



Monique Ribeiro Alves

**Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas:**  
planejamento de alta em hospital terciário

Rio de Janeiro

2021

Monique Ribeiro Alves

**Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas:**  
planejamento de alta em hospital terciário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vera Lúcia Edais Pepe

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mônica Silva Martins

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Dehealization of people with neurological diseases: discharge planning in tertiary hospital.

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

A474d Alves, Monique Ribeiro.  
Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas: planejamento de alta em hospital terciário / Monique Ribeiro Alves. -- 2021.  
89 f. : il. color. ; graf. ; tab.  
  
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.  
  
1. Alta do Paciente. 2. Doenças do Sistema Nervoso. 3. Serviços de Assistência Domiciliar. 4. Desinstitucionalização. 5. Coleta de Dados. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.22

Monique Ribeiro Alves

**Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas:**

planejamento de alta em hospital terciário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 07 de outubro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena de Jesus Bernardo

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth Crisóstomo Portela

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Edais Pepe (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

*Dedico ao meu irmão Junior,  
por ser o espelho de dedicação e persistência.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar o meu caminho, me fortalecendo a cada dia, mantendo minha saúde física e mental.

Agradeço a mim, por toda dedicação e esforço empenhado. Mesmo com um turbilhão de emoções, medos e inseguranças não desisti. Almejo me manter firme na caminhada da vida, aprendendo e me redescobrimo a cada instante. Desejo poder compartilhar o que aprendi e fazer novas descobertas. Gratidão pela vida que tenho e pelas pessoas com que pude desfrutar.

A minha mãe por ter sempre me incentivado a prosseguir nos estudos e ser meu refúgio. A minha irmã Monise pela alegria contagiante e companhia.

Ao meu irmão Junior pela paciência e por me auxiliar sempre que preciso, não medindo esforços. Seu apoio foi essencial!

Ao meu pai pelo afeto e pelas caminhadas matinais durante a semana, com certeza elas me ajudaram a diminuir a ansiedade e tensão do cotidiano.

Ao meu esposo Diego por compartilharmos a vida, o amor, os sonhos e frustrações.

A Tainá por me ajudar a enfrentar os meus medos, inseguranças e me redescobrir.

As minhas filhas de quatro patas que tanto me alegraram nesse período Miúcha (in memoriam) e Luna. Aos meus queridos Toddy, Bolt, Princesa, Jade, Gatinho e Mia adoro estar com vocês!

As minhas colegas de trabalho, assistentes sociais da saúde do adulto, Cintia, Isis, Liliane, Márcia, Mariana, Nathalie e Tânia e, em especial, a minha chefe Darci, que tanto contribuíram para a conclusão deste trabalho, ao darem cobertura para que eu pudesse focar na dissertação.

A todos os residentes de Serviço Social da saúde do adulto, principalmente aos inseridos na neurologia Juliana, Paloma e Miriam pela troca e colaboração. E pelos que passaram e deixaram a sua contribuição e parceria, em especial a Nayara, Priscila e Evellyn.

Aos colegas de turma do Mestrado, em especial, a Andréa pelo apoio mútuo.

As queridas orientadoras Vera Pepe e Mônica Martins por todos os ensinamentos, acolhimento e disponibilidade. O modo de ensinar de vocês foi fundamental para que eu desse continuidade à pesquisa. Muito obrigada!

As professoras convidadas à banca que fizeram parte da minha formação, professora M<sup>a</sup> Helena Bernardo, levo comigo os ensinamentos durante a residência e especialização e a professora Margareth que ofereceu todo o apoio durante o mestrado.

A todos os amigos e familiares que contribuíram indiretamente para a conclusão desta etapa.

*Andar com fê*

*Oh! Oh!*

*Pelo sim, pelo não*

*Andá com fê eu vou*

*Que a fê não costuma faiá*

*Olêlé!*

GIL, 1982.



## RESUMO

*Objetivo:* analisar o planejamento da alta responsável, como etapa do processo de desospitalização, dos pacientes internados na neurologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no ano de 2019. *Método:* trata-se de um estudo transversal exploratório, com base em dados secundários, de 211 pacientes internados na enfermaria de neurologia do HUPE. A análise utilizou estratégias qualitativas e quantitativas. As principais fontes de informação foram os prontuários dos pacientes e os registros do Serviço Social. Foi desenvolvido critérios indicativos da elegibilidade dos pacientes para o planejamento da alta responsável, e possível inclusão no programa de atenção domiciliar (AD); neste utilizou-se as escalas de avaliação de pacientes na enfermagem (*Fugulin, Morse e Braden*) que avaliam, respectivamente, a intensidade de cuidados de enfermagem necessários e os riscos de queda e de ocorrência de úlcera por pressão. Nos casos sem informação sobre as escalas foram utilizados outros critérios: mais de uma internação no ano; uso de serviços de urgência/emergência; acamado; distúrbio do nível de consciência; dependência de oxigenoterapia; ventilação mecânica não invasiva; plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD; uso de drenos, cateteres e estomias; cuidados paliativos. Em alguns casos, foram utilizados critérios complementares: idade  $\geq 75$  anos; comorbidades; tempo de internação  $\geq$  a 15 dias; primeira internação caso tenha ocorrido mais de uma no ano. *Resultados:* inicialmente foi analisado, comparativamente, as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (PAEN) e daqueles não acompanhados pela neurologia (PNAEN). Observou-se serem eles, respectivamente: majoritariamente do sexo masculino, 52 (51,4%) e 50 (62,5%); solteiros, 51(50,4%) e 45 (56,2%); em ambos os grupos predominou a faixa etária de 50 a 74 anos (idade média de 57,6 e 52,5 anos); residentes no município do Rio de Janeiro. Dados sobre raça/cor e escolaridade apresentaram alta proporção de casos sem informação. Observou-se nos PAEN maior frequência de doenças do sistema nervoso (69,3%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (10,8%). Nos PNAEN os diagnósticos foram bastante heterogêneos, com predomínio das neoplasias (21,2%) e das doenças do sistema respiratório (16,2%). Após aplicação dos critérios foram identificados 46 PAEN pacientes elegíveis ao planejamento da alta responsável. *Conclusão:* Neste estudo, não foi possível identificar se ocorreu ou não planejamento da alta responsável, pois informações desta natureza não foram encontradas no prontuário. Mas, constatou-se práticas educativas direcionadas aos pacientes e familiares registradas pelo Serviço Social. No entanto, a ausência

dessas informações reflete lacunas e conseqüentemente oportunidades de ajuste e melhorias. Dos achados, depreendeu-se algumas propostas para indicação ao planejamento da alta responsável: atendimento multiprofissional aos pacientes e familiares; reuniões sistemáticas de equipe; construção de plano de alta no início da internação com previsibilidade de saída; ampliação das ações educativas em saúde com familiares e cuidadores; reconciliação medicamentosa; articulação com a rede intersetorial para o acompanhamento no pós alta; incorporação de checklist e registro no prontuário de todas as ações relacionadas ao planejamento da alta responsável, incluindo as informações essenciais do sumário de alta e entrega de cópia deste ao paciente.

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

## ABSTRACT

Objective: to analyze the planning of responsible discharge, as a step in the dehospitalization process, of patients hospitalized in neurology at the Pedro Ernesto University Hospital (HUPE), in 2019. Method: this is an exploratory cross-sectional study based on secondary data of 211 patients admitted to the neurology ward of the HUPE. The analysis used qualitative and quantitative strategies. The main sources of information were patient records and social service records. Criteria indicative of patients' eligibility for responsible discharge planning and possible inclusion in the home care (DA) program were developed; in this study, the nursing patient assessment scales (Fugulin, Morse and Braden) were used, which assess, respectively, the intensity of necessary nursing care and the risk of falls and the occurrence of pressure ulcers. In cases without information about the scales, other criteria were used: more than one hospitalization per year; use of urgent/emergency services; bedridden; disturbance of the level of consciousness; dependence on oxygen therapy; non-invasive mechanical ventilation; plegias; speech-language disorders; need for physical therapy rehabilitation care; adaptation of orthotics and prostheses in AD; use of drains, catheters and ostomies; palliative care. In some cases, complementary criteria were used: age  $\geq 75$  years; comorbidities; length of stay  $\geq 15$  days; first hospitalization if there was more than one in the year. Results: initially, the sociodemographic and clinical characteristics of patients followed up by the neurology specialty (PAEN) and those not followed up by neurology (PNAEN) were comparatively analyzed. It was observed that they were, respectively: mostly male, 52 (51.4%) and 50 (62.5%); single, 51 (50.4%) and 45 (56.2%); in both groups, the age group from 50 to 74 years old predominated (mean age of 57.6 and 52.5 years); residents in the municipality of Rio de Janeiro. Data on race/color and education showed a high proportion of cases without information. A higher frequency of diseases of the nervous system (69.3%) was observed in PAEN, followed by diseases of the circulatory system (10.8%). In PNAEN, diagnoses were quite heterogeneous, with a predominance of neoplasms (21.2%) and respiratory system diseases (16.2%). After applying the criteria, 46 PAEN patients eligible for responsible discharge planning were identified. Conclusion: In this study, it was not possible to identify whether the responsible discharge was planned or not, as information of this nature was not found in the medical records. But there were educational practices aimed at patients and families registered by the social service. However, the absence of this information reflects gaps and consequently opportunities for adjustment and improvement. From the findings, some proposals were inferred to indicate the planning of

responsible discharge: multidisciplinary care for patients and families; systematic team meetings; construction of a discharge plan at the beginning of hospitalization with predictability of discharge; expansion of educational actions in health with family members and caregivers; drug reconciliation; articulation with the intersectorial network for post-discharge follow-up; incorporation of a checklist and registration in the medical record of all actions related to the planning of responsible discharge, including essential information in the discharge summary and delivery of a copy of this to the patient.

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

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Etapas e critérios de exclusão para a identificação dos pacientes que compõem o universo do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 2019 .....	42
Quadro 1	Variáveis e fontes da coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019 .....	45
Quadro 2	Dados completos de todos os pacientes internados na enfermaria de Neurologia. Rio de Janeiro, 2019 .....	46
Quadro 3	Crítérios de classificação ao planejamento da alta responsável na Neurologia, relacionados as escalas registradas pela enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2019 .....	47
Quadro 4	Condições indicativas de pacientes elegíveis ao planejamento da alta responsável na enfermaria de neurologia. HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019	60
Gráfico 1	Distribuição dos pacientes internados em Hospital Universitário na enfermaria de Neurologia, segundo a especialidade de acompanhamento. Rio de Janeiro, 2019 .....	50
Gráfico 2	Classificação dos pacientes da neurologia a partir das escalas de avaliação de pacientes na enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2019 .....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados na enfermaria de neurologia. HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019 .....	51
Tabela 2	Características Clínicas dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (n=101). HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019 .....	57
Tabela 3	Elementos indicativos de necessidade de atenção domiciliar de pacientes sem informação nas escalas utilizadas pela enfermagem*. HUPE. RJ, 2019.....	60
Tabela 4	Registro de atendimento da equipe multiprofissional aos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia, (N= 101). HUPE. RJ, 2019 .....	61
Tabela 5	Distribuição da demanda e orientações sociais identificada e registrada pelos assistentes sociais da instituição. HUPE. RJ, 2019 .....	61
Tabela 6	Distribuição das especialidades de encaminhamento na alta hospitalar (n= 101). HUPE. Rio de Janeiro, 2019 .....	69

## LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HU	Hospital Universitário
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OS	Organização Social
PADI	Programa de Atenção Domiciliar
PAEN	Pacientes Acompanhados pela Especialidade da Neurologia
PBF	Programa Bolsa Família
PNAEN	Pacientes Não Acompanhados pela Especialidade da Neurologia
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PROEX	Programa de Excelência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Statistical Analysis System
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Packages for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
Uerj	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>OBJETO DE PESQUISA</b> .....	22
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
3.1	OBJETIVO GERAL .....	23
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO .....	23
4	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA</b> .....	24
4.1	DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR .....	24
4.1.1	<b>Programa de atenção domiciliar</b> .....	33
5	<b>ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</b> .....	39
5.1	DESENHO DA PESQUISA .....	39
5.2	LOCAL DA PESQUISA .....	39
5.3	FONTES DE INFORMAÇÃO, COLETA DE DADOS E PLANO DE ANÁLISE .....	40
5.3.1	<b>Fontes de Informação</b> .....	40
5.3.2	<b>Universo do estudo, coleta de dados e plano de análise</b> .....	41
5.3.3	<b>Crítérios para identificação dos pacientes elegíveis para o planejamento de alta responsável</b> .....	47
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	49
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA .....	50
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS AO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DE ALTA RESPONSÁVEL .....	56
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
	<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	85
	<b>ANEXO A - ESCALA DE FUGULIN – CLASSIFICAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b> .....	87
	<b>ANEXO B - ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS</b> .....	88
	<b>ANEXO C – ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO</b> .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetiva analisar o planejamento da alta, como processo de desospitalização, dos pacientes internados na neurologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), durante o ano de 2019.

O interesse pela temática se fez presente a partir da atuação profissional da pesquisadora deste estudo, enquanto Assistente Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), especificamente no campo de atenção às pessoas com doenças neurológicas. A temática é alvo do seu projeto profissional ao visar principalmente o planejamento da alta de pacientes crônicos, de alta dependência e o estímulo à articulação com os demais profissionais de saúde e os familiares do usuário. Após a aproximação da temática de desospitalização, observando-se que ocorriam ações isoladas de desospitalização, conduzidas principalmente pelos profissionais do Serviço Social, ao final da internação hospitalar.

As doenças neurológicas possuem importância epidemiológica e magnitude social na população brasileira, tendo elevada prevalência de pessoas com sequelas neurológicas e elevada taxa de mortalidade. (BRASIL, MS, 2005).

Segundo Botelho *et al.* (2016), a doença neurológica de nomenclatura Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a segunda maior causa de óbito no mundo, com cerca de 5,7 milhões de casos por ano, o que caracteriza, aproximadamente, 10% dos óbitos mundiais. No Brasil, continua sendo a primeira causa de morte e incapacidade. Dados do estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2013, indicaram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. Nesse cenário, uma das justificativas da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica pauta-se na intervenção precoce nas pessoas que vivem com hipertensão arterial e diabetes mellitus, principais causas dos AVC no Brasil (BRASIL, MS, 2017a).

