



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Segurança Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social, Políticas de
Assistência Social

DOENÇAS NEUROLÓGICAS E DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE O PLANEJAMENTO DE ALTA EM HOSPITAL TERCIÁRIO UNIVERSITÁRIO

MONIQUE RIBEIRO ALVES¹

RESUMO:

Objetiva-se analisar o planejamento da alta responsável, como etapa do processo de desospitalização, dos pacientes internados na neurologia de um Hospital Universitário, em 2019. Trata-se de um estudo transversal exploratório, com base em dados secundários, de 211 pacientes internados. Após aplicação de critérios foram identificados 46 pacientes elegíveis ao planejamento da alta responsável.

Palavras Chave: Desospitalização; Alta do paciente; Doenças do Sistema Nervoso; Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT:

The objective of this study is to analyze the planning of the responsible discharge, as a stage of the dehospitalization process, of patients hospitalized in neurology at a University Hospital in 2019. This is an exploratory cross-sectional study, based on secondary data, of 211 hospitalized patients. After applying the criteria, 46 patients were identified as eligible for responsible discharge planning.

Keywords: Patient Discharge; Nervous System Diseases; Home Care Services.

I - INTRODUÇÃO

O artigo objetiva analisar o planejamento da alta, como processo de desospitalização, dos pacientes internados na neurologia de um Hospital Universitário (HU), localizado no Rio de Janeiro, durante o ano de 2019. O interesse pela temática se fez presente a partir da atuação

¹ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

profissional da pesquisadora deste estudo, enquanto Assistente Social na referida unidade, especificamente no campo de atenção às pessoas com doenças neurológicas.

Trata-se de um estudo exploratório, transversal de dados secundários relacionados aos pacientes internados na enfermaria de neurologia do HU, no ano de 2019. Foi desenvolvido utilizando-se estratégias qualitativas e quantitativas. As principais fontes de informação foram os prontuários dos pacientes, os relatórios do sistema de gerenciamento de internação e os registros do Serviço Social. A revisão dos prontuários eletrônicos, foi utilizada para identificar os pacientes elegíveis para a desospitalização como também para caracterizar o processo de alta.

É importante salientar, que nas enfermarias do HU, é comum ter pacientes não acompanhados pela especialidade da Neurologia (PNAEN), ocasionada por inúmeras motivações, dentre as quais: pacientes de ambulatórios que a especialidade não possui enfermaria de referência, ausência de leitos na enfermaria específica ou até mesmo obras em outras enfermarias. Foram encontrados 107 pacientes PNAEN e 104 pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (PAEN). Totalizando 211 prontuários eletrônicos.

Para o estudo torna-se pertinente a distinção realizada por Bianco (2020), em que considera dois prismas distintos presentes na discussão sobre a desospitalização. O primeiro associado ao campo da saúde pública em que a desospitalização articula-se à política de humanização e à configuração de uma alta responsável como descrita na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PORTARIA nº 3.390, 2013). O segundo refere-se à ótica privatista, voltada estritamente para o gerenciamento de internações e rotatividade de leitos com a transferência do cuidado para as famílias. (BIANCO, 2020). Recente documento abordando experiências da construção da cultura de desospitalização nos Institutos e Hospitais Federais do Rio de Janeiro - compreende a desospitalização como um processo amplo, abarcando vários momentos do cuidado: como a “gestão, a educação em saúde, envolvendo o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente”. (BRASIL, MS, 2020, p. 9). Neste estudo, a perspectiva utilizada para o processo envolvido para a alta hospitalar de pacientes crônicos, estáveis, com alta dependência e que necessitam de cuidados continuados, corresponde ao significado de outros termos encontrados na literatura referentes a: desospitalização (OLARIO et al, 2018; SILVA et al, 2017b; ALCÂNTARA, 2012; SILVA, 2019), alta responsável (FABRÍCIO et al, 2004; FAGUNDES & SCANDOL, 2018; SILVA, et al., 2017a; BRASIL, 2020; BIANCO, 2020) ou alta segura (SILVA et al., 2017b; NETO, 2016; PAIVA et al., 2015). Entende-se a alta responsável relacionada ao processo de desospitalização. A abordagem



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

da desospitalização de pacientes com doenças crônicas, que não os transtornos mentais, tem sido mais recente na literatura. O respaldo legal sobre desospitalização é a PORTARIA nº 3.390, 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, compreendida enquanto transferência do cuidado. A PORTARIA nº 825/MS, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas - descreve o Serviço de Atenção Domiciliar enquanto estratégia central para a desospitalização (BRASIL, MS, 2016).

