantidas. As intermediações no processo educacional pelo uso do telefone, aumentou as possibilidades de comunicação e aquisição de informações, o que alterou a forma de viver, trabalhar, organizar-se socialmente e também de aprender na atualidade (RODRIGUES, *et al.*, 2020).

Muitas pesquisas têm demonstrado que o telemonitoramento é a ferramenta tecnológica que através da intervenção de acompanhamento por telefone

transforma-se no elo de ligação entre o paciente e a rede de assistência, permitindo que esse paciente seja assistido continuamente por um profissional da saúde, visando identificar situações de risco, prevenindo complicações e reinternações mediante avaliação e suporte contínuos, principalmente no pós-alta hospitalar (PINHEIRO *et al.*, 2017; SOUZA, 2018; LANZA *et al.*, 2020).

A atenção primária assumindo a responsabilidade de coordenadora desse processo de comunicação tendo como foco, favorecimento do cuidado de maneira apropriada e eficiente para o sistema de saúde, pode diminuir, por exemplo, o tempo entre o período pós alta hospitalar e a marcação da consulta ambulatorial para continuidade do tratamento, o que pode ser traduzido como um fator contribuinte às readmissões hospitalares, pois os pacientes acabam por dar continuidade ao tratamento e retornam ao hospital. Considera-se então, que o uso do telemonitoramento pode ser aperfeiçoado para o planejamento de intervenções assim como para estimar possíveis dados estatísticos que contribuam para o setor epidemiológico. Portanto, a mediação que a tecnologia na educação possibilita é crescente, aumentando as oportunidades de atingir diferentes públicos (PINHEIRO *et al.*, 2017).

3 OBJETIVOS

Considerando a questão norteadora do estudo, foram definidos os objetivos apresentados a seguir.

Objetivo geral

- Descrever o desfecho do telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde, realizado pela equipe de médicas de Família e Comunidade, atuantes em uma clínica de Atenção Primária da rede suplementar de saúde com foco na coordenação do cuidado, no município de Itajaí em Santa Catarina.

Objetivos específicos

- Identificar os principais motivos de internação hospitalar dos beneficiários do plano de saúde, em um serviço de saúde suplementar.
- Descrever as causas de óbito, no período de internação hospitalar, dos pacientes de um serviço de saúde suplementar, no intervalo entre os meses de janeiro a julho de 2021.
- Apresentar os resultados do Telemonitoramento pós-alta hospitalar pela equipe composta por médicas de Família e Comunidade, em um serviço de saúde suplementar, com foco na coordenação do cuidado dos pacientes, no período de Janeiro a Julho de 2021.
- Relatar os desafios e as potencialidades encontradas durante o processo de desenvolvimento e da realização do telemonitoramento pós-alta hospitalar aos beneficiários do plano de saúde, pelas médicas de Família e Comunidade inseridas em uma clínica de Atenção Primária da rede suplementar no município de Itajaí em Santa Catarina.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, feito a partir do levantamento de dados secundários obtidos após o telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde de uma clínica de Atenção Primária da rede suplementar de saúde no município de Itajaí em Santa Catarina, no período de janeiro a julho de 2021.

O programa de Telemonitoramento Pós Alta Hospitalar foi idealizado na metade do ano de 2020, quando observou-se um aumento de relato de pacientes com procura de atendimento ambulatorial pós alta hospitalar, nesse centro clínico de um plano de saúde na cidade de Itajaí, Santa Catarina. Com isso, foi realizada uma reunião com a gestão do hospital de referência, particular e de propriedade do plano de saúde, em outubro de 2020, para apresentar o projeto e após essa reunião foi possível o acesso aos dados secundários da internação hospitalar. O recorte temporal escolhido compreende os meses de janeiro a julho de 2021 para as internações. A delimitação desse horizonte temporal justifica-se com o começo do programa de telemonitoramento pós alta hospitalar com início em janeiro de 2021, e o mês de julho constitui o período de avaliação de 6 meses do programa de telemonitoramento.

Os dados sobre as internações foram coletados a partir do Sistema de Informações do hospital de referência, mediante informações consolidadas das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), classificados por mês de internação. As variáveis de interesse do estudo compreendem total de internados, tipo de internação (clínica, cirurgia, traumatologia, ginecologia, urologia, reinternação), desfecho da internação (alta, óbito, internado), desfecho do telemonitoramento (consulta presencial, consulta com especialista, retorno se necessário, teleconsulta, visita domiciliar, sem telemonitoramento realizado).

Os dados selecionados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Excel para a sua organização, onde as variáveis foram agrupadas por mês referente a internação hospitalar e procederá a análise estatística descritiva.