No caso dos usuários internados na enfermaria de neurologia do HUPE, é possível citar outras doenças neurológicas que podem cursar com fraqueza muscular, desequilíbrio, dificuldade na fala e deglutição ou mesmo paralisia - como Síndrome de Guillain-Barré, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Miastenia Gravis, Esclerose Múltipla - necessitam, igualmente, do processo de desospitalização. É importante ressaltar, que o diagnóstico de doença neurológica acarreta diversos impactos para a vida do usuário, principalmente se houver sequelas geradoras de incapacidade, podendo estender-se aos familiares, que podem tornar-se os principais cuidadores.

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).

Olario *et al.* (2018) discorre sobre o termo desospitalização:

se refere à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, favorecendo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção da pessoa na rede, considerando os princípios da humanização, continuidade do cuidado e participação da família. E considerando um dos “eixos centrais do atendimento domiciliar.” (OLARIO *et al.*, 2018, p. 2).

Silva *et al.* (2017), avaliam a desospitalização como um processo que pode resultar numa assistência mais humanizada ao possibilitar ao usuário a convivência familiar e comunitária, além de evitar infecções hospitalares. Além de possibilitar a redução de custos para a política de saúde ao abreviar o tempo de internação hospitalar e propiciar a rotatividade do leito e atendimento a outros usuários (BRASIL, MS, 2020).

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 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). Esta compreende ações de equipe multiprofissional voltada para o atendimento domiciliar.

Na referida portaria são estabelecidas três modalidades de atenção domiciliar e que se diferem a partir da classificação pela equipe de saúde da complexidade da demanda, a saber:

- modalidade AD1: destinada a pessoas que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, serão atendidos pela atenção básica;
- modalidade AD2: destinada a pessoas com problemas de saúde e dificuldade/impossibilidade de locomoção e que necessitem de uma maior frequência de cuidado;
- modalidade AD3: destinada a pessoas com critérios semelhantes aos do AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos.

As modalidades têm em comum serem dirigidas a pessoas com problemas de saúde, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde ou que demandam ações de cuidado de profissional de saúde (BRASIL, 2016). O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é voltado, principalmente, a pacientes crônicos, terminais e idosos. (BRASIL, 2013a)

No entanto, mesmo com os incentivos para criação de uma política de atenção domiciliar de âmbito federal, o “Programa Melhor em Casa” e as iniciativas municipais do Rio de Janeiro com o “Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI)”, estratégias fundamentais para o processo de desospitalização, ainda encontram dificuldades para a sua operacionalização. (BRASIL, 2020).

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), foi suspenso por um período, no município do Rio de Janeiro, e a justiça foi acionada para a retomada dele. Um dos grandes princípios norteadores do SUS e da atenção básica foram descumpridos, o da integralidade e da continuidade da atenção. Esse contexto, possivelmente dificultou o andamento do processo de desospitalização de pacientes.

O princípio da integralidade, como dito, é um dos pilares da desospitalização e do direito à saúde. Cecílio (2001), aponta duas dimensões que devem ser trabalhadas para o alcance da integralidade: a primeira em que o sujeito deve ser considerado em sua totalidade, o trabalho profissional e de equipe devem atender às necessidades de saúde dos usuários. E a segunda, em que a integralidade deve ser fruto da articulação dos serviços em rede, a intersectorialidade, para além do setor saúde e níveis de complexidade.

Mattos (2009) aponta três sentidos (dimensões) do princípio da integralidade, são eles: o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, deve-se prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelo usuário, apresentadas em alguma demanda; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços, fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, pois as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma gama de serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O autor afirma ainda que o princípio da integralidade “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2009, p. 65). Isto é, não reduzir o sujeito e sua complexidade a uma parte do corpo a ser avaliada ou a uma doença, perceber o usuário enquanto possuidor de direitos, um ser político e protagonista de sua própria história.

Destaca-se ainda, a permanência da utilização exclusiva do critério clínico, enquanto parâmetro na identificação de pacientes elegíveis, pela equipe de saúde, para a alta hospitalar, como o encontrado na pesquisa de Silva *et al.* (2017a), sobre desospitalização realizada em um hospital público mineiro.

A desospitalização não é meramente a alta hospitalar, resultando na liberação do paciente para sua casa. Mas, uma alta responsável no sentido de ser planejada com antecedência e prevê articulação entre a equipe multiprofissional da unidade hospitalar, a unidade familiar e a rede do território do domicílio do paciente/usuário. (OLARIO *et al.*, 2018). Sendo assim, “englobam as ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar”. (BRASIL, MS, 2020). Para a efetivação da alta e garantia da continuidade do tratamento e cuidado, enquanto um direito à saúde, devem ser avaliados aspectos relacionados à determinação social da saúde, bem como o aparato institucional e de recursos proveniente do Estado. (BIANCO, 2020).

As condições sociais e de trabalho impactam diretamente na vida das pessoas. Segundo Polito e Conceição (2018), ao final do ano de 2018 mais de 12 milhões de pessoas estavam desempregadas, enquanto 32,9 milhões de pessoas estavam em trabalho informal, este último dado foi considerado o patamar recorde na série histórica.

Em outro estudo, apontou que a desigualdade está crescendo no Brasil, enquanto a renda da metade mais pobre da população caiu cerca de 18%, somente 1% dos mais ricos cresceu 10%. (CEE, 2019). O aumento da desigualdade social, da pobreza, do desemprego aliada a redução e precarização de políticas públicas são combustíveis para o acirramento do conflito social e desamparo das famílias.

Não havendo condições dignas e estruturais de sobrevivência para uma parcela da população, o adoecimento com dependência, poderá ocasionar sobrecarga às famílias, ao relacioná-la a um dos critérios de inclusão do programa de atenção domiciliar: a figura do cuidador. Esta é definida como: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, PORTARIA Nº 2488/MS, 2011). Contudo, paradoxalmente, o não suporte pelas famílias aos seus membros pode ser visto por alguns como negligência.

Outro fator a ser considerado foi a mudança no interior das famílias, acompanhando as mudanças societárias. Antes da entrada da mulher ao mercado de trabalho, as tarefas domésticas e o cuidado das crianças, idosos e doentes estavam no bojo do papel feminino. Na atual conjuntura, onde há o aumento de famílias chefiadas por mulheres e a concomitância no mercado de trabalho, nem sempre a família dispõe de recursos para desempenhar tais funções de proteção social e de cuidador.

Neste trabalho a palavra famílias é usada no plural por concordar com Ferrari & Kaloustian apud Oliveira (2009) ao se referirem aos inúmeros arranjos familiares na contemporaneidade, logo não há um modelo único de família, pois ela acompanha as mudanças societárias ocorridas ao longo do tempo.

Portanto, almeja-se que a preparação da alta com vias a desospitalização inicie com a entrada do usuário à enfermagem para a identificação de possíveis demandas e necessidades de saúde do usuário/famílias que possam interferir no processo de recuperação no domicílio. Além do mais, deve-se respeitar o tempo de assimilação do paciente e família sobre o diagnóstico e atual situação de saúde. E ganha-se tempo para o acompanhamento de orientações profissionais como por exemplo: ao acesso a direitos e benefícios sociais (direitos previdenciários e assistenciais), insumos e equipamentos de saúde (cadeira de rodas, cadeira

higiênica, cama hospitalar); treinamento do cuidador para as atividades que desempenhará no domicílio após a alta; e também a articulação com a rede existente no território para responder às demandas identificadas, além de prestar a continuidade da atenção quando necessário.

## **2 OBJETO DE PESQUISA**

O objeto desta dissertação é o planejamento da alta responsável de pacientes internados no serviço de neurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar aspectos relevantes para o planejamento de alta, como processo de desospitalização, dos pacientes internados na neurologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, 2019.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil dos pacientes internados pela especialidade de neurologia, no HUPE, no ano de 2019;
- Identificar as características dos pacientes e da condição neurológica que indiquem necessidade de planejamento da alta responsável;
- Discutir os elementos que caracterizam a necessidade do planejamento de alta responsável, considerando as fontes de informação disponíveis no HUPE.

## 4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

### 4.1 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 Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) define que os mecanismos de desospitalização dos hospitais têm o compromisso de garantir uma alta hospitalar responsável, por meio da constituição de Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2013b).

A Portaria GM/MS nº 2809, de 07 de dezembro de 2012 que estabeleceu a organização dos cuidados prolongados (BRASIL, 2012) traz um capítulo inteiro acerca da alta responsável. Versa em seu artigo 18:

[Art. 18] A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social.

[Art. 18, Parágrafo Único] A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. (BRASIL, PORTARIA Nº 2809, Cap.3, 2012)

Ela também aponta, em seu artigo 19, os objetivos da alta hospitalar responsável:

I- promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;

II- buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que receberá o usuário;

III- dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;

IV- otimizar o tempo de permanência do usuário internado;

V- prevenir o risco de readmissões hospitalares; (BRASIL, PORTARIA Nº 2809, art. 19, 2012)

O documento publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) cita, para além da atenção domiciliar, outros mecanismos para a desospitalização, pautados na integralidade e na articulação em rede de atenção. São eles:

as ações prestadas por equipes de saúde em ambulatório antes da internação, que objetivam identificar situações que possam prolongar a permanência na internação do paciente e construir previamente uma rede de apoio necessária à continuidade do cuidado do usuário; os ambulatórios especializados de atenção à pessoa idosa no pós-alta para acompanhamento de paciente em sua recuperação e transição até reinserção na Rede de Atenção à Saúde; processos de educação em saúde voltados aos pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde; e estabelecimento de planos terapêuticos construídos por equipe multidisciplinar que visem atender aos problemas biopsicossociais de pacientes. (BRASIL, 2020, p. 65).

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).

Rocha (2016), em sua análise da desospitalização em um hospital geral, sugere que ela é composta por macroprocessos que objetivam a inclusão da família, o treinamento do cuidador familiar e a organização da rede de atenção à saúde.

São considerados ganhos da desospitalização a redução de custos e do risco de infecções, bem como o incentivo à humanização do cuidado. A redução de custos ocorre ao propiciar a redução do tempo de internação em unidade hospitalar, ao transferir o paciente em condições de continuar o tratamento em domicílio. A humanização descrita, de modo resumido, refere-se à possibilidade de o paciente estar no convívio familiar e comunitário. O tema humanização é bastante debatida no campo da saúde, e seu conceito é considerado polissêmico. (DESLANDES, 2004; MOREIRA *et al.*, 2015).

O Brasil instituiu, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada para a mudança de cultura relacionada ao atendimento à saúde. Objetiva melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades hospitalares, mediante o aprimoramento das relações

mútuas entre usuários, usuários/profissionais e entre hospital e comunidade. (DESLANDES, 2004). Dessa forma, a política é um reforço à mudança de práticas, arraigadas na saúde, centradas no modelo biomédico, ao propor a valorização do trabalho em equipe, do reconhecimento dos direitos dos usuários e sua participação junto aos profissionais na gestão dos processos em saúde. A comunicação, a busca de consensos e a autonomia dos sujeitos ganham destaque nesse cenário, contrapondo o monopólio da produção em saúde voltada na figura médica. Assim, o usuário, a família e os demais profissionais de saúde são reconhecidos enquanto partícipes das tomadas de decisão e dos direcionamentos em saúde. Outro fator importante a ser considerado na humanização, para além das relações sociais, é a estrutura necessária para o andamento de práticas humanizadoras, tais como: o investimento em políticas sociais e de saúde, recursos humanos e insumos. A política é baseada em alguns princípios fundamentais dentre eles, o da transversalidade. Este princípio diz respeito a não se apresentar enquanto uma política estanque, mas sim, ao perpassar por todos os programas e políticas do SUS. (BRASIL, MS, 2004)

Deslandes (2004) em seu estudo, analisou o discurso oficial, do Ministério da Saúde, sobre a humanização da assistência hospitalar e aponta as seguintes discussões:

Discutimos as ideias centrais da humanização como oposição à violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional, eixo central dos textos. (DESLANDES, 2004, p. 7)

O caminho para a humanização das práticas em saúde deve articular dois componentes complementares que são as tecnologias e as relações humanas, isto é, não se pode pensar que a tecnologia separada da comunicação e do vínculo entre usuário, profissionais, hospital e comunidade possam responder às demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Para Ayres (2005, p. 552) a humanização trata “de um projeto existencial de caráter político”, pois perpassa vários âmbitos em que as práticas de saúde são construídas, “desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial”. (AYRES, 2005, p. 552).

Por isso, seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos seus meios técnicos ou gerenciais, o que este ensaio toma como o norte e desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de “mais tecnociência”, nem tampouco de “menos tecnociência”, mas sim como o interesse por um progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez

reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades. (AYRES, 2005, p. 552)

Artmann e Rivera (2013) afirmam que o cuidado humanizado depende de duas dimensões:

- 1) de uma organização no nível macro, portanto de políticas de saúde, de modelos de atenção que deem conta da diversidade da demanda;
- 2) de uma articulação ou construção do cuidado no nível micro, na prática diária dos serviços, na clínica, na resposta direta ao usuário, na relação médico x usuário, profissional de saúde x usuário, profissional x profissional, serviço x serviço, numa rede de atenção coerente e efetiva, resolutiva. Estas duas dimensões – macro e micro – são articuladas. (ARTMANN e RIVERA, 2013, p.225)

A realidade brasileira, nos últimos anos, presencia a regressão de direitos conquistados com mudanças nos direitos trabalhistas, previdenciários e a redução de direitos assistenciais, estas justificadas pela “crise”. Em contraste, ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, o aumento do desemprego, da desigualdade social e pobreza.

As políticas públicas e sociais devem acompanhar as mudanças societárias para que permitam um envelhecimento ativo e saudável da população, com a manutenção da autonomia e independência do idoso. O importante é viver mais com qualidade de vida. Esse é um dos desafios a serem enfrentados pela política de saúde e as demais políticas, pois, ao se restringir a proteção social baseada no Estado, como ficarão os idosos e usuários dependentes de cuidados? Além de ser uma questão ao próprio cuidador, ou melhor, cuidadora, pois há um recorte de gênero, mulheres que param de trabalhar para cuidar do seu ente e, ao não contribuir para a Previdência Social, não terão condições para a aposentadoria. Essas são questões a serem pensadas também pela política de humanização, transversal às demais políticas, pois considera o contexto social, a prática profissional e do cuidador. Pois, os “problemas de saúde (...) são complexos, dependem fortemente do cenário, de um contexto marcado por variáveis de difícil governabilidade, que também pertencem a diversos âmbitos do real”. (ARTMANN e RIVERA, 2013, p. 234).