II – DESENVOLVIMENTO

1. DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR

O significado da palavra desospitalizar para o dicionário da Língua Portuguesa Priberam é “redução do tempo de internamento em hospital, geralmente com assistência e cuidados fora do ambiente hospitalar”. Caracteriza-se enquanto um processo de planejamento e preparação para a alta de pacientes que ainda necessitam de cuidados, mas de forma que os mesmos possam ser despendidos no domicílio.

Alguns autores referem que alta hospitalar deve ser de modo responsável (FABRÍCIO et al., 2004; FAGUNDES e SCANDOL, 2018; SILVA et al., 2017a; BRASIL, 2020; BIANCO, 2020) e outros, sinalizam de forma segura (SILVA et al., 2017; NETO, 2016; PAIVA et al., 2015). Pelo contexto, deduzimos que o modo “responsável” ou a “segurança” ora mencionada referem-se às condições necessárias para o cuidado do usuário em casa, tanto por parte da família quanto em relação aos recursos para a continuidade e operacionalização do cuidado por equipes de saúde no domicílio e na rede de atenção.

A atenção domiciliar é descrita na literatura enquanto um dos eixos centrais da desospitalização. (BRASIL, MS, 2012).

A atenção domiciliar proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de

saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital. (BRASIL, MS, 2012, p.10)

Vecina e Malik (2007) ao debaterem as tendências na assistência hospitalar, apontam a redução da necessidade de leitos hospitalares, especialmente em algumas especialidades e mais no setor privado que no público. Observam uma série de iniciativas dos próprios hospitais voltadas para a redução da utilização de leitos com a transferência de pacientes para a assistência domiciliar (homecare) ou hospital dia.

A desospitalização pode ser considerada um processo em que aspectos de ordem social, biológica e econômica dos usuários e suas famílias devam ser analisadas, devendo haver uma preparação anterior, durante e após a alta hospitalar. Entende-se que a desospitalização está relacionada ao ato de transferência do paciente crônico estável, com alta dependência, para a continuidade do tratamento e cuidado no domicílio. No sentido de tornar o ato da alta hospitalar responsável ela deve ser planejada entre os partícipes deste processo, ou seja, o paciente, familiar, equipe e a rede. A alta hospitalar responsável é, portanto, parte importante do processo de desospitalização, sendo a identificação dos que dela necessitam e a preparação da alta, etapas a serem realizadas de forma proativa e cuidadosa.

Os problemas de saúde não são passíveis de serem respondidos apenas no campo da saúde e pela medicina, necessitando da intersetorialidade e da atuação multiprofissional. A alta responsável prevê a preparação da família/cuidador para retorno ao domicílio, esclarecendo dúvidas relacionadas à situação clínica, nutricional, psicológica, manejo do paciente, possíveis direitos e recursos sociais disponíveis, entre outras coisas. Igualmente, realiza a articulação com a rede de saúde e socioassistencial do território do paciente, para identificação e pactuação da continuidade da atenção. A articulação pode se dar com os dispositivos de atenção e proteção, que são, dentre outros: Clínica da Família, Atenção Domiciliar, Ambulatorial, Centro dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS).

Conforme Feuerwerker e Merhy (2008), a proposta de atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu em 1947 em Montefiore, no Bronx (Estado Unidos), e tinha por objetivo abreviar a alta hospitalar. Informam ainda que a assistência domiciliar nos Estados Unidos cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da AIDS. Além da mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de custo.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Para Mendes (2001), é considerado home care todo serviço de assistência domiciliar à saúde, desde os cuidados de enfermagem até a internação com tecnologias avançadas. Fabrício et al. (2004) apresentam uma distinção praticada por alguns serviços de assistência domiciliar privados, dividindo-as em visita, atendimento e internação domiciliar (home care). A visita domiciliar é entendida como o atendimento de profissional ou equipe de saúde no domicílio. Objetiva conhecer a realidade e as necessidades do paciente e sua família para o estabelecimento do plano de cuidados, voltados à recuperação e/ou reabilitação (FABRICIO et al., 2004). O atendimento domiciliar é compreendido por atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do paciente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio. (FABRICIO et al., 2004).