O estudo foi realizado através de dados secundários, devidamente autorizados pela diretoria operacional do hospital de referência, sem possibilidade

de identificação individual das informações e os dados pessoais dos pacientes não foram consultados. Assim, consoante as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foram respeitados os princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, sendo dispensada a aprovação do comitê de ética em pesquisa. O termo de consentimento para utilização dos dados consta no anexo 1.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para descrição e discussão dos resultados, esse capítulo será dividido em dois momentos. No primeiro, identificando os dados da internação hospitalar e no segundo, discutindo os dados encontrados do telemonitoramento.

5.1 - Identificação dos dados da internação hospitalar

Na busca por promover o cuidado contínuo e manter o vínculo do beneficiário com o centro clínico, foi realizada a avaliação do monitoramento remoto no pós alta hospitalar. Uma concepção ampliada do cuidado, através de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, podem ocorrer por meio de continuidade assistencial entre os níveis de atenção, entre hospital, domicílio e atenção primária à saúde (DAVID *et al.* 2020).

O processo de alta hospitalar não é apenas uma transferência de assistência do âmbito hospitalar para o ambiente domiciliar, necessita de cuidado coordenado e integrado, muitas vezes multiprofissional, com profissionais capacitados que ajudam a inserir a família no cuidado e desfruta do meio para ensinar o beneficiário a ter autonomia (BRASIL, 2020).

Por outro lado, muitas vezes o paciente tem alta hospitalar e não têm continuidade do cuidado. Por esse ângulo, o telemonitoramento como ferramenta de continuidade do cuidado envolve ações de saúde coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em variados panoramas de atenção à saúde.

O telemonitoramento foi realizado aos beneficiários que tiveram internação hospitalar no período de 01 de janeiro de 2021 a 30 de junho de 2021, assegurando a coordenação do cuidado, acolhimento e monitoramento das condições de saúde. Nesse período foram registradas 430 internações hospitalares, conforme apresentado na quadro 1, e fruíram como motivo da internação o tratamento clínico (183 pacientes), cirúrgico (71 pacientes) e traumatológico (93 pacientes), sendo as condições clínicas a maioria das causas de hospitalização nesse período (42,56%) (Gráfico 1).

Em um estudo realizado por Gomes (2018), ao avaliar o perfil das

internações clínicas e cirúrgicas de um hospital geral, mostrou que a clínica médica, o setor de emergência e a especialidade de clínico geral receberam o maior número de internações, representando 30,6% em comparação com a internação por cirurgia geral, com 14,9% dos internados, conforme encontramos em nossa pesquisa, uma maior internação por motivos clínicos.

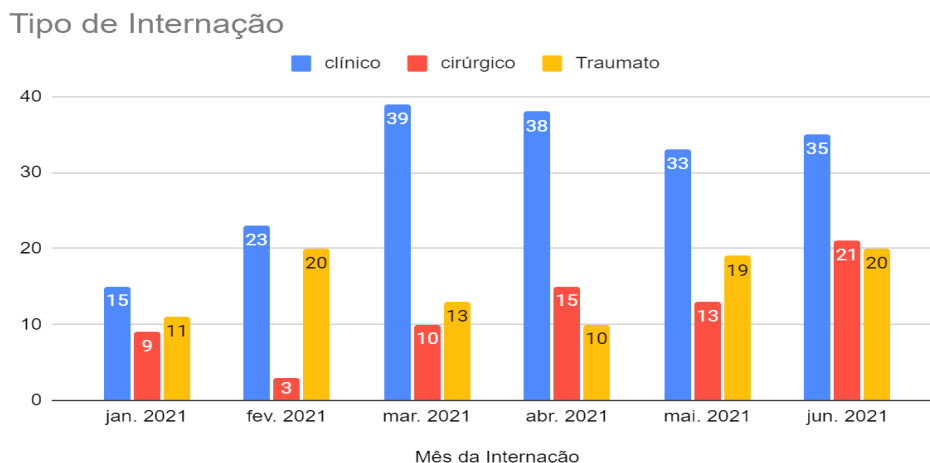
Ao buscar o banco de dados do painel Coronavírus, do Ministério da saúde, observou-se que, no mesmo período estudado, ocorreram 5.607.033 internações hospitalares, sendo 2.467.485 (44%) por motivos clínicos e 1.468.848 (26,19%) por internações cirúrgicas. Esses dados nacionais reforçam os resultados encontrados no estudo. (DATASUS, 2021)

Quadro 1 - Total de Internações no período de janeiro a julho de 2021

Mês da Internação	Mês da Internação	Total de Internados
jan 2021	jan 2021	56
fev 2021	fev 2021	60
mar 2021	mar 2021	73
abr 2021	abr 2021	78
mai 2021	mai 2021	74
jun 2021	jun 2021	89
Total Geral	Total Geral	430