Simão e Mito (2016), ao realizarem um estudo sobre o cuidado paliativo e domiciliar na América Latina apresentam uma crítica ao modelo de internação domiciliar, propagado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indicado para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes pautadas no cuidado familiar. Para elas, o caráter familista permeia a sociedade e as políticas sociais latino-americanas, ao interpretarem a família como a principal fonte de proteção social, independentemente de seus formatos,

vulnerabilidades, situações de risco. Sugerem enquanto alternativa, os exemplos da Espanha e Costa Rica onde há remuneração de cuidadores familiares por parte do Estado. Pois, a família só pode ofertar suporte se houver apoio do Estado mediante a garantia de seus direitos sociais e políticas públicas de caráter universais e de qualidade.

Silva *et al.* (2017a) analisaram o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares. Para os autores, a desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares. Entretanto, nem todas as famílias dispõem de recursos necessários ao cuidado de seu ente no domicílio. Com intuito de explicitar tais questões, serão evidenciadas, a seguir, situações emblemáticas observadas no acompanhamento de usuários e suas famílias na enfermaria de neurologia do HUPE.

Há casos em que os usuários apresentam internação prolongada e após o diagnóstico e tratamento no hospital o quadro clínico se torna estável. No entanto, ainda necessitam de auxílio ou cuidados por terceiros, pela sua condição de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD). Alguns usuários adoecidos são os principais provedores das famílias, e na atual conjuntura brasileira, com altos níveis de desemprego, o trabalho informal é alternativa à sobrevivência, assim nem sempre os usuários podem ou optam em contribuir individualmente a Previdência Social. Ao não estarem segurados pela Previdência Social, não terão direito a benefícios previdenciários, como o auxílio-doença. Assim, demandará aos seus outros membros reorganização financeira e, não havendo, por muitas vezes, possibilidade de escolha entre o trabalho/renda *versus* cuidado ao usuário, repercutindo no prolongamento da alta do paciente e/ou impactos para a sobrevivência da família e/ou o não cuidado do usuário.

Outra observação de questões do cotidiano profissional e vivenciados por algumas famílias se refere ao alagamento de seus domicílios após fortes chuvas. O município do Rio de Janeiro reduziu, nos últimos cinco anos, em 77% os recursos financeiros para o controle de enchentes como drenagem, saneamento e proteção de encostas. (GRANDIN, F. G1 Rio e TV Globo, 2019). Nas últimas chuvas do presente ano, houve relato de famílias que perderam todos os seus pertences após a inundação de suas casas.

Destaca-se outra questão relacionada à composição familiar constituída por poucos membros. Às vezes famílias nucleares, possuem ainda maiores dificuldades para prestarem o cuidado no domicílio. Durante o acompanhamento às famílias no hospital, foram identificadas situações de sobrecarga do único cuidador, repercutindo no adoecimento mental deste. E

nesses casos, como não olhar para as famílias que também demandam cuidados da equipe de saúde? Há situações ainda, em que o usuário não dispõe de suporte familiar e financeiro, e após o adoecimento com incapacidade, demandará apoio da rede de proteção como de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), abrigos ou leitos de longa permanência para reabilitação em unidades de menor complexidade, tornando-se um desafio para o sistema de saúde. Resume-se, que alguns dos empecilhos, identificados na literatura, às famílias sobre o processo de desospitalização estão relacionados às condições estruturais e de vida de uma parcela da população, que não tem recebido um aparato estatal para o acolhimento e respostas às suas demandas e necessidades.

Nesse sentido, Silva *et al.* (2017a) corroboram com as observações do presente estudo ao citarem desafios e fragilidades à desospitalização. Os desafios, dentre outros, são relativos à aceitação da família e quanto ao papel de cuidador. As fragilidades detectadas são as seguintes:

- falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização entre os médicos e demais profissionais;
- desafios da preparação do usuário para alta e o incipiente processo de capacitação dos cuidadores e familiares;
- dificuldades quanto às condições das famílias para assumirem o cuidado no domicílio. Alguns usuários ficam internados por vários meses, frente à dificuldade financeira da família, o que impede ou dificulta de assumir o cuidado no domicílio;
- em muitas situações, a desospitalização é impedida ou postergada pela inexistência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado.

Alguns estudos abordam a atenção domiciliar como estratégia central para a desospitalização. Duarte e Diogo apud Neto (2016), apontam alguns fatores para o surgimento da atenção domiciliar, são eles: a transição demográfica (com um acentuado envelhecimento da população); a transição epidemiológica (aumento das doenças crônicas não transmissíveis), os altos custos do sistema hospitalar e o aumento da procura por cuidados de saúde.

Oliveira *et al.* (2015), realizaram um levantamento sobre os artigos científicos no mundo em que abordam o tema da atenção domiciliar. Relata a percepção dos familiares acerca da atenção domiciliar, em que os mesmos a comparam a desospitalização. Registam o



sentimento de frustração dos familiares ao se depararem com a alta hospitalar sem a total recuperação do paciente, isto é, sem que estes estejam aptos a cuidarem de si próprios, pois a família considera a unidade hospitalar como local de cura. Destacam ainda a insegurança das famílias após o retorno do paciente ao domicílio, principalmente, em relação às dúvidas dos familiares quanto aos procedimentos para auxílio ao usuário quando houver agudização do quadro de saúde no domicílio, isto é, questionamentos em torno de como socorrê-lo e para qual unidade levá-lo, considerando a crise na rede de saúde. Apontam algumas fragilidades para a atenção domiciliar relativas ao contexto e à população dos diversos países e continentes. São elas (OLIVEIRA *et al.*, 2015):

- a falta de comunicação e orientações por parte da equipe de saúde no momento da alta e no atendimento domiciliar aos familiares.
- a ausência de estrutura do domicílio, cita o saneamento básico e carência de alimentos nutritivos no continente Africano.
- as dificuldades estruturais como: o transporte disponível, o qual determina as condições de acesso e acessibilidade.
- em relação ao Brasil são apontados: a falta de recursos financeiros, tanto para a alimentação quanto para a compra de medicamentos, as condições inadequadas de moradia e o transporte público deficiente.
- ausência de apoio estrutural e material dos serviços de saúde também foram questões apontadas.
- a falta de política ampliada em que abarque as questões do cuidador, não apenas do paciente.

Tendo em vista tais fragilidades que, além do programa de atenção domiciliar, é preciso implicar outras ações e políticas sociais por parte do Estado. Não faz sentido o paciente ir para casa, se sua família e comunidade não dispõem de condições para o cuidado dignas. As condições de vida e trabalho das sociedades impactam diretamente no processo de saúde doença, logo a saúde não pode ser analisada sem considerar o contexto histórico-social que é produtor de desigualdades e adoecimentos.

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.

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). O atendimento domiciliar não é algo novo. Ao relembramos a história do cuidado à saúde, verifica-se enquanto um serviço remoto, prestado por um médico de família de forma particular mediante pagamento, contudo não era um bem alcançável por todos, pois existiam aqueles que não possuíam condições financeiras de arcar com os serviços dos médicos particulares. O hospital, no período mencionado, era destinado à população pobre e desamparada mediante a caridade da ordem religiosa. 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)

No entanto, uma das críticas ao modelo de internação domiciliar contida no estudo de Silva *et al.* (2005a), refere-se à manutenção da lógica da internação hospitalar no domicílio ao não considerar a individualidade e os hábitos de vida do usuário e sua família. Dessa forma, a não inclusão do paciente e os seus familiares no planejamento terapêutico, poderá ocasionar conflitos entre a equipe e familiares na condução do cuidado. Para Feuerwerker e Merhy (2008), Mendes (2001) e Oliveira *et al.* (2015), a transferência do hospital para o domicílio do paciente poderá possibilitar à família a “disputa” do projeto terapêutico no momento da

transferência de responsabilidade do campo institucional para o cuidador. Pois a família poderá “negociar” ou “pactuar” com a equipe de saúde os moldes do tratamento.

Vale destacar, que, atualmente, os serviços supracitados são prestados mediante convênio com planos privados de saúde e, ainda assim, não são todos os planos que dispõem de estrutura e atendimento domiciliar para a sua clientela, pois este serviço não está previsto no rol de procedimentos de cobertura obrigatória para os planos de saúde. (ANS, LEI Nº 9.656, 1998).

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. A seguir, serão discutidos os programas voltados à atenção domiciliar no âmbito Federal e no município do Rio de Janeiro.

#### **4.1.1 Programa de atenção domiciliar**

Castro *et al.* (2018) elaboraram um estudo sobre a organização da atenção domiciliar a partir do Programa Melhor em Casa, no estado de Minas Gerais. Para eles, há o entendimento sobre duas posições que justificam a escolha dos gestores municipais na implementação da atenção domiciliar, após a criação do citado Programa no país, em 2011. São elas:

A primeira é que compreendem esta modalidade de atenção como abreviação ou substituição da internação hospitalar, visando, assim, à diminuição dos custos. Outra, como uma alternativa para a reorganização do modelo tecnoassistencial, tornando esse tipo de serviço um espaço para gerir novas maneiras de cuidar. Estas, complementares entre si, são consideradas centrais no agen-

ciamento dos gestores e profissionais que se postam à frente do processo de organização dos SADs. (CASTRO *et al.*, 2018, p. 2)

O programa estabelece critérios de implantação aos municípios para adesão. São eles:

- População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes;
- Hospital de referência no município ou região a qual integra; e
- Cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU ou similar)

Os municípios com população inferior a 20 mil habitantes, maioria dos municípios brasileiros, deverão se agrupar para poderem pleitear o credenciamento do SAD e o apoio financeiro ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

A justificativa para a implementação do Programa Melhor em Casa, é a de que a atenção domiciliar pode proporcionar um cuidado, mediante a articulação de três eixos: a estrutura familiar, a infraestrutura do domicílio e a estrutura oferecida pelos serviços de saúde. Contribui para evitar hospitalizações desnecessárias, diminuir risco de infecções, e otimizar leitos hospitalares e uso dos recursos. Segundo Neto (2016), a criação do Programa tinha o objetivo principal de expandir e qualificar a atenção domiciliar no âmbito do SUS em todo o Brasil.

De acordo com a normativa federal, o Programa é composto por equipe multiprofissional que realiza atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensos. O acesso pode ser feito de duas maneiras. A mais comum é a partir do hospital em que o usuário estiver internado, a segunda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). (BRASIL, 2013a).

A atenção domiciliar é organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e Atenção Domiciliar 3 (AD 3). Cada modalidade atende uma determinada complexidade de saúde e para o direcionamento dos pacientes à modalidade correspondente são levadas em consideração: a periodicidade de visitas necessárias ao cuidado do paciente, à intensidade do atendimento multiprofissional e a utilização de equipamentos. (BRASIL, 2016). Na primeira modalidade o atendimento é prestado pela clínica da família (AD1) com suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação. As demais, são atendidas por equipes específicas das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD - AD2) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP - AD3).

Considera-se elegível a inclusão no programa de atenção domiciliar, e a devida modalidade, o paciente que apresentar os critérios a seguir, de acordo com a PORTARIA Nº 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, MS, 2016):

- Modalidade AD1: requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais.
- Modalidade AD2: apresente: I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
- Modalidade AD3: usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Os recursos para o Programa Melhor em Casa são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais ou estaduais de saúde. Os repasses do Ministério não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais.

Neto (2016), identificou na implantação do Programa Melhor em Casa, uma concentração regional nas regiões Sudeste e Nordeste, e em municípios com mais de 40.000 habitantes e com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este fato pode ser explicado por essas regiões serem as mais populosas do Brasil.

Isso pode ser consequência das regras de adesão inicialmente impostas pelo MS, e que depois vieram a mudar; como se deve, também, a uma menor capacidade dos municípios de pequeno porte, principalmente aqueles localizados nas regiões Norte e Centro-oeste, de aderir e implantar o programa. (...) outra característica encontrada nesse estudo: nenhum município com IDH muito baixo havia aderido ao programa e apenas 32 (10% do total) tinham IDH baixo. (NETO, 2016, p. 92).

Castro *et al.* (2018), em seu artigo sobre a organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa, realizaram entrevistas a coordenadores e gestores de doze municípios mineiros. Uma das preocupações citadas foi a avaliação do perfil dos profissionais contratados para a atenção domiciliar e o investimento em cursos de capacitação. Os autores consideram ser necessário repensar a prática profissional ao levar em consideração a família, as condições sociais e a rede:

O trabalho desloca-se para o contexto da vida privada, fora da égide das instituições de saúde, requerendo mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais, que, em outras realidades assistenciais, são difundidas como certas, além do desenvolvimento de novas habilidades. A compreensão das individualidades dos usuários, das relações intrafamiliares, a promoção de estratégias para aprimorar a construção do conhecimento sobre o cuidado em casa, são alguns exemplos destas habilidades. Há que se considerar, também, o perfil do profissional para lidar com a singularidade e a subjetividade que circunda o processo de cuidar no domicílio, pois entre os profissionais e o paciente, encontrar-se-á a família. (CASTRO *et al.*, 2018, p. 4).

Os autores em questão chamam a atenção para a possibilidade do surgimento de sobrecarga física e emocional do cuidador familiar após a transferência do usuário, e, por conseguinte, dos cuidados ao domicílio. Na experiência profissional, nota-se que ao haver possibilidade de acompanhante durante a internação<sup>1</sup>, este familiar geralmente é o mesmo a prestar os cuidados de forma direta no lar, portanto, ao se tratar doenças neurológicas e/ou internações prolongadas, de certa maneira o cuidador poderá apresentar desgaste emocional e físico antes do retorno à casa, podendo ser intensificado caso não haja estratégias de amortização de sobrecarga. Nesse sentido, apresentam algumas estratégias e condutas profissionais, são elas: o desenvolvimento e o fortalecimento de uma comunicação efetiva entre os envolvidos com o cuidado; a educação dos cuidadores e familiares, o suporte do serviço de atenção domiciliar nas necessidades de saúde dos usuários e a identificação de redes de apoio são estratégias fundamentais para minimizar o ônus desta transferência. (CASTRO *et al.*, 2018).

Outra questão a ser levada em consideração e que pode potencializar a sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes em internação domiciliar é a ausência de “liberdade” ao cuidador. Para alguns, ao se pensar na continuidade do cuidado no domicílio são condutas planejadas para o melhor bem-estar do paciente ao propiciar maior conforto e privacidade, em torno de sua dinâmica familiar. Por outro lado, o familiar cuidador perde a sua “liberdade” ao

---

<sup>1</sup> O direito ao acompanhante é descrito em lei para crianças e adolescentes, idosos, indígenas, pessoas com deficiência e parturientes.

adiar ou suspender seus projetos individuais de vida, ao se colocar integralmente disponível aos cuidados de outrem.