A internação domiciliar é definida como “atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos” a pacientes com grau de complexidade moderada ou alta. Dessa forma, a estrutura hospitalar é transferida ao domicílio do usuário. (FABRICIO et al., 2004, p. 723)

Neste estudo, é utilizado o termo atenção domiciliar, por se tratar de um vocábulo genérico e de maior amplitude em que abarca ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desenvolvidas no âmbito domiciliar.

No Brasil, a primeira forma organizada de atenção domiciliar pública da qual se tem registro foi o de urgência, em que foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), em 1949. Previa assistência médica domiciliar e de socorro urgente para os segurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Assemelha-se, atualmente, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Atualmente, a atenção domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências no SUS. (BRASIL, PORTARIA Nº 1.600/MS, 2011). A partir de 2011, houve uma ampliação de iniciativas voltadas à atenção domiciliar, cita-se no âmbito federal o Programa Melhor em Casa.

III – RESULTADOS E DISCUSSÃO



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA

Na enfermaria de neurologia do HU, identificou-se que, no ano de 2019, dos 211 pacientes internados, 49% (104) eram de origem da própria neurologia, seguido por 20% (42) da Clínica Médica, 10% (22) da Otorrinolaringologia, 3% (6) da Urologia, 2% (5) da DIP (Doenças Infecto parasitárias) e 16% (16) de outras especialidades.

A análise comparativa das variáveis sociodemográficas foi realizada entre os pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (PAEN) e não acompanhados pela neurologia (PNAEN). Verificou-se serem eles, respectivamente: a maior parte do sexo masculino, 52 (51,4%) e 50 (62,5%); solteiros, 51(50,4%) e 45 (56,2%); em ambos a faixa etária de 50 a 74 anos; idade média de 57,6 anos e 52,5 anos; predomínio de residentes no município do Rio de Janeiro; e dados como raça/cor e escolaridade a maioria sem informação.

Houve predomínio de pacientes do sexo masculino tanto em pacientes acompanhados pela especialidade de neurologia (PAEN) quanto aos não acompanhados pela especialidade da neurologia (PNAEN).

Em relação à faixa etária, notou-se que há um maior número de idosos acompanhados pela especialidade da neurologia com a idade avançada (acima de 75 anos), em torno de 19 (18,8%). Isto pode ser um indicativo na diferença encontrada para o maior tempo de internação dos PAEN, já que foram encontrados um total de 62 pacientes (61,4%) PAEN e 17 pacientes (21,3%) PNAEN com 15 dias ou mais de internação.

Miranda et al. (2019) concluiu que o tempo de internação hospitalar após 15 dias parece influenciar a mobilidade e a qualidade de vida do idoso. Ainda complementam, que as limitações adquiridas na internação prolongada de idosos podem se estender após a alta.

O estudo de Alves et al. (2007a) apontam que as doenças crônicas apresentam forte influência na capacidade funcional do idoso.

A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de se tornar dependente nas [atividades instrumentais da vida diária] AIVD3 ; a doença cardíaca em 82%; e a doença pulmonar, 50%. Câncer e diabetes são apontados como causadores de impacto moderado na funcionalidade dos idosos. Para a dependência nas AIVDs e atividades [atividades da vida diária] AVDs4 , a chance mais do que dobrou para a presença de cada uma dessas doenças crônicas, aumentando quando os idosos apresentam mais de uma DCNT. (ALVES et al., 2007a, p. 1927)

Houve variação do tempo de internação, sendo a diferença do tempo médio de pacientes PAEN para os PNAEN de 8.3 dias. O tempo médio de internação dos PAEN ultrapassou um estudo sobre pacientes internados em hospital universitário com o diagnóstico de acidente



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia, cujo tempo médio de internação foi de $16,8 \pm 13,8$ dias, valor este mais parecido com os PNAEN (PAULO et al., 2009).