Fonte: criado pela autora

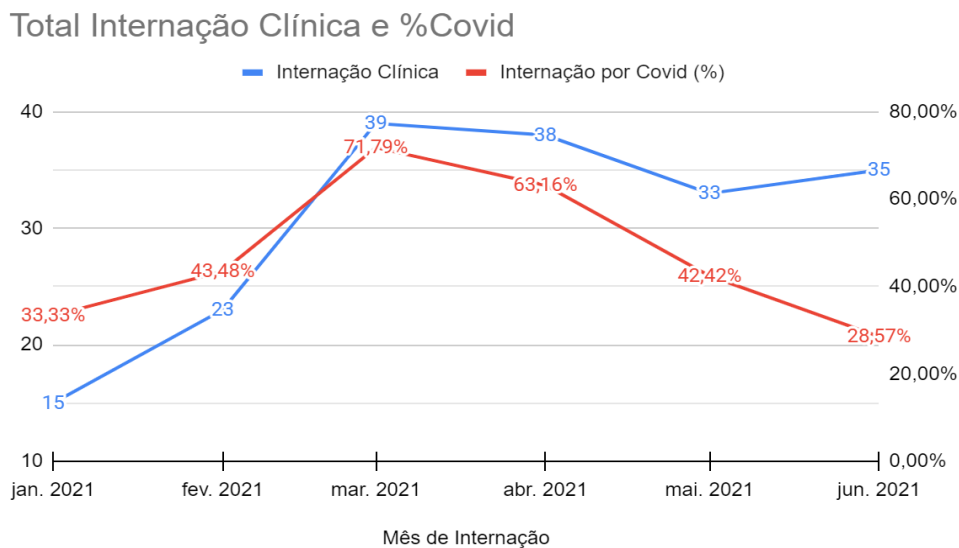
Gráfico 1 - Tipo da Internação



Fonte: criado pela autora

No gráfico 2, foi identificadas as internações clínicas e deparou-se com 97 pacientes (53,01%) hospitalizados por infecção causada pelo Covid-19.

Gráfico 2- Internações Clínicas por Covid - 19



Fonte: criado pela autora

Conforme o Boletim Covid 2021, no primeiro semestre de 2021 ocorreu um movimento de aceleração de casos e óbitos que o país ainda não tinha vivenciado. (BRASIL, 2021)

Beneficiando-se dos dados do Boletim Epidemiológico do estado de Santa Catarina, em relação à situação dos casos confirmados, na semana 41 (até 16 de outubro de 2021), apresentou uma queda de 19% de novos casos de covid-19. Além disso, observa-se que o número de óbitos semanais tem apresentado estabilidade com pequena variação entre as semanas.

No estudo realizado por Santos (2021), no período de fevereiro a dezembro de 2020, avaliando todas as internações hospitalares ocorridas no Brasil no âmbito do SUS, foi observado que 4,9% dos internados tiveram como principal conduta o manejo do coronavírus, diferente dos dados encontrados em nossa pesquisa que observou 22% de todas as internações foram por Covid-19.

Ao considerar o desfecho das internações no hospital de referência, no período analisado, a alta hospitalar ocorreu em 368 pacientes (85,58%) e óbitos em 25 casos (5,81%). (quadro 2)

Quadro 2 - Desfecho das Internações

Mês da internação	Total de pacientes	Total de altas	Total de óbitos
abr. 2021	78	63	5
fev. 2021	60	45	1
jan. 2021	56	47	4
jun. 2021	89	89	3
mai. 2021	74	70	4
mar. 2021	73	54	8
Total Geral	430	368	25

Fonte: criado pela autora

Em relação aos óbitos, conforme o tabela 1, verifica-se como a principal causa de óbitos (72%) as complicações relacionadas a infecções por Covid-19, seguido de complicações de doença cardíaca (12%), sepse por infecção não Covid (8%) e complicações pós internação de fratura de fêmur (8%).