(...) na visão dos cuidadores, a internação domiciliar permite liberdade ao paciente em relação a horários de higiene, alimentação, medicação, mas prisão e privação para si mesmos, sendo o contrário em internações hospitalares. Nessas, o aprisionado é o paciente, e o cuidador é que tem liberdade para sair do cuidado e retornar, já que tem uma equipe que realiza o cuidado nesse confinamento. (OLIVEIRA e KRUSE, 2017, p. 6)

No município do Rio de Janeiro há o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI). O PADI foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) e operacionalizado por uma Organização Social (OS). O programa foi inaugurado em agosto de 2010 com o objetivo de oferecer assistência em casa, prioritariamente, aos idosos. Sendo prestado aos portadores de doenças que necessitem de cuidados contínuos que possam ser feitos na residência. O programa recebe financiamento federal, pelo Programa Melhor em Casa. Tem como perfil dos usuários: “pessoas com doenças crônicas agudizadas, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, pacientes oriundos de internações prolongadas e/ou recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, pacientes em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional”. (PORTAL SMS DA PREFEITURA DO RJ, 2021)

As equipes do PADI ficam alocadas em hospitais municipais para facilitar a identificação dos pacientes com perfil para atendimento domiciliar. Em média, três equipes multidisciplinares ficam nos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Teles. As equipes podem ser compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Em 2019, a Prefeitura do Rio suspendeu o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, após o encerramento do contrato com a Organização Social responsável pela gestão das unidades e do programa. Cerca de 900 pacientes deixaram de receber atendimento do PADI.

Os 120 profissionais de saúde foram demitidos na última sexta-feira (12), cerca de 900 pacientes idosos e doentes crônicos estão sem atendimento, quando a prefeitura encerrou o contrato com a Organização Social IABAS, segundo informações da Comissão de Saúde da Câmara Municipal do Rio. Além da falta do serviço, os medicamentos e produtos básicos que eles recebiam do governo pelo programa também foram suspensos. (RJ2, 2019).

A suspensão do atendimento não foi planejada, no sentido de não trazer impactos aos pacientes, devido à descontinuidade do programa. A justiça foi acionada e determinou o retorno do Programa pela Prefeitura do Rio de Janeiro no mesmo ano.



## 5 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

### 5.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal de dados secundários relacionados aos pacientes internados na enfermaria de neurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no ano de 2019. Foi desenvolvido utilizando-se estratégias qualitativas e quantitativas. Pretendeu-se a familiarização do objeto de pesquisa e, posteriormente, a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. (GIL, 2008, p.28).

Partiu-se de revisão de literatura, mediante a busca sistemática de referências no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde e no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. A busca objetivou identificar publicações que tenham como objeto a desospitalização, planejamento da alta hospitalar, famílias cuidadoras, atenção domiciliar. A busca de artigos utilizou a combinação dos seguintes descritores: desospitalização; cuidado domiciliar; planejamento de alta hospitalar; processo de alta hospitalar; alta segura; alta responsável; atenção domiciliar. Foram incluídos os estudos em português, que se remetem ao contexto brasileiro, e os que se encontravam disponíveis na íntegra.

### 5.2 LOCAL DA PESQUISA

O campo de pesquisa foi a Enfermaria de Neurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), localizado no bairro de Vila Isabel, no município do Rio de Janeiro.

Os hospitais universitários (HU) são compreendidos como um centro de excelência para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologia para a saúde. Presta atendimento à população e elabora protocolos técnicos ao tratamento de várias doenças. (BRASIL, MS, 2021).

O HUPE presta serviços em nível primário, secundário, terciário e, para alguns procedimentos, representa o nível quaternário de referência. A unidade pertence à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Suas atribuições estão voltadas para o tripé ensino, pesquisa e assistência.

O Hospital Universitário ora pesquisado, não é uma unidade de emergência. O atendimento no serviço de neurologia é destinado às pessoas com doenças neurológicas

crônicas ou agudas e algumas delas incuráveis e degenerativas. A enfermaria de Neurologia presta assistência de alta complexidade a usuários oriundos de todo o Estado do Rio de Janeiro. Conta com 16 leitos, divididos entre ala masculina e feminina.

As doenças neurológicas atendidas no HUPE são doenças crônicas e muitas delas degenerativas que, em geral, impactam na autonomia e independência do usuário, interferindo nas atividades cotidianas, de lazer e do trabalho. De acordo com o grau de comprometimento e do tipo de sequela, a condição de saúde do usuário demandará uma equipe diversificada e especializada, a exemplo do profissional da fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e fonoaudiologia, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (BRASIL, MS, 2017).

Neste trabalho, o foco da pesquisa se deteve ao período da internação, consistindo em caracterizar o perfil dos usuários da neurologia, principalmente daqueles que indicavam a necessidade de um olhar diferenciado pela equipe de saúde às suas necessidades e demandas, com vias ao planejamento da alta responsável, uma das etapas da desospitalização.

### 5.3 FONTES DE INFORMAÇÃO, COLETA DE DADOS E PLANO DE ANÁLISE

#### 5.3.1 Fontes de Informação

As principais fontes de informação foram os prontuários dos pacientes, os relatórios do sistema de gerenciamento de internação e os registros do Serviço Social.

Os relatórios do sistema de gerenciamento de internação foram utilizados para a identificação dos pacientes internados na enfermaria de Neurologia, no ano do estudo. O prontuário eletrônico no HUPE foi implementado a partir do ano de 2018. O processo de utilização pelos profissionais ocorreu de forma gradativa, havendo transição entre o prontuário físico e eletrônico, mediante a capacitação e adequação do instrumental ao uso pelas equipes. Nesse sentido, os profissionais de Serviço Social, no tempo de recorte da pesquisa, não utilizavam para os seus registros o prontuário eletrônico. Dessa forma, foram incluídos para a coleta e análise dos dados os registros do Serviço Social realizados no livro ata, preservando os aspectos sigilosos. Optou-se em não utilizar os estudos sociais<sup>2</sup> do Serviço

---

2 “(...) os estudos socioeconômicos/estudo social podem ser definidos como o processo de conhecimento, análise e interpretação de uma determinada situação social. Sua finalidade imediata é a emissão de um parecer – formalizado ou não – sobre tal situação, do qual o sujeito demandante da ação/usuário depende

Social como fonte, por haver um número reduzido de avaliações sociais no ano de estudo, deste modo não foi possível abarcar as questões socioeconômicas dos pacientes.

### 5.3.2 Universo do estudo, coleta de dados e plano de análise

A *revisão dos prontuários* eletrônicos, foi utilizada para identificar os pacientes elegíveis para a desospitalização como também para caracterizar o processo de alta.

A busca dos dados no prontuário eletrônico do hospital ocorreu a partir da emissão pelo *Sistema de Gerenciamento de Internação*, uma ferramenta encontrada no próprio prontuário e gerada pela pesquisadora, de uma relação com os pacientes internados na enfermaria de neurologia no ano de 2019, totalizando **223 pacientes**. Numa primeira filtragem, foi realizada a adequação dos nomes repetidos, por existir sequências com datas de entradas e saídas subsequentes no sistema ou até mesmo outras internações no mesmo ano, resultando em **211 pacientes**.

A coleta no prontuário eletrônico foi realizada pela pesquisadora e uma residente de Serviço Social do HUPE conluente. A coleta no livro ata de registro do Serviço Social foi feita pela pesquisadora. Houve aporte financeiro pelo programa da Capes PROEX para a contratação de auxiliar na coleta de dados.

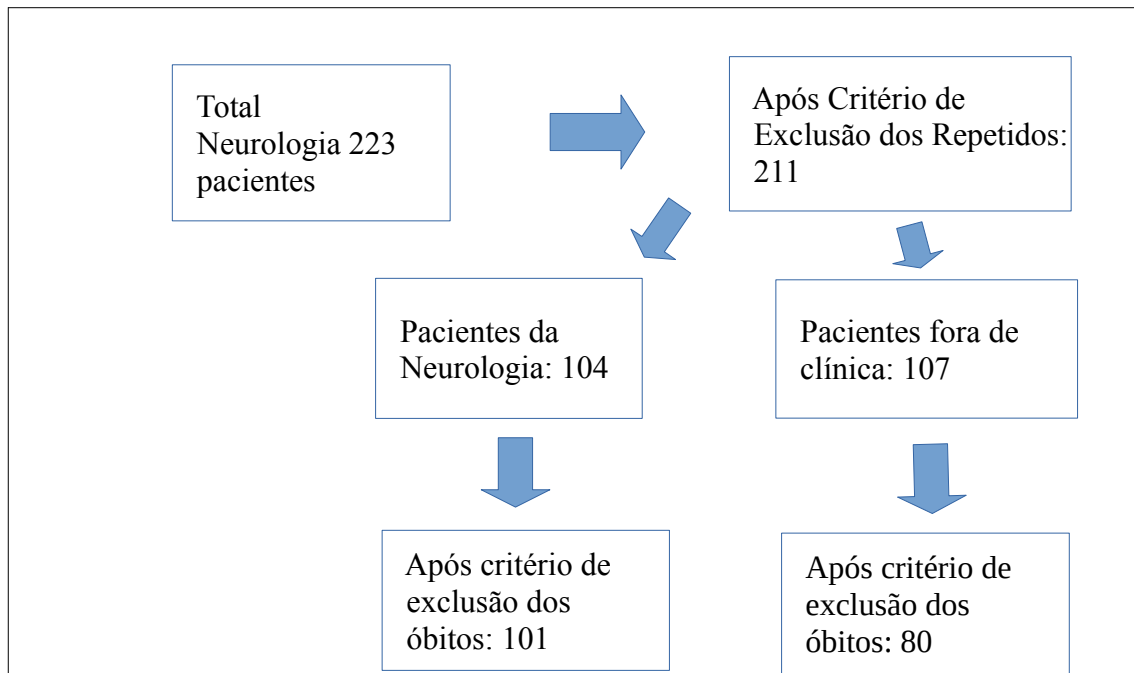
É importante salientar, que nas enfermarias do HUPE, é comum ter pacientes não acompanhados pela especialidade da Neurologia (PNAEN), ocasionada por inúmeras motivações, dentre as quais: pacientes de ambulatórios que a especialidade não possui enfermaria de referência, ausência de leitos na enfermaria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

A Figura 1 apresenta o diagrama com a exposição das etapas e critérios de identificação dos pacientes que compõem o universo do estudo.

---

para acessar benefícios, serviços e/ou resolver litígios. Essa finalidade é ampliada quando se incluem a obtenção e análise de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais da população atendida em programas ou serviços, partir do conjunto dos estudos efetuados como procedimento necessário para subsidiar o planejamento e a gestão de serviços e programas, bem como a reformulação ou a formulação de políticas sociais”. (MIOTO, 2009, p. 9).

Figura 1: Etapas e critérios de exclusão para a identificação dos pacientes que compõem o universo do estudo. Rio de Janeiro, RJ, 2019.



Fonte: elaboração própria, 2021.

Não foram considerados os pacientes que vieram a óbito durante a internação. Ocorreram 30 óbitos na enfermaria de neurologia, no ano de 2019, incluindo os pacientes não acompanhados pela especialidade da neurologia. Do total, apenas 3 eram pacientes acompanhados pela especialidade de neurologia. Por conta da pandemia de Covid-19, não foi possível o acesso aos prontuários físicos da unidade.

Para a coleta de dados nos prontuários foram realizadas as seguintes etapas:

- Criação de um instrumento de coleta de dados que permitiu a organização e tabulação dos dados (Apêndice 1).
- Pré-teste na aplicação do instrumento de coleta de dados com 16 prontuários, no intuito de possibilitar a inclusão e exclusão de alguma variável e o tempo de manuseio. Foi excluída a variável renda, por não existir no prontuário. Incluídas as variáveis: tempo de internação, acompanhamento ambulatorial, especialidade, Serviço Social (atendimento ou não pelo SS), Demanda Social (equipamentos de locomoção, órteses/próteses, direito a medicamentos, gratuidade de transporte, direitos

previdenciários e assistenciais etc.), diagnóstico principal (codificado pelo CID 10 categoria).

- Utilização do instrumento para a coleta de dados;

Na caracterização do processo da alta dos pacientes foi feito um levantamento nos prontuários dos usuários, especificamente nas folhas de evolução da equipe médica e de enfermagem, nos dois últimos dias anteriores à alta, nos dados da internação e resumo de alta médica. Nessa busca das variáveis disponíveis, foram considerados os registros dos seguintes elementos:

- Dados sociodemográficos: idade, sexo, raça/cor, local de moradia, escolaridade, estado civil, cor/raça, óbitos.
- Dados clínicos, escalas de avaliação de pacientes na enfermagem (*Fugulin, Braden e Morse*), diagnóstico principal da alta médica, diagnósticos secundários, tempo de internação, reinternação, acompanhamento multiprofissional, outras condições crônicas e demais comorbidades, conforme registro do profissional de saúde.
- Condutas da equipe relacionadas ao planejamento da alta: encaminhamentos e orientações.
- Contato com a família do usuário.
- Contato com a rede: estratégias de referenciamento externo do caso.

As escalas de avaliação de pacientes na enfermagem *Fugulin, Braden e Morse* referem-se à classificação de cuidados de enfermagem e classificação de risco de lesão por pressão e de queda. A seguir um detalhamento sobre elas.

A escala de *Fugulin* consiste no agrupamento de pacientes de acordo com o grau de dependência da assistência da equipe de enfermagem. São considerados para a avaliação nove áreas de cuidado, a saber: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica. A pontuação é realizada de 1 a 4 mediante a análise da gradação da complexidade assistencial. Ao final, a pontuação total indicará a classificação de cada categoria - cuidados mínimos, intermediário, alta dependência, semi-intensivo, intensivo. Dessa forma, é possível que a equipe de enfermagem configure inúmeras decisões administrativas quanto à organização do plano assistencial de enfermagem:

Objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente. Cabe enfatizar que o (SCP) proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem. (MACHADO *et al.*, 2016, p. 3166).

Abaixo, a descrição do perfil dos pacientes classificados de acordo com a categoria. (BRASIL, RESOLUÇÃO COFEN Nº 0543, 2017)

- Cuidados Intensivos: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;
- Cuidados Semi-Intensivos: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;
- Cuidados Alta Dependência: pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
- Cuidados Intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;
- Cuidados Mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

A escala de *Braden* é um recurso utilizado para medir o risco dos pacientes críticos de desenvolverem lesões por pressão. A escala analisa seis aspectos principais no paciente: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e, por último, a fricção e cisalhamento. Cada uma dessas características é pontuada de 1 a 4 e somada ao final. A partir desse registro, os enfermeiros conseguem aplicar medidas preventivas e promover um tratamento mais eficaz.