Os principais diagnósticos dos PAEN encontrados, foram: outras doenças degenerativas especificadas do sistema nervoso (7.9%), acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (5.9%), doença de parkinson (4.9%), síndrome de Guillain-Barré (4.9%), doença do neurônio motor (3.9%); e dos PNAEM: desvio do septo nasal (8.7%), calculose do ureter (3.7%), afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados (2.5%), neoplasia maligna da cabeça/face (2.5%), pneumonia bacteriana não especificada (2.5%). Observou-se nos PAEN maior prevalência de doenças do sistema nervoso (69.3%), seguida de doenças do aparelho circulatório (10.8%). Nos PNAEN as doenças encontradas foram bastante heterogêneas, possivelmente por pertencerem a várias especialidades diferentes, com predomínio das neoplasias (21,2%) e das doenças do sistema respiratório (16,2%). No que diz respeito à existência de diagnósticos secundários, os pacientes PAEN tiveram mais e maior número de comorbidades, prevalecendo, em ambos os grupos, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Alguns campos importantes para estudo e para a elaboração de políticas públicas não foram preenchidos no prontuário do paciente. A variável Raça/Cor praticamente não foi preenchida, não havendo informações em 98.0 % dos PAEN 100.0% dos PNAEN. A publicação (SÃO PAULO, 2009), relata a experiência de inclusão do quesito cor no sistema de informação implantado no Estado de São Paulo. A variável Raça/Cor torna os sistemas de informação “aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais” (SÃO PAULO, 2009, p.17) e ao combate de preconceito e discriminação racial. Além disso, desde 2017, o preenchimento do quesito raça/cor/etnia é obrigatório nos formulários dos sistemas de informação em saúde, conforme a PORTARIA nº 344, de 1 de fevereiro de 2017 do Ministério da Saúde. Ao dar visibilidade a situações que

acometem a população negra com mais frequência, pode-se estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas de saúde.

No tocante ao estado civil, a maioria era solteira, sendo 51 (50.4%) dos PAEN e 45 (56.3%) dos PNAEN. Cabe ressaltar a importância dos que não possuem laços conjugais (solteiros e divorciados/desquitados), que chegam a 61.2% dos PAEN e 70,7% dos PNAEN. Camarano e Ghaouri (2002), chamam atenção para uma tendência importante que se expressa com o envelhecimento da população: o crescimento de famílias unipessoais, isto é, pessoas que residem sós. Para os autores, fatores como estado de viuvez, crescimento de divórcios e pessoas que nunca se casaram contribuem para a questão mencionada. E este fator, residir só, aliado à incapacidade física e mental poderá trazer dificuldades para o retorno ao domicílio no pós alta.

Em relação à escolaridade, 61 (60.4%) dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (PAEN) e 44 (55.0%) dos não acompanhados pela especialidade neurologia (PNAEN) não continham informações sobre a escolaridade no prontuário. Das informações encontradas, destaca-se: 17 dos PAEN (16.8%) e 19 (23.7%) dos pacientes PNAEN concluíram o ensino médio, e outros 23 (22.8%) e 17 (21.3%) não chegaram ao ensino médio. Os dados corroboram com a informação sobre educação da população brasileira, divulgados pela Pnad contínua (2019), demonstra que a metade dos adultos no Brasil não concluiu o ensino médio, correspondendo a 69,5 milhões de brasileiros (51,2%). É relevante sinalizar que desde 2009, no Brasil, a emenda constitucional nº59, inclui ser dever do Estado a garantia de ensino básico obrigatório e gratuito dos 4 aos 17 anos de idades, abrangendo a educação infantil, ensino fundamental e o ensino médio. (BRASIL, 2009).

Besarría et al. (2015) inferiu que pessoas com maior escolaridade possuem menor probabilidade de possuir algumas doenças, dentre elas: doenças de coluna, artrite, bronquite, cirrose hepática, depressão, insuficiência renal, tuberculose, cardiopatia, hipertensão e diabetes. Verificaram também, que pessoas com mais anos de estudo informaram ter passado menos tempo acamado ou não deixaram de realizar atividades



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

habituais por motivo de saúde. No que tange as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atingem, “especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde”. (BRASIL, 2019).