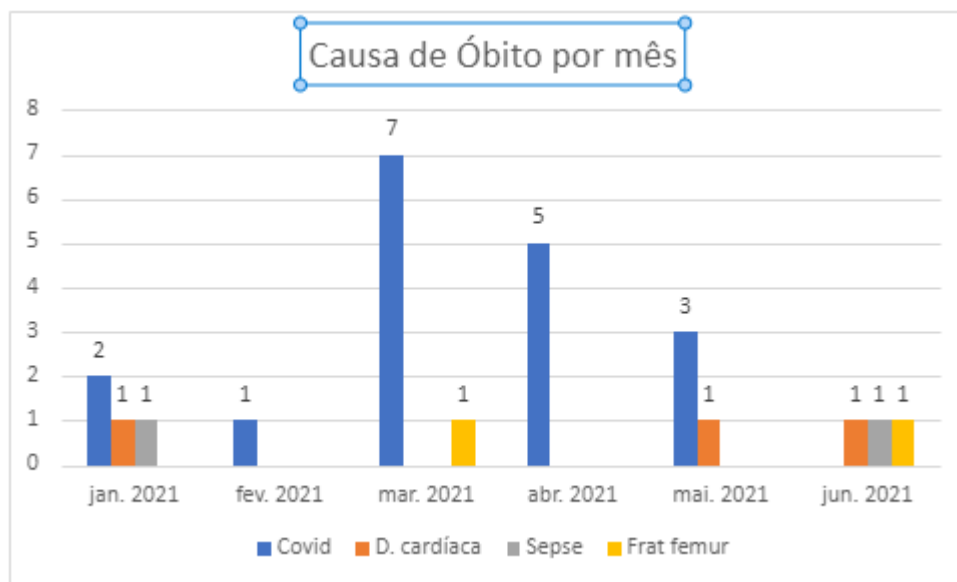
Tabela 1 - Causas de Óbito

Causas de óbito	Covid	Doença cardíaca	Sepse	Complicações pós internação de Fratura fêmur
%	72%	12%	8%	8%
Total	18	3	2	2

Fonte: criado pela autora

Como mostra o gráfico 3, os números mais expressivos de óbitos por complicações do Covid - 19 foram nos meses de março e abril.

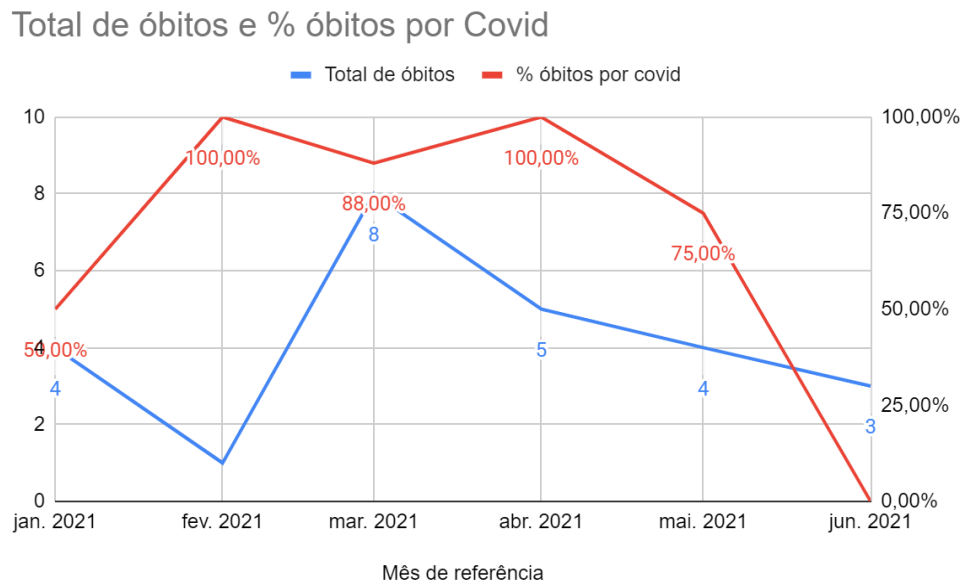
Gráfico 3 - Causas de Óbitos por mês



Fonte: criado pela autora

No gráfico 4, ao constatar o total de óbitos, observa-se um aumento das mortes por complicações causadas pela infecção do Covid - 19, principalmente nos meses de março e abril, sendo responsável por 69% do desfecho. Esses resultados corroboram com os dados apresentados nos boletins epidemiológicos, que revelam que, entre 7 de janeiro a 19 de junho houve aumento de óbitos, registrando a marca de 500 mil óbitos por Covid - 19. (BRASIL, 2021)

Gráfico 4 - Total de Óbitos e Óbitos por Covid



Fonte: criado pela autora

O aumento da incidência de casos costuma ser seguida pelo aumento no número de óbitos, o que infelizmente projeta a manutenção de tendência de alta da mortalidade ao longo dos meses.(BRASIL, 2021)

5.2 - Descrição dos dados do Telemonitoramento

O telemonitoramento foi executado pelas médicas de família e comunidade, através de ligação telefônica aos pacientes pós alta hospitalar. Como descrito anteriormente, 368 pacientes receberam alta hospitalar, porém foi possível a realização da vigilância em apenas 163 dos beneficiários. Durante a verificação dos dados, observou-se que as profissionais tentaram contato com 285 pacientes, entretanto não obtiveram sucesso com 120 pacientes e não foi realizado nenhum tipo de contato com 65 beneficiários. O motivo da não obtenção do sucesso nas ligações foram: telefone inexistente, não atenderam a ligação e número de telefone errado.