Segundo Anjos *et al.* (2011) os pacientes neurológicos geralmente apresentam diminuição da percepção sensorial e de atividade motora, tais características acarretam risco elevado para o desenvolvimento de úlcera por pressão.

A escala de quedas de *Morse* é uma escala utilizada na Enfermagem para avaliar o paciente no que confere o risco de queda. São avaliados os seguintes aspectos: história de queda nos três últimos meses, diagnóstico secundário, auxílio na mobilidade, terapia endovenosa, marcha e estado mental. Ao final da avaliação é possível identificar a classificação de risco para queda do paciente: Risco Alto, Risco Moderado e Risco Baixo.

As escalas ora referidas são aplicadas no contexto hospitalar pela enfermagem com intuito de proceder a segurança do paciente. Contudo, elas também podem ser utilizadas para o planejamento de alta, ao indicar limitações funcionais/ grau de dependência e a necessidade de atendimento e orientações da equipe multiprofissional de saúde ao paciente e ao seu familiar, referentes ao autocuidado, a disponibilização de recursos sociais e da rede de saúde, reabilitação, encaminhamentos etc.

Nos prontuários do paciente, foram encontrados apenas dois registros com relatos de contato da equipe médica à família e nenhum registro de contato com a Rede de Atenção à Saúde. Assim sendo, não foi possível obter estas informações para a maior parte dos pacientes internados.

O Quadro 1 apresenta as variáveis e as fontes de informação na qual as principais informações, dos pacientes internados, no ano de 2019, na enfermaria de Neurologia, foram coletadas.

Quadro 1 – Variáveis e fontes da coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

<b>Registro livro ata do serviço social</b>	<b>Prontuário eletrônico</b>	<b>Relatórios do sistema de gerenciamento de internação</b>
<b>Identificação e Dados Demográficos:</b> Nome, idade, prontuário, local de moradia	<b>Identificação e Dados Demográficos:</b> Sexo, cor/ raça, idade, escolaridade, data de nascimento, estado civil, local de moradia	<b>Relatórios:</b> Pacientes Internados acima de 30 dias
<b>Dados da internação:</b> Data de internação, diagnóstico principal e secundário	<b>Dados da internação:</b> Datas de internação e alta, diagnóstico principal e secundário	<b>Relatórios:</b> Internações por Unidade de Internação (Ex. Neurologia)

<b>Síntese descritiva do atendimento:</b> Avaliação social	<b>Evolução da equipe Multiprofissional</b> Escala de avaliação de pacientes na enfermagem, mais de uma internação no ano; uso de serviços de urgência/emergência; acamado; distúrbio do nível de consciência; dependência de oxigenoterapia; ventilação mecânica não invasiva; plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD; uso de drenos, cateteres e estomias; cuidados paliativos.	—
—	<b>Itens:</b> altas médicas, óbitos e resultado de exames	—

Fonte: elaboração própria, 2021.

Foi possível identificar algumas informações preenchidas de forma completa de todos os pacientes pesquisados no prontuário, relacionadas à identificação, dados demográficos e clínicos (Quadro 2).

Quadro 2: Dados completos de todos os pacientes internados na enfermaria de Neurologia. Rio de Janeiro, 2019.

<b>Identificação</b>	Nome	Número do prontuário	Cartão do SUS
<b>Dados demográficos</b>	Sexo/ Idade	Estado Civil	Localidade de moradia
<b>Dados clínicos</b>	Especialidade/origem	CID do diagnóstico principal	Diagnóstico principal
<b>Dados internação</b>	Data de entrada	Data de alta	Óbito durante internação

Fonte: elaboração própria, 2021.

Os dados extraídos e coletados foram armazenados no *excel*. Para a identificação dos pacientes e análise inicial foram utilizados os programas *Statistical Analysis System (SAS)* e Plataforma *KNIME Analytics*. Na caracterização dos sujeitos da pesquisa foram realizadas as



análises descritivas dos dados sociodemográficos, clínicos e de alta dos pacientes por meio do *Statistical Packages for the Social Sciences, versão 24.0* (SPSS Statistical).

### 5.3.3 Critérios para identificação dos pacientes elegíveis para o planejamento de alta responsável

A pesquisa nos *registros do Serviço Social*, utilizada como fonte de dados complementar, foi realizada a partir do levantamento dos relatos profissionais em livro ata de **49 pacientes** atendidos durante a internação na especialidade da neurologia. Foi possível identificar que nem todos os pacientes atendidos pelo Serviço Social estavam contidos na relação emitida pelo sistema de gerenciamento de internação do hospital, indicativo de que a listagem de gerenciamento de pacientes não abarcava todos os internados no período. Sendo assim, **42 pacientes** atendidos pelo Serviço Social estavam incluídos nesta listagem. A não inclusão dos 7 pacientes correspondem aos limites desta pesquisa. Algumas informações dos registros do Serviço Social foram sistematizadas e ao final foram incluídas na planilha os seguintes elementos: data de atendimento, prontuário, nome, sexo, idade, data de internação e alta, diagnóstico ou motivo da internação, bairro, município, demanda social, encaminhamento profissional, se possui estudo social. Os seguintes critérios foram utilizados, inicialmente, para a identificação dos pacientes elegíveis ao processo de planejamento de alta responsável, mediante a revisão do prontuário do paciente: os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) pela enfermagem, com base nas escalas de *Fugulin*, *Braden* e *Morse* aplicadas no início da internação; idade, tempo de permanência, reinternação no HUPE em 2019 e a existência de comorbidades. O Quadro 3 apresenta a utilização destes critérios para fornecer o indicativo de planejamento de alta responsável de cada paciente.

Quadro 3: Critérios de classificação ao planejamento da alta responsável na Neurologia, relacionados as escalas registradas pela enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Escalas realizadas pela Enfermagem	Resultado Avaliação de Enfermagem	Associado ao critério:	Indicativo de Planejamento de alta responsável
FUGULIN	Cuidados de Alta Dependência Semi Intensivos e Intensivos	Tempo de Permanência $\geq$ 15 dias	Muito Provável

FUGULIN	Cuidados Intermediários	Associado a mais dois critérios:	Provável
BRADEN	Risco Muito Alto, Risco Alto e Risco Moderado	≥ de 75 anos	
MORSE	Risco Alto e Risco Moderado	Tempo de Permanência ≥ 15 dias	
		> 1 internação no HUPE em 2019	
FUGULIN	Cuidados Mínimos	Comorbidades	Pouco Provável
BRADEN	Baixo Risco/ Sem Risco	-	
MORSE	Baixo Risco/ Sem Risco		

Fonte: elaboração própria, 2021.

Tomou-se como base o estudo de Machado *et al.* (2016) sobre a alta hospitalar de pacientes com lesão neurológica incapacitante em que dois (2) dos gestores enfermeiros pesquisados utilizavam o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para estabelecer critérios para a alta dos pacientes internados. Os autores consideram que a escala de Fugulin contém “elementos de substantiva relevância para o planejamento e a execução do cuidado e assistência de clientes dependentes, como os focados [no] estudo”. (MACHADO *et al.*, 2016; p. 3166). Igualmente, Pagliarini e Perroca (2008), consideram o uso da escala de Fugulin como norteador do planejamento de alta de enfermagem, por possibilitar a “identificação mais abrangente e aprofundada das áreas de cuidado que requeriam atenção no domicílio”. (PAGLIARINI e PERROCA, 2008, p. 397).

Nos casos sem informação sobre as escalas foram utilizados outros critérios: mais de uma internação no ano; uso de serviços de urgência/emergência; acamado; distúrbio do nível de consciência; dependência de oxigenoterapia; ventilação mecânica não invasiva; plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD; uso de drenos, cateteres e estomias; cuidados paliativos. Os critérios elencados correspondem algumas das condições de saúde abarcadas pela atenção domiciliar. (BRASIL, MS, 2016)

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi conduzida de acordo com os preceitos da ética em pesquisa, arrolados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (BRASIL, MS, 2012).

O principal risco, de identificação dos pacientes, foi contornado por ações para manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários e nos registros do Serviço Social, bem como com a privacidade de seus conteúdos. A extração de dados de prontuários e do livro ata foi realizado pela pesquisadora principal e uma auxiliar, sendo as informações identificadoras excluídas do banco de dados após a estruturação final dele. A apresentação dos resultados foi realizada de forma agrupada, visando, igualmente, garantir o anonimato.

A utilização das informações foi feita apenas para o cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa.

Os benefícios da pesquisa foram relacionados à geração de informação sobre a organização da alta hospitalar e de fornecimento de subsídios para a desospitalização dos pacientes internados na especialidade da Neurologia.

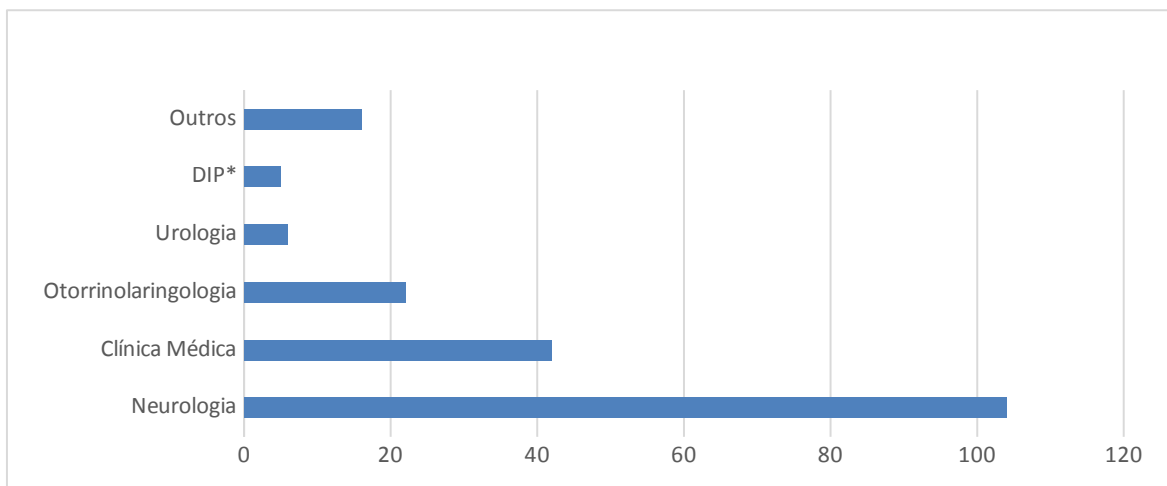
A pesquisa de campo teve início apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e do HUPE, Parecer: 4.565.598, CAAE: 41666620.4.0000.5240.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA

Na enfermaria de neurologia do HUPE, 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 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes internados em Hospital Universitário na enfermaria de Neurologia, segundo a especialidade de acompanhamento. Rio de Janeiro, 2019.



\*Doença infecto parasitárias. Fonte: elaboração própria, 2021.

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 (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados na enfermaria de neurologia. HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Variáveis	Pacientes acompanhados pela neurologia (PAEN) (n= 101)		Pacientes não acompanhados pela neurologia (PNAEN) (n=80)	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	52	51.4	50	62.5
Feminino	49	48.5	30	37.5
<b>Idade</b>	<b>anos</b>			
Média	57.6		52.5	
Mediana	58		55	
Mínima	21		6	
Máxima	96		94	
<b>Faixa etária</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 – 34	13	12.9	18	22.5
35 - 49	20	19.8	13	16.3
50 - 74	49	48.5	42	52.5
≥ 75	19	18.8	7	8.8
<b>Raça/Cor</b>				
Sem informação	99	98.0	80	100.0
Branco	2	2.0	–	–
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	51	50.4	45	56.3
Casado/ União Estável	39	38.8		30.0
Viúvo	8	7.9	5	6.2
Divorciado/Desquitado	3	2.9		7.5
<b>Escolaridade</b>				
Fund. Completo	12	11.9	14	17.6
Fund. Incompleto	11	10.9	3	3.7
Médio Completo	13	12.9	12	15.0
Médio Incompleto	0	0	0	0
Superior Completo	3	3.0	5	6.2
Superior Incompleto	1	0.9	2	2.5
Sem Informação	61	60.4	44	55.0
<b>Município de origem</b>				
Rio de Janeiro	78	77.2	56	70.0
Duque de Caxias	5	4.9	4	5.0
São Gonçalo	3	2.9	2	2.5
Belford Roxo	1	0.9	3	3.7

Outros	14	14.1	56	70.0
--------	----	------	----	------

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados na enfermaria de neurologia. HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019. continuação

Variáveis	Pacientes acompanhados pela neurologia (PAEN) (n= 101)		Pacientes não acompanhados pela neurologia (PNA-EN) (n=80)	
<b>Tempo de internação</b>	dias			
Média	24.8		16.5	
Mediana	18.0		8.0	
Mínimo	0		0	
Máximo	114		177	
<b>Tempo de internação (dias)</b>				
0-14	39	38.2	63	61.8
15-29	33	76.7	10	23.3
≥ 30	29	80.6	7	19.4
<b>Diagnóstico principal (CID-10)</b>				
Doenças do sistema nervoso	70	69.3	-	-
Doenças do aparelho circulatório	11	10.8	7	8.7
Sintomas, sinais e exames	5	4.9	-	-
Neoplasias	3	2.9	17	21.2
Doenças do sistema respiratório	-	-	13	16.2
Doenças do aparelho geniturinário	-	-	6	7.5
Outros	12	12.1	37	46.4
<b>Comorbidades</b>				
Sem comorbidades	31	30.7	64	80.0
1 comorbidade	24	23.8	6	7.5
2 comorbidades	33	32,7	6	7.5
3 comorbidades	13	12,9	4	5.0

\*Doenças. Fonte: elaboração própria, 2021.

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, nota-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.

As limitações adquiridas no período de hospitalização podem, ainda, não ser apenas temporárias. Diversos estudos apontam para a possibilidade de que as consequências funcionais em pacientes idosos possam ser mantidas após a alta hospitalar com consequente perda da autonomia e possível predisposição a novas hospitalizações. (MIRANDA *et al.*, 2019, p. 333)

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] AIVD<sup>3</sup>; 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] AVDs<sup>4</sup>, 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 vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia, cujo tempo médio de

3 São habilidades complexas necessárias para se viver de maneira independente. Essas habilidades são geralmente aprendidas durante a adolescência e incluem: gerenciar as finanças, dirigir, fazer compras etc. (SBGG, 2021).