Quanto ao município de origem mais de 70% dos PAEN e dos PNAEM são oriundos do município do Rio de Janeiro. Foram identificados dois (2) pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (PAEN) residentes de outros estados, Bahia e Espírito Santo.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS AO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DE ALTA RESPONSÁVEL

Cabe ressaltar que neste tópico são apresentadas informações dos pacientes acompanhados pela especialidade de neurologia (PAEN).

A eleição para o processo de planejamento de alta responsável teve como pontos iniciais a condição clínica, a perda de autonomia e a perda funcional durante a internação, indicando que possivelmente estes pacientes necessitariam de uma atenção maior da equipe multiprofissional mediante a discussão de casos, orientações, encaminhamentos, atendimento aos familiares, contato com a rede socioassistencial e programações e pactuações para a alta. Neste intuito, utilizamos as escalas efetivadas pela equipe de enfermagem da neurologia no HU e registradas em prontuário eletrônico.

Foram observados um grande quantitativo de pacientes sem a informação das escalas: 43 (42.5%) Fugulin, 43 (41.5%) Morse e 42 (41.5%) Braden. Na escala de Fugulin os pacientes foram avaliados pela equipe de enfermagem de acordo com a necessidade de cuidados de alta dependência 7 (6,9%), Cuidados Intensivos 2 (1.9%) e Cuidados Semi-intensivos 1 (0.9%). E 16 pacientes (15.8%) foram avaliados com a necessidade de cuidados intermediários. Em 57 relação a escala de Morse 31(30.6%) foram avaliados com alto risco de queda e 7 (6.9%) com risco moderado de queda.

Quanto a escala de Braden os pacientes foram avaliados com o risco muito alto 3 (2.9%) e risco alto 4 (3.9%) de desenvolverem úlcera de pressão durante a internação.

Dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia, 19 (18.8%) tiveram mais de uma internação no próprio hospital, no ano pesquisado. Considerando as Escalas de Avaliação da Enfermagem, foram encontrados 10 pacientes (9.9%) com o critério “Muito Provável” ao planejamento da alta responsável, de acordo com condição de dependência funcional. Optou-se pelo termo “provável”, por se considerar que as escalas são feitas no momento inicial da internação, e ao longo do tratamento a condição inicial pode ser alterada. Este fato poderá ocorrer tanto com pacientes que são internados com a condição de dependência e melhoram o seu quadro, como naqueles que ao adentrarem ao hospital estão independentes e ao longo da internação, com a associação de outros condicionantes (idade, comorbidades e intercorrências) podem tornar-se dependentes.

Outro fator a ser assinalado, refere-se ao fato de algumas das doenças neurológicas pertencerem às condições crônicas em que o tratamento é prolongado e até mesmo pelo resto da vida. Dentre os diagnósticos principais, da CID-10, encontrados podemos citar como exemplo: Síndrome de Guillain-Barré, Atrofia cerebral circunscrita, Neuropatia sérica, Degeneração do sistema nervoso devida ao álcool e Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico. Dessa forma, há situações em que pacientes retornam à unidade para aplicação de medicamento intravenoso ou por conta de nova agudização do quadro. Sendo assim, podem ser pacientes e familiares que já estão acostumados com a rotina hospitalar ou com a sua condição funcional, não necessitando de um processo de desospitalização e um planejamento sistemático para alta hospitalar.

Numa segunda etapa, foram consideradas além das escalas, outros dois critérios a elas associados, pois podem resultar em risco da perda de funcionalidade grave (acamados) como: idade de 75 anos ou mais, internação maior ou igual a 15 dias, ter ao menos uma internação na instituição hospitalar naquele mesmo ano ou apresentar comorbidades. Foram encontrados 31 (30.6%) pacientes com o critério “Provável” ao planejamento da alta responsável.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Os elementos acima estão em consonância com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, PORTARIA No 2528, 2006) em que estabelece alguns critérios para indicar fragilidade em idosos. Foram analisados, também, alguns dados de pacientes que não possuíam informações das escalas de avaliação de pacientes na enfermagem (Fugulin, Braden e Morse), mas continham informações sobre a sua condição clínica como: ser dependente de oxigênio ou ventilação mecânica, acamado, em cuidados paliativos, em uso de medicamentos intravenosos, distúrbios do nível de consciência, adaptação de órtese e prótese, utilização de cateter, ostomias, nutrição enteral ou parenteral. (BRASIL, 2016). A inclusão destas condições baseia-se nos critérios de avaliação para inserção na atenção domiciliar, de acordo com a PORTARIA Nº 825 de 25 de abril de 2016.