Ao apresentar os desfechos dessa vigilância, observa-se, conforme quadro 3,

que sucedeu-se em, 16 consultas presenciais, 24 atendimentos domiciliares, 8 pacientes realizaram teleconsulta, 71 beneficiários mantiveram o acompanhamento com o médico da especialidade focal e 44 pacientes o retorno ficou conforme necessidade e demanda, não sendo agendada nenhuma maneira de consulta. Além disso, para muitos pacientes não foi possível realizar o telemonitoramento, conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 3 - Desfecho do telemonitoramento

Telemonitoramento	consulta presencial	teleconsulta	visita domiciliar	retorno se necessário	acomp com especialista
jan. 2021	2	1	2	5	8
fev. 2021	1	1	3	19	6
mar. 2021	1	1	6	8	7
abr. 2021	4	2	3	5	13
mai. 2021	4	2	5	1	16
jun. 2021	4	1	5	6	21
total	16	8	24	44	71

Fonte: criado pela autora

Quadro 4 - Sem telemonitoramento

mês	Não atendeu	telefone errado/ inexistente	telefone desligado	sem tentativa de contato	total
Janeiro	3	4	5	11	23
Fevereiro	2		4	8	14
Março	9	1	7	2	19
Abril	9	4	4	18	35
Maio	14	2	3	18	37
Junho	28	9	1	3	41

Fonte: criado pela autora

A continuidade do cuidado promove a transferência segura e oportuna dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção, incluindo atividades desde a admissão, alta do paciente e pós-alta. A comunicação entre os profissionais sobre a alta hospitalar com elaboração do plano de alta, orientação do paciente e familiares/cuidador para o autocuidado, adesão ao tratamento e acompanhamento pós-alta são fatores que facilitam o processo de melhora clínica (ALLEN *et al.*, 2014).

Esse processo de transferência do cuidado entre níveis de atenção ocorre com obstáculos que ainda desafiam o exercício desse processo. A participação ativa do paciente e/ou cuidador responsável na elaboração do plano de cuidado para a alta, a troca de informações e a continuidade do tratamento do paciente após a internação são fragilidades enfrentadas pela equipe de assistência de referência. No ponto de vista da equipe de coordenação do cuidado, é notável as falhas no sistema de referência e contrarreferência, dificuldade na comunicação entre os profissionais, desconhecimento da equipe hospitalar sobre o funcionamento do centro clínico como rede de apoio a saúde, pouca troca e dificuldades na coordenação do cuidado em rede, não havendo a transição para atenção primária, principalmente na saúde suplementar. (MAURO, 2021)

Um estudo piloto de telemonitoramento realizado com americanos veteranos de guerra, Veteran Health Administration (VHA), entre 2000 e 2003, evidenciou nos resultados uma queda de 40% de procura de atendimento nas emergências, redução em 63% das internações hospitalares, diminuição de 88% na assistência domiciliar e aumento de 90% na taxa de satisfação do paciente em relação à assistência à saúde (BRODERICK A, 2013).

Para Costa *et al.*, o monitoramento da transição do paciente após a alta hospitalar é outro ponto importante para promover a continuidade do cuidado. Existem recomendações e normas técnicas do Programa Melhor em Casa para o cuidado do paciente com suspeita ou diagnóstico de infecção por Covid 19, por exemplo. Essas orientações estão relacionadas a certificação e salubridade do ambiente residencial para a prestação do cuidado dos pacientes em alta hospitalar, apoio e orientações ao paciente e familiares, através de um meio de comunicação

efetivo e imediato com a equipe de atendimento domiciliar, garantindo a segurança de todos. Essas precauções devem ser orientadas na alta hospitalar em conjunto com a equipe assistente de acompanhamento em domicílio, o que, na maioria das vezes, não acontece essa troca de informações. (BRASIL, 2021)

As tecnologias de comunicação aplicadas à saúde estão, cada vez mais, aliadas aos profissionais e sistema de saúde. O telemonitoramento como ferramenta para avaliações médicas periódicas, mudanças do estilo de vida e melhoria das condições de saúde se torna uma nova forma de prestação de serviço em saúde. Esse novo instrumento de cuidado promove o gerenciamento do paciente após a alta hospitalar, coincidentemente observado no telemonitoramento apresentado. (HERNANDEZ, *et al.* 2020)

Conforme Katz, *et al.* (2020), o suporte telefônico estruturado e o telemonitoramento (com ou sem uso de dispositivos avançados) apresentam potencial para incrementar não somente adesão medicamentosa, mas também o engajamento no sentido mais amplo, tornando o paciente protagonista do próprio processo terapêutico.