4 São tarefas básicas de autocuidado, parecidas com as habilidades que aprendemos na infância. Elas incluem: alimentar-se, ir ao banheiro, escolher a roupa, cuidar da higiene pessoal etc. (SBGG, 2021)

internação foi de 16,8±13,8 dias, valor este mais parecido com os PNAEN (PAULO *et al.*, 2009).

Pode-se observar, ainda na Tabela 1, os principais diagnósticos dos pacientes por capítulo da CID-10. 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.

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (BRASIL, 2017).



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).

Besarria *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 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.

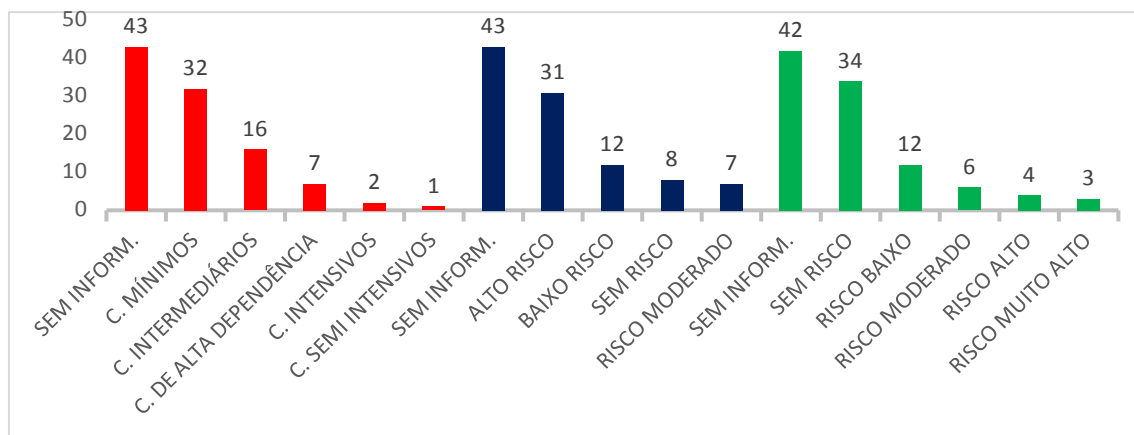
## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ELEGÍVEIS AO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DE ALTA RESPONSÁVEL

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 HUPE e registradas em prontuário eletrônico. O Gráfico 2 apresenta a classificação dos pacientes de acordo com as escalas de Fugulin, Braden e Morse (Gráfico 2).

Gráfico 2: Classificação dos pacientes da neurologia a partir das escalas de avaliação de pacientes na enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2019.



Fonte: elaboração própria, 2021.

Nota-se 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

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.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos PAEN. 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.

Tabela 2: Características Clínicas dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (n=101). HUPE. Rio de Janeiro. RJ, 2019. continua

Variável	N	%
<b>Diagnóstico Principal (CID-10*)</b>		
Polineuropatia Inflamatória	9	8.9
Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte	8	7.9
Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	6	5.9
Ataxia hereditária	5	5.0
Doença de Parkinson	5	5.0
Outras neuropatias	5	5.0
Miastenia Gravis e outros transtornos neuromusculares	5	5.0
Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	4	4.0
Outras doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	4	4.0
Outros transtornos degenerativos do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte	3	3.0

Outros	47	46.3
Total	101	100.0
<b>Mais de uma internação no HUPE</b>	70	69.3
Não	19	18.8
Sim	12	11.9
Sem informação		
Total	101	100.0
<b>Escala de Fugulin</b>		
Cuidados Mínimos	32	31.7
Cuidados Intermediários	16	15.8
Cuidados de Alta Dependência	7	6.9
Cuidados Intensivos	2	2.0
Cuidados Semi Intensivos	1	1.0
Sem informação	43	42.6
Total	101	100.0

Tabela 2: Características Clínicas dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (n=101). HUPE. Rio de Janeiro. RJ, 2019. continuação

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escala de Morse</b>		
Alto Risco	31	30.7
Baixo Risco	12	11.9
Sem Risco	8	7.9
Risco Moderado	7	6.9
Sem informação	43	42.6
Total	101	100.0
<b>Escala de Braden</b>		
Sem Risco	34	33.7
Risco Baixo	12	11.9

Risco Moderado	6	5.9
Risco Alto	4	4.0
Risco Muito Alto	3	3.0
Sem informação	42	41.6
Total	101	100.0

Legenda: \*Classificação segundo o código internacional de doenças (CID-10), agrupamento por 3 dígitos.  
Fonte: elaboração própria, 2021.

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, Degeração 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, forma 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 no HUPE naquele mesmo ano ou apresentar comorbidades. Foram encontrados 31 (30.6%) pacientes com o critério “Provável” ao planejamento da alta responsável (Quadro 4).

Os elementos acima estão em consonância com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, PORTARIA N° 2528, 2006) em que estabelece alguns critérios para indicar fragilidade em idosos.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. (BRASIL, PORTARIA N° 2528, 2006).

Quadro 4: Condições indicativas de pacientes elegíveis ao planejamento da alta responsável na enfermagem de neurologia. HUPE. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Planejamento de alta responsável	Nº Pacientes (após avaliação de escalas)	Critérios associados				Após associação a 2 critérios
		≥ 75 anos	Internação ≥15 dias	>1 internação	Comorbidades	
Muito Provável	10	Nenhum				10
Provável	45	11	34	7	32	31
Pouco Provável	-	Nenhum				-
Improvável	-	Nenhum				-

Fonte: elaboração própria, 2021.

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. (Tabela 3)

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.

Tabela 3: Elementos indicativos de necessidade de atenção domiciliar de pacientes sem informação nas escalas utilizadas pela enfermagem\*. HUPE. RJ, 2019.

Elementos	Frequência (n=101)
Dependência de oxigênio	1
Ventilação mecânica	0
Acamado	14
Adaptação órtese/prótese	9
Cuidados paliativos	11
Medicamentos parenterais em uso	0
Nutrição enteral ou parenteral	4
Cateter em uso	2
Verificação de sinais vitais	0

Distúrbios do nível de consciência	0
Reabilitação de fisioterapia	3

\*Segundo PORTARIA nº 825/2016; Menezes apud Brasil, MS, 2020, pág 114.

\*\*Paciente poderá apresentar mais de uma condição.

Fonte: elaboração própria, 2021.

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.

A Tabela 4 apresenta os registros de atendimento da equipe multiprofissional durante a internação hospitalar: 35 relatos profissionais da fisioterapia, 8 da psicologia e 40 do serviço social.

Tabela 4: Registro de atendimento da equipe multiprofissional aos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia, (N= 101). Rio de Janeiro. RJ, 2019.

<b>Atendimento Multiprofissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Sem Informação</b>	<b>%</b>
Fisioterapia	35	34.7	66	65.3
Psicologia	8	7.9	93	92.1
Serviço Social	40	39.6	61	60.4

\*Serviço Social a fonte de registro foi o livro ata, os demais profissionais o prontuário eletrônico.

Fonte: elaboração própria, 2021.

Foi possível identificar as demandas sociais dos pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (Tabela 5). Destaca-se a entrega de material socioeducativo (folder) produzido pelas assistentes sociais atuantes na neurologia<sup>5</sup> 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.

Tabela 5: Distribuição da demanda e orientações sociais identificada e registrada pelos assistentes sociais da instituição. Rio de Janeiro. RJ, 2019.

<b>Demanda/Orientações sociais</b>	<b>Pacientes acompanhados pela especialidade da neurologia (n=101)</b>
Direito a fraldas	5

5 Incluem-se residentes de Serviço Social de primeiro e segundo ano.

Direito previdenciário	13
Direito a equipamentos de locomoção	3
Direito à gratuidade no transporte	14
Representação legal	6
Direito a isenções fiscais	1
Direito ao medicamento	6
Direito assistencial	1
Programa de atenção domiciliar	2
Folder <sup>6</sup> (principais direitos)	18
Outros	7
Sem demandas	6
Sem informação	63

\*um paciente pode ter mais de uma demanda social.

Fonte: elaboração própria, 2021.

Cabe salientar que as demandas sociais acima apresentadas 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. A seguir será melhor detalhado cada item.

- Suporte familiar e comunitário

Durante a internação é importante ser observado se o paciente possui vínculo familiar e comunitário, se familiares/outros o visitam, se houver previsão legal, se há acompanhantes.

---

6 O folder é formado por apenas uma folha de papel com uma ou mais dobras, que possui caráter informativo.



Um bom momento para se aproveitar para uma abordagem aos familiares é no momento da visita para conhecimento da rede de suporte e dinâmica familiar. Conhecer como era a organização daquela família antes do adoecimento e refletir com ela as possibilidades e limites nos pós alta. Dessa forma, não há surpresas nem para a equipe e nem para a família sobre as condições ou não para a alta. Há tempo para o planejamento e preparação desse familiar. Afinal, o adoecimento por doença neurológica, dependendo do caso, pode perdurar um longo período para recuperação e retorno ou não das atividades habituais do paciente.

É comum pacientes e familiares acharem que a alta será pensada após a recuperação total do paciente. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida e o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em contraposição às doenças transmissíveis, há outra concepção menos hospitalocêntrica em destaque nas políticas públicas de saúde, em que a unidade hospitalar é para a fase aguda e após a estabilidade do quadro o paciente poderá ser encaminhado para outro tipo de cuidado. Afinal, a doença crônica é definida como:

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades<sup>7</sup>. Requerem intervenções com o uso de tecnologias (...), associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura”. (BRASIL, MS/SAS, 2013).

As doenças crônicas podem ser duradouras e incapacitantes, havendo necessidade de auxílio de cuidador para as atividades de vida diária (AVD'S), que englobam todas as atividades da vida cotidiana relacionadas ao autocuidado e ao gerenciamento da vida. O papel do cuidador pode ser desempenhado por um familiar ou pessoa contratada par tal fim. No atendimento às famílias é importante verificar se há outras pessoas disponíveis ao compartilhamento do cuidado. Pois, é sabido que a sobrecarga de cuidados pode afetar a saúde do cuidador. Alguns estudos demonstram o impacto dessa atividade.

(...) alterações causadas na vida do indivíduo decorrente do exercício das funções como cuidador. O desgaste biopsicossocial foi abordado por 17 estudos (62,96 %), citando os principais sinais e sintomas como ansiedade, fadiga, estresse, exaustão, isolamento social, instabilidade emocional, além do impacto causado pela diminuição da renda familiar. A tarefa de cuidar de um

---

7 Segundo Alves et. al. (2007b) “atualmente a incapacidade se refere quase exclusivamente a um declínio funcional. A função é definida pela capacidade da pessoa viver independentemente e cuidar dos seus negócios e de si própria”.

familiar dependente invariavelmente expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador. (BAPTISTA *et al.*, 2012)

Torna-se necessário identificar se a família possui dificuldades para a prestação dos cuidados no domicílio. Orientá-la sobre políticas e recursos fornecidos pelo Estado/sociedade civil que possam suprir ou atenuar algumas demandas e articular seu cuidado com os dispositivos existentes.

Locais em que a rede comunitária se faz presente, em que se pode mapear a rede, possibilitam orientações aos familiares de serviços e recursos disponíveis na própria comunidade.

Apoiar e orientar ao cuidador cuidar de sua saúde, buscar atendimento médico e psicológico, além de atividades relacionadas ao autocuidado, de distração, lazer e espiritualidade. É muito comum o cuidador único “esquecer-se” de si e focar apenas no cuidado com o outro. (MACHADO *et al.*, 2018).

Outras questões importantes a serem identificadas e conduzidas pela equipe multiprofissional, junto ao paciente e seus familiares, versam sobre aspectos dos cuidados paliativos, como o processo de finitude, medo da morte em casa, desejos finais do paciente e dúvidas de como proceder após o óbito.

- Situação habitacional

Uma informação importante para a alta responsável de pacientes com limitações e dependência de cuidado é a situação habitacional do paciente. Alguns tipos de domicílio podem apresentar maiores obstáculos ao retorno do paciente, como os relacionados a acessibilidade, como: apartamentos sem elevadores, casas com dois andares, escadas ou ladeiras para entrada no domicílio, dentre outros, em que será preciso pensar junto à família em alternativas para recebê-lo. Algumas instituições e abrigos não aceitam e/ou não estão preparadas adequadamente para receberem pessoas com limitações, mesmo os residentes destes locais. Assim, um desafio que se faz presente é a busca na rede por outras instituições adequadas ao recebimento de pessoas com dependência.

Em relação a condição do imóvel, outro ponto a ser considerado se o domicílio é próprio, alugado, cedido, financiado etc. Esse questionamento possibilita que o profissional identifique o impacto financeiro na renda da família. E, em alguns casos, também a há

possibilidade de orientação quanto a quitação do financiamento do imóvel por doença grave incapacitante, caso haja cláusula no contrato.

Se o domicílio possui o serviço de saneamento básico, energia elétrica e coleta regular de lixo. Serviços essenciais à saúde humana e qualidade de vida, que em várias localidades, esse direito é negado a população sendo grande causadores de doenças.

- Acesso ao transporte

Um dos fatores que interferem na adesão do paciente é o acesso ao meio de transporte. Não são todos os familiares que dispõem de recursos próprios ou financeiros para o transporte. E isto, não sendo avaliado durante a internação, poderá trazer impactos com a postergação da internação.

Há garantias legais (RIO DE JANEIRO, DECRETO N° 44.728, 2018 e DECRETO N° 45.820, 2016) que preconizam o direito à gratuidade do transporte a pacientes com doenças crônicas e deficiências. No município do Rio de Janeiro temos o Rio Card Especial e o Vale Social, respectivamente. No caso de pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, moradoras de outros municípios, há o programa “Tratamento Fora de Domicílio – TFD” (RIO DE JANEIRO, PORTARIA SAS N° 55, 1999, RESOLUÇÃO SES-RJ N° 171, 2011), este prevê o fornecimento de ambulâncias ou transporte coletivo (vans) para o deslocamento. Em casos de pessoas acamadas, oriundas do município do Rio de Janeiro, há o Transporte Sanitário (PORTARIA N° 2.563, de 2017), que, no entanto, só pode ser alcançado por meio da judicialização.

- Situação Trabalhista e Vínculo Empregatício

Conhecer a situação de trabalho e vínculo empregatício visa a garantia de direitos ou benefícios a serem requisitados. E são de suma importância para o rendimento e subsistência familiar. Há pacientes que são os únicos ou principais provedores da família. O quanto antes o paciente ou familiar derem entrada nos pedidos dos benefícios será melhor, pois sabe-se que há demora para os trâmites, como envio da documentação, agendamento e avaliação de perícia. Durante a internação, o acesso às documentações médicas e de outros profissionais, como laudos e resultados de exames, é mais rápido.