Dos registros encontrados em prontuário foi possível identificar: 14 pacientes acamados, 9 em adaptação de órtese/prótese, 11 em cuidados paliativos, 2 em uso de cateter, 0 com distúrbio do nível de consciência (ex: desorientação) e 4 com necessidade de nutrição enteral ou parenteral.

Foram verificados 5 pacientes com ao menos um dos critérios de elegibilidade a atenção domiciliar mencionados, isto é, foi contabilizado o quantitativo de pacientes e não de suas condições. Assim, ao somar com os pacientes classificados pela pesquisadora como “muito prováveis” e “prováveis” a alta responsável, resultou num total de 46 pacientes elegíveis ao planejamento da alta responsável.

Foi possível identificar as demandas sociais dos 42 pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia e do Serviço Social. Destaca-se a entrega de material socioeducativo (folder) produzido pelas assistentes sociais atuantes na neurologia para 18 pacientes e familiares, onde constam a síntese dos principais direitos dos usuários. Constituem-se em práticas educativas em saúde. Em seguida, aparecem o direito à gratuidade no transporte e o direito previdenciário.

Cabe salientar que as demandas sociais identificadas como: direito previdenciário e assistencial, direito a acesso ao medicamento e equipamentos auxiliares de locomoção,

direito a gratuidade nos transportes, direito a isenções fiscais, acesso ao programa de Atenção Domiciliar, dentre outros, correspondem ao que os autores (OLIVEIRA et al., 2015 e SILVA et al., 2017) expõem em seus estudos quanto à fragilidade da atenção domiciliar e desospitalização. Isto é, por conta do contexto social e dificuldades objetivas, torna-se um desafio ou até mesmo um impedimento o retorno do paciente ao domicílio. Nesse sentido, as orientações sociais realizadas pelo assistente social podem auxiliar na viabilização de direitos, em possibilidades de alteração da realidade vivenciada e, em alguns casos, na oportunação de alta hospitalar de forma responsável. É importante que toda a equipe multiprofissional se atente aos determinantes sociais e veja, em conjunto, estratégias de enfrentamento.

Alguns aspectos socioeconômicos e culturais devem ser avaliados pela equipe multiprofissional para o processo de desospitalização e resultar em uma alta responsável, principalmente daqueles que necessitarão de maior assistência no domicílio. Dentre eles se destacam: o suporte familiar e comunitário; a situação habitacional; a disponibilização de transporte para a continuidade ao tratamento de saúde e saída do hospital; a situação trabalhista e vínculo empregatício, a situação previdenciária e assistencial, renda, acesso a medicamentos, equipamentos e insumos de saúde. Estas situações são avaliadas principalmente pelo Assistente Social.

As orientações são direitos ou informações importantes e desconhecidas pela população. Em momentos de adoecimento grave ou de vulnerabilidade, onde há situações que demandarão maior gasto com saúde, a socialização das informações e acompanhamento dos casos, se tornam estratégias de manutenção do cuidado e, por consequência, a redução de onerações às famílias. Aliás, outro fator importante a ser considerado é o reforço a prática educativa em saúde. Esta se constitui por ações profissionais voltadas para a reflexão, problematização e diálogo a questões relacionadas à saúde, no intuito de promover a autonomia e independência dos sujeitos.

Recomendações para o planejamento da alta responsável, tem sido postuladas e incluem, dentre outros: atendimento multiprofissional aos pacientes e familiares; reuniões



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

sistemáticas de equipe; construção de plano de alta no início da internação com previsão de alta; trabalho educativo em saúde com as famílias e cuidadores; reconciliação medicamentosa; articulação com a rede intersetorial; sistematização da prática com registros das ações multiprofissionais, isto é, os planos de alta, os sumários/resumos de alta, o trabalho com as famílias e rede todas descritas em prontuário; realização de checklist e acompanhamento profissional no pós alta.