Um estudo, que avaliou a adesão do tratamento através de mensagens de texto, resultou em um aumento estatisticamente significativo de 16% na taxa de adesão medicamentosa nos pacientes que receberam as mensagens estimulando o uso das medicações, corroborando que o uso de tecnologias em saúde permite amplificar as ações que visam aumentar o engajamento do paciente, inclusive no período pós alta hospitalar. (KATZ, *et al.* 2020.; WALD, *et al.* 2020)

Ao observar os atendimentos realizados em domicílio, evidencia-se que esse modelo de atendimento é uma importante ferramenta de acompanhamento e aproximação do profissional de saúde com a familiar e paciente, de maneira individual ou compartilhada (BRASIL, 2013). A equipe de coordenação do cuidado pode ser vista como mecanismo de apoio aos cuidados em domicílio aos pacientes dependentes, e nesse sentido, a equipe de saúde responsável pelo atendimento em casa pode realizar um cuidado sistemático, coordenado e centrado na pessoa. O paciente desospitalizado e dependente precisa de apoio profissional para se preparar para os responsáveis nos quesitos gerir, dimensionar e prover recursos para atender às necessidades do cuidado em domicílio. (SILVA, *et al.* 2020)

O processo de cuidado através do telemonitoramento dos pacientes na alta hospitalar, conforme descrito no trabalho, apresenta ações voltadas na coordenação do cuidado no sistema de saúde suplementar, que ofertou consultas presenciais, atendimento domiciliar e teleconsulta.

A seguir, no Quadro 5, serão detalhados os benefícios e as dificuldades apresentados nesse estudo.

Quadro 5 - Síntese dos resultados

Benefícios
continuidade do cuidado pós-alta hospitalar
satisfação do paciente
segurança do paciente
melhora taxa de adesão ao tratamento
vínculo com a equipe de cuidado
Dificuldade
processo de transferência entre os níveis de atenção
falha no sistema de referência contrarreferência
dificuldade de comunicação entre os profissionais
cadastros incompletos

Fonte: criado pela autora

6 CONCLUSÃO

Ao avaliar o panorama da desospitalização, emerge desafios da atenção hospitalar, junto com o cuidado coordenado das equipes de atenção primária à saúde (APS), podemos observar que os principais motivos de internação hospitalar dos beneficiários, no período da pesquisa foram por motivos clínicos, cirúrgicos e traumatológicos. Diante disso, há necessidade de pensar e organizar uma assistência que possa contemplar, para além do cuidado durante a internação, a integralidade e o compromisso com a atenção centrada no paciente, englobam as ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar.

Buscar estratégias para perfazer um planejamento de execução de uma atenção integral, humanizada, segura e qualificada visando a continuidade do cuidado aos beneficiários, deve ser a essência da conjunção de funções de variados atores de diferentes categorias da saúde.

Neste contexto, o uso de tecnologias, como telemonitoramento para a prestação de serviços é um resultado inovador, apresentando impacto positivo no cuidado continuado e à distância, oferecendo benefícios na trajetória do paciente, no pós alta hospitalar, através da coordenação do cuidado. Esse cuidado pós alta hospitalar propiciou uma recuperação mais tranquila, com melhor adesão ao tratamento indicado e facilitou o processo de cura, através de consultas em domicílio, consultas presenciais presencial e por teleconsultas.

É notável que, em geral, a transição do cuidado no processo de alta hospitalar ainda é realizada sem planejamento adequado, não oferecendo segurança e efetividade, comprometendo o processo de desospitalização segura. Para que ocorra um processo de transformação na alta hospitalar segura, é fundamental que haja mudanças culturais da instituição, promovendo uma educação em saúde contínua dentro dos serviços de assistência, para todos os sujeitos engajados no cuidado.

Além disso, é importante ter uma melhora da comunicação entre os profissionais, desde a chegada do beneficiário, com um adequado acolhimento e coleta de dados corretos até a alta hospitalar, programada, organizada e compartilhada entre familiares e equipe de saúde da assistência hospitalar e

atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALLEN, J *et al.* Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **Health Services Research**, Austrália, v. 1, n. 14, p. 1:18, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-346.pdf>. Acesso em: 21 de jul de 2021.

ALMEIDA, PF; *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.286:298. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R4dRdxY9P48vhrpVgCBjYZK/?lang=pt>. Acesso em: 21 de jul de 2021.

ALMEIDA, PF, *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. (especial) 1, p. 244:260. set 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 de jul de 2021.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar [recurso eletrônico]. Organização Pan-americana da Saúde. Rio de Janeiro, 2018.

_____. **Ministério da Saúde**. Caderno de atenção domiciliar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, v. 2, 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/11/boletim_epidemiologico_covid_83.pdf. Acesso em 24 de out de 2021.