- Situação Previdenciária

A Previdência Social é uma política integrante do tripé da Seguridade Social, formado ainda pela política de Saúde e de Assistência Social. Oferece benefícios previdenciários a título de aposentadorias e pensões, além de benefícios de auxílio-doença e outros para momentos nos quais o cidadão fica impossibilitado de exercer suas atividades laborativas ou cotidianas. É uma política contributiva, isto significa dizer, que sua configuração se situa no âmbito do seguro social. Assim, só tem direito aos benefícios sociais os trabalhadores empregados ou os que tenham contribuído ao longo de 12 meses, salvo raras exceções, constituindo-se na sua qualidade de segurado. Essa condição é presente nos trabalhadores de regime da consolidação das leis de trabalho (CLT) e os que realizam contribuições de forma individual, facultativa etc.

- Situação Assistencial

A Assistência social é uma política de proteção social não contributiva, integrada às demais políticas setoriais e considera as “desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e para a universalização dos direitos sociais” (BRASIL, MDSCF, 2004). Presta atendimento a cidadãos em risco ou vulnerabilidade social, tais como:

Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, MDSCF, 2004, p. 18).

Dispõe de dois grandes programas de transferência de renda, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF). Ambos possuem condicionalidades a serem cumpridas para o recebimento. O BPC abarca pessoas com deficiência e idosos a partir de 65 anos<sup>8</sup> que não possuam condições e/ou suas famílias de proverem a sua subsistência. A renda deve ser menor ou igual a ¼ do salário-mínimo, corresponde atualmente ao valor de R\$ 275,00 por pessoa. Por sua vez, o PBF possui como população alvo as famílias em situação de

---

8 Contrapõe a idade prevista no Estatuto do Idoso, em que considera idoso pessoas a partir de 60 anos.

pobreza ou extrema pobreza, sendo caracterizada pela renda familiar *per capita* de, respectivamente, R\$ 89,00 e R\$ 178, 00.

- Renda

Além de identificarmos a renda do paciente e da família é importante questionar se a mesmo provê todas as necessidades. Pois, cada família e paciente demandam determinadas necessidades, alguns conseguem suprir com a renda disponível e outros não, havendo possibilidade de orientações quanto aos benefícios assistenciais existentes. E o critério de renda é uma das condicionalidades presente em grande parte dos programas.

- Acesso a fraldas, medicamentos, equipamentos e insumos de saúde

O acesso a fraldas, medicamentos, equipamentos e insumos de saúde é um direito constitucional e previsto também na Lei 8080/90 (SUS).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, CF, 1988).

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Art. 19º A assistência terapêutica integral a que se refere a (...)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; (BRASIL, cap. VIII, 1990)

No tocante ao direito a fraldas foi criado o Programa Farmácia Popular do Governo Federal, voltado a pessoas idosas e/ou com deficiência, em que o Ministério da Saúde paga até 90% do valor das fraldas e o paciente paga a diferença nas redes privadas que participam do “Aqui tem farmácia popular”. (BRASIL, PORTARIA Nº 111, 28 de janeiro de 2016 e PORTARIA Nº 937, 7 de abril de 2017). Para a dispensação deverá ser apresentado na farmácia participante o laudo médico comprovando a necessidade do uso de fralda geriátrica além de documentos pessoais de identificação. Além das fraldas, o “Aqui tem farmácia popular” dispensa gratuitamente medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, além de outros disponibilizados a baixo custo.

Em relação aos medicamentos existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), são classificados em medicamentos do componente básicos, estratégicos e especializados. O primeiro é voltado aos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária. O segundo é destinado “à garantia do acesso a medicamentos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionadas a situações de vulnerabilidade social e pobreza” (BRASIL, MS, 2019). Por último, são medicamentos “em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade” (BRASIL, MS, 2019). Estes últimos, são bastante utilizados pelos pacientes da neurologia para a continuidade do tratamento no pós alta.

A Relação Nacional de Insumos é composta por produtos para a saúde, de acordo com programas do Ministério da Saúde. Os itens desta relação integram os componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica, constituem-se como exemplos: agulhas, álcool etílico, caneta para aplicação de insulina, preservativos, hipoclorito de sódio etc.

Sobre os produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos o Sistema Único de Saúde (SUS) produz e oferece gratuitamente coletes, palmilhas, calçados ortopédicos, cadeiras de rodas adaptadas, bengalas, muletas, andadores, aparelhos que corrigem alterações auditivas e diversos dispositivos para pessoas com deficiências físicas e outros tipos de deficiências. Atualmente, o acesso está sendo realizado no município do Rio de Janeiro a partir da atenção básica e inclusão no Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) que o encaminhará a unidade de dispensação.

- Direito a isenções e benefícios fiscais

Existem alguns direitos voltados a pessoas com doenças graves, deficientes e idosos. Alguns são de âmbito federal e outros mediante a organização e regra dos municípios.

Podemos citar como exemplo, o direito a isenções do imposto de renda (BRASIL, LEI Nº 7.713, 1988) para pessoas com doenças graves, em que recebam benefício de aposentadoria ou pensão. Algumas doenças graves e condições são atendidas na neurologia como: Alienação mental, Parkinson, Esclerose múltipla, Paralisia irreversível e incapacitante. Para as pessoas com deficiência e autista existe a isenção de impostos para a compra de veículo (BRASIL, Instrução Normativa RFB Nº 1.769, 2017). Em alguns municípios pessoas idosas ou com deficiência, somado a outros critérios, podem requerer a isenção do Imposto predial e territorial urbano (IPTU).

No HUPE as ações relacionadas à atenção domiciliar partem de ações preliminares do Assistente Social junto à equipe da neurologia e contato telefônico com a rede. Geralmente, a equipe médica a pedido elabora um encaminhamento ao programa informando a incapacidade de locomoção do paciente, situação de saúde e necessidade da atenção domiciliar.

Vários autores (RIBEIRO e ABREU, 2016; FEUERWERKER e MERHY, 2008), referem que ter acompanhamento profissional no domicílio após a alta evita reinternações. Pois, é exatamente o momento de readaptação, sendo comum o surgimento de dúvidas e apreensão. Sendo assim, um enorme apoio às famílias e pacientes que terão uma equipe próxima para orientá-los e esclarecê-los.

Na neurologia é comum os pacientes permanecerem em acompanhamento pela especialidade após a internação. No ano de 2019, cerca de 68 (67.3%) pacientes receberam encaminhamento à especialidade na alta, segundo registro no prontuário. Possivelmente, pela necessidade de atendimento especializado à doença neurológica. (Tabela 6)

Tabela 6: Distribuição das especialidades de encaminhamento na alta hospitalar (n= 101). HUPE. Rio de Janeiro, 2019.

Especialidades	N	%
Neurologia	68	67.3
Cardiologia	1	1.0
Hematologia	1	1.0
Fisioterapia	1	1.0
Otorrinolaringologia	1	1.0
Enc. externo	2	2.0
Sem informação	27	26.7
Total	101	100.0

Fonte: elaboração própria, 2021.

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. Na neurologia as assistentes sociais atuantes na área

elaboraram um folder com os principais direitos dos usuários e o entregam após abordagem ao leito ou atendimento ambulatorial. Nela estão contidas informações sintetizadas sobre os principais direitos sociais e formas de acesso. Além da disponibilização do contato institucional para o esclarecimento de dúvidas e agendamento de atendimento.

O planejamento de alta é um “processo complexo e multidisciplinar, envolve troca de informações em tempo hábil entre a equipe multidisciplinar, a família e o paciente” (WERNER, 2017, p. 37).

Recomendações para o planejamento da alta responsável, tem sido postuladas e incluem, dentre outros: atendimento multiprofissional aos pacientes e familiares; reuniões 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. Abaixo, são apresentados cada item de modo detalhado.

O primeiro deles refere-se à necessidade de o trabalho em saúde ser feito a partir de equipe multiprofissional e voltado ao planejamento da alta ao paciente desde o início da internação. Haver a previsão de alta disponível para a equipe, usuários e familiares no começo da internação auxilia na organização das tarefas para alta hospitalar, na articulação dos serviços pós alta necessários, e facilita a criação de “vínculo e confiança necessários para as pactuações exigidas pelas diferentes necessidades identificadas” (BRASIL, MS, 2020). Além disso, haver a atualização de escalas de avaliação dos pacientes na enfermagem e dos demais profissionais registrados em prontuário ao longo da internação, facilita a identificação e comunicação entre os profissionais da instituição para a continuidade ou alteração do plano de alta. (SETZ e DILNNOCENZO, 2009).

O plano de cuidado para alta poderá ser alterado conforme a investigação diagnóstica ou tratamento do paciente. Os profissionais realizam abordagem aos usuários e seus familiares com o intuito de identificar as demandas e o conhecimento deles sobre o processo saúde-doença. (WERNER, 2017). Podem ser elencadas e registradas informações como o histórico de saúde, situação clínica (diagnóstico, comorbidades, níveis de dependência funcional), as características sociodemográficas (idade, cor, sexo, local de moradia, suporte social), dentre outros. Questões estas que nortearão a equipe na escolha de pacientes elegíveis a alta responsável. Inclui-se o registro em prontuário do plano de alta do paciente em que sejam



expostas as demandas e possíveis intervenções profissionais, destaca-se, também, o trabalho em educação e saúde com os pacientes e seus familiares e a articulação com a rede de atenção intersetorial.

É importante ter reuniões sistemáticas e periódicas nas quais os profissionais que compõem a equipe de saúde possam conversar e avaliar os casos que demandariam uma preparação de alta responsável.

Assim, uma comunicação efetiva e clara ganha papel essencial, tanto a comunicação entre equipe de saúde e família para que as orientações e cuidados após a alta sejam bem compreendidos quanto a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. A comunicação entre os profissionais envolvidos no planejamento de cuidados e alta do paciente deve ser facilitada por meio de reuniões de equipe diárias. (BRASIL, MS, 2012, p. 114)

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.

Partindo da definição contemporânea de prontuário, que entende que, para além da missão de ser um instrumento jurídico de registro de propriedade do paciente, ele também atua como mediador da comunicação intraequipe de saúde e da comunicação dessa equipe com o usuário (MESQUITA e DESLANDES, 2010, p. 664).

A reconciliação medicamentosa é outro aspecto importante para o planejamento de alta, nele se verifica se haverá a continuidade das medicações que foram utilizadas antes e durante a internação, além de explicitar ao paciente o modo de tomá-las ou suas devidas alterações. (WERNER, 2017).

Melo (2013) postula que aproveitar o período de internação como um momento educativo de formação e transformação cultural para todos os envolvidos, a fim de colaborar na manutenção e promoção da sua saúde após a alta hospitalar. Também propõe o fortalecimento da autonomia e independência dos usuários/familiares quanto ao tratamento e cuidado dispensado às doenças crônicas, com ações relacionadas ao treinamento para o cuidado, orientações e informações que visem a autonomia dos sujeitos, mediante acesso a

políticas sociais e práticas do autocuidado. Praticamente não foram encontrados registros de práticas educativas em saúde relacionados à equipe multiprofissional, para pacientes e familiares acompanhados pela Neurologia no HUPE. Houve, registro da entrega de material socioeducativo nos documentos do serviço social para 18 pacientes. Algumas estratégias para a prática educativa em saúde são: reunião familiar, treinamento para o cuidado, produção de material educativo (folhetos e cartilhas) para que os familiares se sintam acolhidos e seguros em tirar dúvidas e se preparar para o cuidado prestado no domicílio. (MELO, 2013).

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde [...] [e] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012b, p. 22)

Também não foram encontrados registros sistemáticos no prontuário relacionados à articulação com a rede intersetorial, isto é, outras políticas sociais, de assistência social, previdência e educação, por exemplo. Observa-se encaminhamentos internos para continuidade do tratamento nos ambulatórios de especialidade da neurologia e encaminhamentos para outras especialidades. Além de duas orientações em registro do Serviço Social para o Programa de Atenção Domiciliar do município do Rio de Janeiro (PADI). Desse modo, não é possível dizer se houve ou não articulação. A articulação e comunicação pode ser concretizada a partir de encaminhamentos, relatórios e sumários/resumos de alta, contatos telefônicos, como forma de possibilitar o acesso aos recursos terapêuticos disponíveis em pontos de atenção da RAS.

Os instrumentos específicos devem conter informações básicas e indispensáveis à continuidade do cuidado ao paciente: dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio, estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades específicas de cada paciente (como as de ordem social). (BRASIL, MS, 2012, p. 71)

O Sumário/Resumo de alta é descrito enquanto documento utilizado para a comunicação entre o hospital e a atenção básica. (WERNER, 2017). Há indicação de alguns elementos constitutivos do Sumário de alta: data de admissão e alta, motivo da hospitalização, achados relevantes da história e exame físico, achados laboratoriais significativos, achados

radiológicos, lista de procedimentos realizados e seus achados, diagnóstico de alta, condições de alta, medicações da alta, acompanhamento pós-alta, resultados pendentes, limitações/restrições no pós-alta. Na neurologia é entregue o resumo de alta do paciente, mas observou-se não haver uma padronização dos resumos. Quanto o maior detalhamento com as informações supracitadas do paciente melhor, pois esse documento pode servir enquanto contrarreferência para retorno a unidade básica de saúde ou outro serviço em que o paciente precise.

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 enfermagem 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).

Após a alta do paciente, é fundamental realizar o acompanhamento das orientações e avaliação do estado de saúde do paciente. A equipe médica na neurologia, se avaliar a necessidade de continuidade na atenção secundária, encaminha o paciente para o retorno no ambulatório do HUPE ou da Policlínica Piquet Carneiro (PPC). O Serviço Social, em alguns casos, mantém o acompanhamento no pós alta a partir do retorno do paciente ao ambulatório ou ao monitorá-lo por contato telefônico para o reforço de orientações. Os demais profissionais como a fisioterapia e psicologia não dispõem de atendimento ambulatorial para os pacientes ambulatoriais no HUPE. Durante a internação de alguns pacientes, quando a necessidade de planejamento para alta responsável é identificada por algum membro da equipe, há discussão sobre as condutas a serem traçadas.

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.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu descrever a caracterização dos pacientes internados na enfermaria de neurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, 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 melhoria do processo de trabalho individual das assistentes sociais atuantes na neurologia. Pode propiciar o conhecimento do perfil dos pacientes ao caracterizá-los e tornar claro alguns indícios necessários para o planejamento da alta responsável, em que todos os atores envolvidos participem ativamente, a saber: os profissionais da equipe multiprofissional, o paciente,

familiares e cuidadores, resultando assim na qualidade da assistência prestada.