O registro em prontuário não deve ser secundarizado pela equipe de saúde. Todas as ações prestadas devem ser registradas em prontuário. Foi verificado que ações voltadas a prática em saúde e com a rede praticamente não foram encontradas registradas em prontuário, com exceção do serviço social, no entanto, o registro foi realizado em livro ata da categoria. Não se pode esquecer que o prontuário é documento de direito do paciente e deve conter informações claras e compreensíveis, além de ser um material rico para pesquisa.

Antes da alta, alguns autores referem a realização do checklist, isto é, procedimentos realizados pela equipe durante a internação para a continuidade do plano de alta. São eles: data da alta atualizada diariamente, objetivos e metas no quadro da enfermaria do paciente acessível ao paciente/familiar, controle rigoroso em relação a dor, risco nutricional e polifarmácia, avaliação das necessidades de modificação ambiental, facilitação do acesso aos pacientes à órteses, cadeiras, recursos de tecnologia e demais. (WERNER, 2017).

Há desafios ao planejamento da alta de forma sistemática pela equipe de saúde, e alguns caminhos possíveis de serem percorridos de acordo com as especificidades do serviço. Pondera-se que as sugestões para o planejamento da alta responsável deve estar baseadas nos princípios da integralidade da atenção, na humanização, e na promoção da autonomia dos sujeitos.

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu descrever a caracterização dos pacientes internados na enfermaria de neurologia do HU, com intuito de evidenciar elementos a serem pensados para contribuir no planejamento da alta responsável.

Na análise de condições indicativas de pacientes elegíveis à alta responsável na neurologia, foram encontradas 10 pacientes elegíveis como “Muito prováveis” e 31 em condições “Prováveis” para a necessidade do planejamento de alta responsável. Realizada também a análise de dados que não continham as escalas de avaliação de pacientes na enfermagem, utilizou-se como parâmetro os critérios de inclusão de pacientes na atenção básica (BRASIL, PORTARIA Nº 825, 2016), destes 5 pacientes apresentaram ao menos 1 critério. Dessa forma, um total de 46 pacientes estariam elegíveis a um planejamento da alta responsável.

Vale registrar que algumas avaliações profissionais são feitas e registradas em prontuário apenas no início da internação, possivelmente com o tratamento durante a internação algumas das condições clínicas podem ser alteradas.

Neste estudo não foi possível identificar se ocorreu ou não planejamento da alta responsável, pois os critérios elencados para a pesquisa não foram registrados em prontuário. No entanto, a ausência de informações é um resultado e ao percebê-lo cria-se a possibilidade de mudança desse quadro. Destaca-se, portanto, a importância da atualização de avaliações e escalas durante o período da internação e do registro das informações necessárias à avaliação da necessidade de planejamento de alta responsável.

Durante a pesquisa, foi identificada a necessidade de reconfiguração de parte do seu processo de trabalho no Serviço Social na neurologia, de forma a padronizar o levantamento dos dados com a realização de estudos sociais de todos os pacientes abordados e acompanhados pela especialidade da neurologia. Anteriormente, o estudo social era realizado apenas para os pacientes em que foram identificadas demandas sociais na abordagem. Dessa forma, a análise do estudo contribuiu de imediato para a



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

melhoria do processo de trabalho individual das assistentes sociais atuantes na neurologia.

Algumas limitações do estudo podem ser apontadas. A primeira delas, a utilização de apenas fontes secundárias pois não foi possível realizar grupo focal com os profissionais de saúde para um maior aprofundamento da dinâmica do processo de alta dos pacientes. A segunda delas, a limitação das principais fontes utilizadas enquanto ponto de partida do estudo, que não correspondiam a toda população internada na neurologia naquele ano.

IV- REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. M. S. Desospitalização de pacientes idosos – dependentes em serviço de emergência: subsídios para orientação multiprofissional de alta. Tese (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde (CEDESS). São Paulo, 2012.