_____. **Ministério da Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021_extraordinario_junho_parte1.pdf. Acesso em 06 de nov de 2021

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da

Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 mai 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 mai 2021.

_____. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Organização Pan-Americana de Saúde. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação. Brasília, DF: OPAS, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49108/9789275718162-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 mai 2021.

BRODERICK, A. The Veterans Health Administration: taking Home Telehealth Services to scale nationally: The Commonwealth Fund case studies in Telehealth adoption. New York, v.4, p. 1:12, 2013. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_case_study_2013_jan_1657_broderick_telehealth_adoption_vha_case_study.pdf. Acesso em: 27 mai 2021

COELHO, GC; ANTUNES, VH; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 35, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>. Acesso em 25 jul. 2021.

COSTA, MFBNA; *et al.* Continuity Of Hospital Discharge; Care For Primary Health Care: Spanish Practice. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 29, p. 1:14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkkpqY6C6C5vXkjd7bdgndc/?lang=pt#> Acesso em: 25 out. 2021

CRUZ, A; MALDONADO, MSV; GADELHA, AG. Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. **Rev Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 54, p. 1:11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WzcMD7NTfbWhTjPRsKn8MTh/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 21 jul. 2021.

CRUZ, MJB; *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.35, n.11. 2019. Disponível em:

<https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/a-coordenacao-do-cuidado-na-qualidade-da-assistencia-a-saude-da-mulher-e-da-crianca-no-pmaq>. Acesso em: 21 de jul. 2021.

DATASUS. Brasil. **Ministério da Saúde** – Painel coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em 25 nov. 2021.

DAVID, HMSL.; RIVIERA, JRM.; MALLEBRERA, AH.; COSTA, MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 315:324. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mWxwJhvQCnKm8y3Kg8LXXKc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2021

DELPHINO, TM; SOUZA, PA; SANTANA, RF. Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. **Reme**. Belo Horizonte, v. 20, p. 1:8 2016. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e937.pdf>. Acesso em: 21 de jul 2021.

ALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5–10, 2004. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>. Acesso em: 21 jul. 2021

FRAGA, EM.; TAVARES, FA. Atenção Primária na Saúde Suplementar: estudo de caso de uma Operadora de Saúde de Belo Horizonte. **MBA Gestão em Saúde**. PUC Minas. 2017. Disponível em:

<https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-07/2017%20Eulalia%20Martins%20Franga.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021

GOMES, LL.; VOLPE, FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. **RMMG**. Minas Gerais. v. 28, n. suppl. 5, p. 105:116, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2445>. Acesso em: 25 nov. 2021.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.

HERNANDES, HC.; *et al.* Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e

cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do paciente pós COVID-19. **Rev Adm Saúde (Online)**. São Paulo v. 20, p.80. 2020. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/245/347>. Acesso em: 20 jul. 2021

KATZ, M.; FEITOSA, G.; PINTO, I.; FELIZ, M.; BORTOLOTTI, L. Uso da tecnologia para engajar pacientes e otimizar a adesão terapêutica. **Rev.Soc. Card. do Estado de São Paulo**. v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://issuu.com/larissa-digitalsolvers/docs/revistasocesp_v30_03-mesclado. Acesso em: 25 out 2021.

LANZA, FC; *et al*. Protocolo de mobilização precoce de paciente crítico e reabilitação pós-alta hospitalar na população infantil acometida de COVID-19. **ASSOBRAFIR Ciência**. São Paulo, v.11, n. suplemento 1, p.227:240, 2020. Disponível em: <https://assobrafirciencia.org/article/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.022/pdf/assobrafir-11-Suplemento+1-227.pdf>. Acesso em: 25 out 2021.

MACHADO, HSV; MELO, EA; NUNES, PLG. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cad. Saúde Pública (Online)**. Rio de Janeiro, v.35, n.11, p. 1:5, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>> Acesso em: 25 jul. 2021

MAURO, AD.; CUCOLO, DF; PERROCA, MG. Primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Rev. Esc. de Enfermagem da USP (Online)**. São Paulo, v. 55, p. 1:8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9QjGLJNkHHz45RLNBbC3NCRH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 25 out. 2021.

MENDES, EV. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva (Online)**. Brasília, 2010, v. 15, n. 5, p. 1:9, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 25 out. 2021

OLIVEIRA, MR; *et al*. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Revista de Saúde Coletiva (Online)**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4., p. 1383:1394, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

PIETROBON, L.; PRADO, ML.; CAETANO, JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Revista de Saúde Coletiva (Online)**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767:783, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>> Acesso em:

24 jul 2021.

PINHEIRO, F; *et al.* Acompanhamento por telefone no pós alta hospitalar de idosos. **Revista Enfermagem Atual**. v. 83, n. 21, p. 48:53. 2017. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/284/175>.