Em relação às dificuldades encontradas para a coleta de dados, inicialmente, o planejamento da pesquisadora previa o acesso aos prontuários eletrônicos em domicílio e foi autorizada pela direção do hospital na fase de elaboração do projeto. No entanto, na fase da coleta de dados a mesma foi suspensa para todos os funcionários da instituição.

Outro obstáculo está relacionado aos registros profissionais nos prontuários dos pacientes que continham termos técnicos, siglas e abreviaturas que dificultaram a compreensão por parte da pesquisadora e identificação de informações para a coleta de dados.

Finalmente, 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.

## 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.* Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007b.
- 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.
- ANJOS, R. *et al.* Avaliação do risco para úlcera por pressão com base na escala de Braden. 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2011.
- ARTMANN, E; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: PINHEIRO, R. *et al.* (org). **Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde. O trabalho em equipe, os espaços públicos e participação**. CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013. p.225-239, graf.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3): 549- 560, 2005.
- BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. v. 33, n. 1, pp. 147-156, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>>. Acesso em: 09 set. 2021.
- 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.
- BOTELHO, T. S. *et al.* Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**, João Pessoa - PB, v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016. Disponível em: <<http://temasemsau- de.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2021.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):903-912, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015213.11382015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gV5cTTC8QnQR67tpSDkRkFv/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Lei nº 9.656/1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**, 1998.
- \_\_\_\_\_. 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-**

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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm) Acesso em: 01 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. **Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 31 ago. 2021

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742 de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.**

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 01 set.2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 31 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Instrução Normativa RFB Nº 1769, de 18 de dezembro de 2017. **Isenção de Imposto de Renda, 2017b.** Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:ministerio.fazenda;secretaria.receita.federal.brasil:instrucao.normativa:2017-12-18;1769>. Acesso em: 31 de ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS.** Jan/2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) Acesso: 01 set. 2021.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.**

\_\_\_\_\_. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em: 05 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.563. **Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo,** 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar** - 2 ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2012.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** Rename, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf). Acesso em: 07 de jul.21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.** Brasília: Ministério da Saúde, 170 p.: il, 2020. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao\\_reflexoes\\_cuidado\\_atuacao\\_multiprofissional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf). Acesso em: 02 de ago.2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hospitais Universitários.** Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article). Acesso: 05 set. 2021.



\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS 55 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS**, 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.161, de 07 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica**.

\_\_\_\_\_. 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](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/rt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 31 de ago.2021.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 937, de 7 de abril de 2017. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/12/portaria-n-937-de-7-de-abril-de-2017.pdf>. Acesso: 01 set.2021.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Anexo XXXII: Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017\\_comp.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.htm)

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN nº 0543/2017. **Parâmetros para dimensionar os profissionais de enfermagem nos serviços**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-2017-ANEXO-I.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

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](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf)

CASTRO, E. A. B. *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. v. 39, e2016-0002, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>. Epub 28 Maio 2018. ISSN 1983-1447. Acesso: 8 set. 2021.

CECÍLIO, L C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26.

CEE. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Desigualdade bate recorde no Brasil, mostra estudo da FGV. Publicado 22 Agosto 2019, Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Desigualdade-bate-recorde-no-Brasil> Acesso: 04 mar. 2020.

COSTA, A. A. & TREVISAN, E. E. Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 606-614, out./dez. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Desktop/Dissertação/desospitalização/Artigos%20SciELO/Desospitalização%20e%20transtornos%20mentais.pdf> Acesso em: 31 dez. 2019.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004.

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: <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](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.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* (Re) conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Desktop/Dissertação/desospitalização/Artigos%20SciELO/Desospitalização%20em%20crianças.pdf> Acesso em: 19 jan. 19.

G1. Prefeitura do Rio suspende Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/07/15/prefeitura-do-rio-suspende-programa-de-atencao-domiciliar-ao-idoso.ghtml> Acesso em: 09 jun. 2020.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. SP: Atlas, 2008.

GIL, G. Andar com fé. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/gilberto-gil/46184/>. Acesso em: 09 set. 2021.

GRANDIN, F. G1 Rio e tv Globo. Prefeitura do Rio reduziu em 77% as despesas com controle de enchentes nos últimos 5 anos. G1 RIO e TV Globo. Publicado em: 07/02/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/02/07/prefeitura-do-rio-reduziu-em-77-as-despesas-com-controle-de-enchentes-nos-ultimos-5-anos.ghtml> Acesso em: 08 mar. 2020.

IBGE. **Divulga as Estimativas de População dos municípios para 2018**. Editoria: Estatísticas Sociais. 29/08/2018 09h00 | Última Atualização: 29/08/2018 16h09. Disponível em: [IBGE divulga as Estimativas de População dos municípios para 2018](https://www.ibge.gov.br/divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018).

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latinos americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2018, v. 39. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>>. ISSN 1983-1447. Acesso em: 31 ago. 2021.

MACHADO, B. M. *et al.* Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 299-313, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1188>. Acesso em 22 ago. 2021.

MACHADO, V. *et al.* A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cad. Saúde Pública** vol. 21 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500020) Acesso em: 03 fev. 2020.

MACHADO, W. C. A. *et al.* Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 10, pp. 3161-3170, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17232016>>. Acesso em: 02 ago. 21.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, p. 43-68, 2009.

MELO, A. I. S. **Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis. SC, 2013.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. / Walter Mendes. – Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 112p., 2001. ISBN 85-87897-047. Disponível em: <unati4.pdf> ([uerj.br](http://uerj.br)) Acesso em: 22/10/21.

MESQUITA, A. M. O. e DESLANDES, S. F. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.664-673, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RS3pczqj7HcgZYHyDXsxPfs/?format=pdf> Acesso em: 11 set. 2021.

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>

MIOTO, R. C. Estudos Socioeconômicos. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MOREIRA, M. A. D. M. *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3231-3242, 2015.

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, N. H. D. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p. ISBN 978-85-7983-036-5. Disponível em: <http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OLIVEIRA, S. G. & KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto Contexto Enferm**, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>. Acesso em: out.2021.

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 <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000300017&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300017&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 2021.

PAGLIARINI, F. C. & PERROCA, M. G. Uso de instrumento de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. **Acta Paul Enferm**; 21(3):393-7, 2008.

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).

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.

POLITO, R. & CONCEIÇÃO, A. Jornal online Valor. **Desemprego no Brasil atinge mais de 12 milhões no fim de 2018**. — Rio e São Paulo. Publicada em 31/01/2019 09h26. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/01/31/desemprego-no-brasil-atinge-mais-de-12-milhoes-no-fim-de-2018.ghtml>

PORTAL SMS DA PREFEITURA DO RJ. Assessoria Programas de Desospitalização – APD. Disponível em: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI - [www.rio.rj.gov.br](http://www.rio.rj.gov.br). Acesso em: 25 de out. 2021.

RIBEIRO, D. F. S. & ABREU, G. P.. Atribuições do enfermeiro em um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde. **Academus Revista Científica da Saúde**, SMSRIO, v. 1, n. 2, jan./abr 2016.

RIO DE JANEIRO. Decreto 45.820 de 11 de novembro de 2016. **Dispõe sobre a Gratuidade de transporte intermunicipal no estado do Rio de Janeiro**.

RIO DE JANEIRO. Decreto 44.728 de 12 de julho de 2018. **Institui o Bilhete Único Municipal e assegura o exercício das gratuidades no município do Rio de Janeiro**. Disponível em [https://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/56761Dec%2044728\\_2018.pdf](https://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/56761Dec%2044728_2018.pdf) Acesso em: 31 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES-RJ 171 de 28 de novembro de 2011. **Regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio no âmbito do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro.**

RJ2. Prefeitura do Rio suspende Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. G1, Rio de Janeiro, 15 de jul. de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/07/15/prefeitura-do-rio-suspende-programa-de-atencao-domiciliar-ao-idoso.ghtml> Acesso em: 26/04/20.

ROCHA, L. T. **Hospital não, pelo amor! Etnografando processos de desospitalização.** Dissertação (mestrado) – UERJ, Instituto de Medicina Social. 265 p. 2016.

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.

SBGG. **Atividades da vida diária - o que são?** Disponível em: <http://sbgg-sp.com.br>. Acesso em: 25 de out. 2021.

SETZ, V. G. & DÍINNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** 22(3):313-7, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/BsjcfBf4mRWgD7ZRYGfBJ4F/?lang=pt#>. Acesso em: 11 set. 2021.

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: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>>. Epub 07 Jun 2018. ISSN 1983-1447. Acesso em: 29 set 2020

SILVA, K. L. *et al.* Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 39 (3) Jun, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300009>

SIMÃO, V. M. & MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, jan-mar 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Desktop/Dissertação/DESOSPITALIZAÇÃO/Cuidado%20paliativo,%20Domiciliar,%20América%20Latina.pdf> Acesso em: 12 jan. 2020

VASCONCELLOS, J. F. *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. **J Bras Econ Saúde**;7(2): 110-115, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175>. Acesso em: 01 jan. 20.

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.

## APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Identificação

Nome

Número do Prontuário

Cartão do SUS

Data de Nascimento

Óbito durante internação: ( ) Sim ( ) Não

### Dados sociodemográficos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade \_\_\_\_\_

Raça/Cor: ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Branco ( ) Amarelo ( ) Indígena

Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( )

Ensino Superior Completo ( ) Sem Informação

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado/Desquitado ( ) Viúvo

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

### Condição na alta

Especialidade/origem: ( ) Neurologia ( ) Outra qual? \_\_\_\_\_

CID Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ DSec1 \_\_\_\_\_ DSec2 \_\_\_\_\_ DSec3 \_\_\_\_\_

Escalas:

Escala de Fugulin: ( ) Cuidados Intensivos ( ) Cuidados Semi-Intensivos ( ) Cuidados de Alta dependência ( ) Cuidados Intermediários ( ) Cuidados Mínimos

Escala de Braden: ( ) Risco Muito Alto ( ) Risco Alto ( ) Risco Moderado ( ) Risco Baixo ( ) Sem Risco ( ) Sem Informação

Escala Morse: ( ) Alto Risco ( ) Moderado Risco ( ) Baixo Risco ( ) Sem Risco ( ) Sem Informação

Data da Internação: \_\_\_\_\_ Data de Saída: \_\_\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_\_

Possui prótese invasiva: ( ) Sim ( ) Não Qual PI 1 \_\_\_\_\_ Qual PI 2 \_\_\_\_\_

Manter acompanhamento ambulatorial no pós-alta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação Qual especialidade: \_\_\_\_\_ Especialidade 2 \_\_\_\_\_

Estado nutricional:

Distúrbios fonoaudiológicos

Acamado

### Atendimento Multidisciplinar durante a Internação

Fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação

Psicologia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação

Serviço Social: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação

Demanda Social: ( ) direito a fraldas ( ) direito previdenciário ( ) direito a equipamentos de locomoção ( ) direito à gratuidade no transporte ( ) representação legal ( ) direito a isenções fiscais ( ) direito à medicamento ( ) direito assistencial ( ) Programa de Atenção Domiciliar ( ) Prática educativa ( ) Sem informação ( ) Sem demandas

Outro Profissional: \_\_\_\_\_

Orientação familiar: ( ) Sim ( ) Não

**Critério de inclusão na Atenção Domiciliar**

Necessidade de oxigenioterapia: ( ) Sim ( ) Não

Acamado: ( ) Sim ( ) Não

Adaptação órtese/prótese: ( ) Sim ( ) Não

Cuidados paliativos: ( ) Sim ( ) Não

Medicamentos parenterais em uso: ( ) Sim ( ) Não

Distúrbio do nível consciência: ( ) Sim ( ) Não

Cateter/ estomias: ( ) Sim ( ) Não

Reabilitação Fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não

Ventilação mecânica não invasiva: ( ) Sim ( ) Não

Nutrição enteral: ( ) Sim ( ) Não

Nutrição parenteral: ( ) Sim ( ) Não

Necessidade de ventilação mecânica não invasiva: ( ) Sim ( ) Não

Número de internação no ano 2019: ( ) Sim ( ) Não

Número de emergências no último ano: ( ) Sim ( ) Não

Observação: \_\_\_\_\_



## ANEXO A - ESCALA DE FUGULIN – CLASSIFICAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Área de cuidado	Graduação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
<b>Estado mental</b>	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e espaço	Orientação no tempo e no espaço
<b>Oxigenação</b>	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Usos intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não dependente de oxigênio
<b>Sinais vitais</b>	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
<b>Motilidade</b>	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem		
<b>Deambulação</b>	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
<b>Alimentação</b>	Através de cateter	Através de sonda nasogástrica	Por boca por auxílio	Auto-suficiente
<b>Cuidado corporal</b>	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
<b>Eliminação</b>	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
<b>Terapêutica</b>	Uso de drogas vasoativas para manutenção de pressão arterial	Endovenosa (EV) contínua ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	Intramuscular ou via oral

Pontuação:

Cuidados Mínimos: 9 a 14 pontos

Cuidados Intermediários: 15 a 20 pontos

Cuidados alta dependência: 21 a 26 pontos

Cuidados semi-intensivos: 27 a 31 pontos

Cuidados intensivos: acima de 31 pontos

## ANEXO B - ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

Escala de Morse - Risco de Quedas	
1- Histórico de Quedas	Pontos
Não	0
Sim	25
2- Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3- Auxílio na Deambulação	
Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional de Saúde	0
Muletas/ Bengala/ Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4- Terapia Endovenosa	
Não	0
Sim	20
5- Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometido/cambaleante	20
6- Estado Mental	
Orientado/ Capaz quanto a sua capacidade/ limitação	0
Superestima Capacidade/ Esquece limitações	15

Pontuação	
Risco Baixo	(0-24 pontos)
Risco Médio	(25- 44 pontos)
Risco Muito Alto	(≥ a 45 pontos)

**ANEXO C – ESCALA DE MORSE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO.**

<b>Escala de Morse</b>	
<b>1. Histórico de quedas</b>	<b>Pontos</b>
Não	0
Sim	25
<b>2. Diagnóstico secundário</b>	
Não	0
Sim	15
<b>3. Auxílio na deambulação</b>	
Nenhum/acamado/auxiliado por profissional de saúde	0
Muletas/bengala/andador	15
Mobiliário/parede	30
<b>4. Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b>	
Não	0
Sim	20
<b>5. Marcha</b>	
Normal/sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/cambaleante	20
<b>6. Estado mental</b>	
Orientado/ capaz quanto a sua capacidade	0
Superestima capacidade/ esquece limitações	15

Classificação de Risco:

0-24 Baixo Risco;

25-44 Risco Moderado;

≥ 45 Risco Alto.