ALVES L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Brasil. Cad. Saúde Pública, 23(8):1924-1930, 2007a.

ALVES, M. R. Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas: planejamento de alta em hospital terciário / Monique Ribeiro Alves. -- 2021. 89 f. Orientadora: Vera Lúcia Edais Pepe. Coorientadora: Mônica Silva Martins. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/rt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 31 de ago.2021.

_____. Emenda constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009. Prevê a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suple- 77 mentares para todas as etapas da educação básica. Casa Civil, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm Acesso em: 01 set. 2021.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.390 de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Portaria de Consolidação.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 05 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 05 set. 2021.

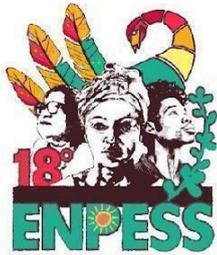
_____. Ministério da Saúde. Uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.

BESARRIA, V. S. C. et al. Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. Revista Espacios. vol. 37 (nº 02) ano 2015.

BIANCO, I. G. S. Trabalho em rede no processo de desospitalização: construindo caminhos para a garantia de direitos. 2020. 115 f.: Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

CAMARANO A. A. & GHAOURI S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios. Anais do 13º Encontro da Associação Brasileira dos Estudos Populacionais. Ouro Preto-MG – Brasil. 2002. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):721-6. Disponível:



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

file:///C:/Users/55219/Desktop/Dissertação/desospitalização/Artigos%20SciELO/Assistência%20Domiciliar%20e%20Hospital%20Privado.pdf Acesso: 09 jan. 2020.

FAGUNDES, P. F. & SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serv. Soc. & Saúde Campinas, SP* v. 17 n.1 [25] p 181-204 jan./jun. 2018 e-ISSN 2446-5992. Disponível em:

file:///C:/Users/55219/Downloads/8655207-Texto%20do%20artigo-50729-2-10-20190726%20(2).pdf. Acesso em: 07 set. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M & MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 24(3):180–8, 2008.

Ministério da Saúde. Portaria 3.390 de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Portaria de Consolidação.

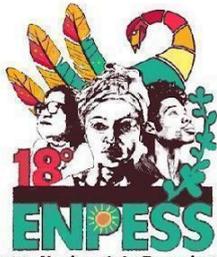
MIRANDA et al. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador*, v. 18, n. 3, p. 330-334, set./dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>

NETO, A. V. O. Análise do programa melhor em casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Brasília, 2016.

OLARIO, P. S. et al. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade do Rio de Janeiro/Brasil. *Cogitare Enfermagem, Curitiba*, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018

OLIVEIRA, S. G. et al. Declarações sobre cuidados domiciliares no cenário mundial: revisão narrativa. *Enferm. glob., Murcia*, v. 14, n. 39, p. 360-374, Jul. 2015. Disponível em . acesso em 2021.

PAIVA, P. A. et al. Internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em montes claros-MG, Brasil. *Revista Unimontes Científica. Montes Claros*, v. 17, n.2, ago./ dez. 2015. (ISSN 2236-5257).



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

PAULO, R. B. et al. Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. v. 55, n. 3, pp. 313-316, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000300025> Acesso em: 17 ago. 2021.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento DST/aids. Perguntar não ofende. Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? Responder Ajuda a prevenir. Série: Prevenção às DST/aids. SP, 2009

SILVA, D. L. et al. Desospitalização – Esse é o Caminho? Pesquisa Realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 04. Ano 02, Vol. 01. pp 474-500, Julho de 2017b. ISSN:2448-095.

SILVA, I. I. O. Perfil e necessidades de pacientes em longos períodos de internação: foco na desospitalização. Dissertação (Mestrado Profissional). Curso de Pós-Grad. em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE). São Paulo, 2019.

SILVA, K. L. et al. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2017a, v. 38, n. 04. Disponível em: Epub 07 Jun 2018. ISSN 1983- 1447. Acesso em: 29 set 2020.

VECINA NETO, G. & MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):825-839, 2007.

WERNER, S. M. Proposta de um modelo de gestão para alta hospitalar baseado na abordagem lean. Florianópolis. SC. Dissertação de Mestrado, 2017.