Acesso em: 25 jul 2021

RODRIGUES, AP, *et al.* Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS em Revista**. v. 2, n. 2 (ed especial), p. 189:196. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100/67>.

Acesso em: 21 jul 2021.

ROTHER, ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. São Paulo: v.20, n.2. 2007. Disponível em:

<https://scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jul

2021.

SANTOS, HLPC.; *et. al.* Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, SP: v. 55, n. supl. 1, p. 55:52. Disponível em:

http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-52/1518-8787-rsp-55-52-pt.x44947.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), CFM, 2020. p. 312. Disponível em:

https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso

em: 23 ago 2021.

SOUSA, RM; ESPÍRITO SANTO, FH; PINHEIRO, FM. Telemonitoramento como tecnologia aliada ao cuidado de enfermagem ao paciente com doença onco-hematológica. **Research, Society and Development**. v. 9, n.9. 2020.

Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7405/6581>.

Acesso em: 21 jul 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SILVA, RAE., *et al.* Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 73. 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjBhmmvtLjqfYPyYXTCvjM/?lang=pt#>. Acesso em

25 out 2021.

VERAS, RP; GOMES, JAC; MACEDO, ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.22, n. 2. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/SC9HLDjNg8N3scvpgHZytxh/?lang=pt>. Acesso em: 25 out 2021.

Anexos

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO USO DE DADOS SECUNDÁRIOS

DocuSign Envelope ID: B8A3C787-9706-4C95-8A20-412DF7074136



Balneário Camboriú/SC, 26 de agosto de 2021.

DRA. LETÍCIA R. PORCIÚNCULA
MÉDICA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – ADM. EM SAÚDE
CREMESC – 26922

O **HOSPITAL DO CORAÇÃO BALNEÁRIO CAMBORIÚ LTDA.**, devidamente registrado através do CNPJ/MF sob o nº 01.517.626/0001-32, com endereço na Rua Arthur Max Doose, nº 180, Pioneiros, Balneário Camboriú/SC, CEP 88.331-085, neste ato representado por sua Diretora Operacional Clarisse Andrade de Lira, vem, mui respeitosamente, autorizar o uso de dados secundários do Hospital do Coração Balneário Camboriú que será apresentado através do Projeto de pesquisa denominado **“A Saúde Suplementar e o Cuidado Coordenado: Programa de Telemonitoramento Pós Alta Hospitalar”**

Atenciosamente.

DocuSigned by:

Clarisse Andrade de Lira

E9F7C29C3A9D85D

CLÁRISSA ANDRADE DE LIRA
DIRETORA OPERACIONAL
HOSPITAL DO CORAÇÃO BALNEÁRIO CAMBORIÚ SC

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS

Grupo NotreDame Intermédica
Av. Paulista, 867 - Bela Vista
CEP: 01311-100 - São Paulo/ SP
Fone: (11) 3155-2000

ANS nº 317501

ANS nº 3590

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Letícia Rodrigues Porciúncula, RT do Centro Clínico Itajaí - GNDI Sul, pesquisadora responsável do GNDI e aluna do curso de **Especialização em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Administração, da Escola de Administração e da área de Administração e Planejamento em Saúde do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado **"A Saúde Suplementar e o Cuidado Coordenado: Programa de Telemonitoramento Pós Alta Hospitalar"**, comprometo-me com a utilização dos dados secundários contidos no banco de dados de acesso restrito do Hospital do Coração Balneário Camboriú - GNDI e Centro Clínico Itajaí - GNDI Sul, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP. Assim, como me foi instruído, todos os relatórios parciais e finais enviados para o sistema CEP-CONEP também deverão ser encaminhados para o Instituto de Pesquisa GNDI. Qualquer publicação científica ou meios de divulgação do projeto de pesquisa e/ou apresentações em congressos, deverão citar, obrigatoriamente, a participação do GNDI.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a: total de internados, tipo de internação (clínica, cirurgia, traumatologia, ginecologia, urologia, reinternação), desfecho da internação (alta, óbito, internado), desfecho do telemonitoramento (consulta presencial, consulta com especialista, retorno se necessário, teleconsulta, visita domiciliar, sem telemonitoramento realizado) no período de 01/01/2021 a 31/08/2021.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.



Grupo NotreDame Intermédica
Av. Paulista, 867 - Bela Vista
CEP: 01311-100 - São Paulo/ SP
Fone: (11) 3155-2000

ANS nº 317501

ANS nº 359017

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Itajaí, 19 de agosto de 2021.

Leticia Rodrigues Porciúncula
Médica de Família e Comunidade
Cremesc 26922

Leticia Rodrigues Porciúncula
Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gerontologia Biomédica
Adm. em Saúde
Rt CC itajaí - GNDI Sul
Pesquisadora responsável