**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

RENATA CHEYENNE DOS SANTOS BELARMINO

**Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção
do serviço social**

RIBEIRÃO PRETO

Julho

2020

RENATA CHEYENNE DOS SANTOS BELARMINO

**Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção
do serviço social**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

RIBEIRÃO PRETO

Julho

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Belarmino, Renata Cheyenne dos Santos

Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção do serviço social. Ribeirão Preto, 2020.

95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Nunes, Altacílio Aparecido.

1. Alta hospitalar. 2. Atraso na alta hospitalar. 3. Intervenção do serviço social.

FOLHA DE APROVAÇÃO

RENATA CHEYENNE DOS SANTOS BELARMINO

Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção do serviço social

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico as minhas avós, Dona Judite (in memorian) e Dona Áurea pelos exemplos de bondade e perseverança; e aos meus filhos, João Pedro e Maria Vitória, pelo companheirismo e cumplicidade.

Agradecimentos

A Maria Cláudia pela disponibilidade e gentileza.

Ao Professor Altacílio, meu orientador, pela oportunidade, confiança e aprendizado.

A Silvana, pelo incentivo na realização do estudo.

Aos assistentes sociais, Fernanda, Gabriela, Maria Inês, Marla, Raulina e Warlen, que contribuíram com a coleta de dados da pesquisa.

As minhas amigas e companheiras de profissão, Cristina, Lígia, Marta, Pâmela e Suzana, por todo incentivo, luta e resistência que a profissão exige.

A Márcia, pelas inúmeras vezes de escutas compartilhadas.

Aos meus familiares que vibram junto comigo a cada conquista.

Ao meu marido, Reinaldo, pela paciência e por acreditar no meu potencial.

Aos meus pais, Paulo e Valéria, razão da minha existência!

A Deus pelo dom da vida, e por me dar sabedoria e discernimento para suportar e superar as minhas dificuldades!

E por fim, a todos que contribuíram para a realização deste estudo!!!

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001"

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001"

RESUMO

BELARMINO, R. C. S. **Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção do serviço social.** 2020. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional pelo Programa de Gestão em Organização em Saúde) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O presente estudo propôs a identificar, sob intervenção do profissional de Serviço Social, quais os fatores que originaram atrasos nas altas hospitalares de pacientes que estavam internados em um hospital universitário de alta complexidade e densidade tecnológica. Tratou-se de um estudo transversal, realizado com uma amostra de 168 pacientes, que necessitaram da intervenção do Serviço Social para a efetivação da alta hospitalar. Para tanto, foi aplicado um questionário com as seguintes variantes: perfil do paciente, situação econômica, identificação de cuidador, grau de dependência, especialidade médica, profissionais envolvidos, tempo e motivo do atraso da alta hospitalar, qual a demanda apresentada ao profissional de Serviço Social para efetivar a alta hospitalar, e se ela era caracterizada como alta social. Com o estudo foi possível identificar e analisar os fatores que geraram atrasos nas altas hospitalares dos pacientes, sendo eles: cuidados de alta complexidade, suporte familiar, serviços da rede, tecnologia assistida, acesso à medicação, dieta enteral, institucionalização, viabilização de transporte, transferência hospitalar, discordância da alta e adesão ao tratamento. Também foi observado a diminuição nos atrasos das altas hospitalares em que houve uma interação maior entre os profissionais de saúde. Os achados encontrados nesta pesquisa demonstraram o comprometimento do assistente social no enfrentamento dos problemas sociais, fruto da questão social, que determinam a saúde dos usuários do SUS, e sua proteção social. Espera-se que os resultados contidos neste estudo possam servir de subsídios para os profissionais que atuam na área da saúde, para que compreendam o papel estratégico do assistente social, e assim sejam viabilizados instrumentos, que assegurem a desospitalização de maneira integral, pelos atores sociais partícipes da dinâmica institucional, gerando benefícios aos usuários e acesso às políticas públicas que garantam os direitos sociais essenciais.

Palavras-Chave: Alta hospitalar. Atraso na alta hospitalar. Intervenção do serviço social.

ABSTRACT

BELARMINO, R. C. S. Analysis of predictive factors for delay in hospital discharge under social service intervention. 2020. 95 f. Dissertation (Professional Master's Degree in the Health Organization Management Program) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

The present study proposed to identify, under the intervention of the Social Service professional, which factors caused delays in hospital discharge of patients who were admitted to a university hospital of high complexity and technological density. This was a cross-sectional study, carried out with a sample of 168 patients, who required the intervention of the Social Service to carry out hospital discharge. To this end, a questionnaire was applied with the following variants: patient profile, economic status, caregiver identification, degree of dependence, medical specialty, professionals involved, time and reason for the delay in hospital discharge, what is the demand presented to the Service professional Social to effect hospital discharge, and if it was characterized as social discharge. With the study it was possible to identify and analyze the factors that generated delays in patients' hospital discharge, which are: highly complex care, family support, network services, assisted technology, access to medication, enteral diet, institutionalization, transportation feasibility, hospital transfer, discharge disagreement and adherence to treatment. There was also a decrease in delays in hospital discharge in which there was a greater interaction between health professionals. The findings found in this research demonstrated the commitment of the social worker in facing social problems, the result of the social issue, which determine the health of SUS users, and their social protection. It is hoped that the results contained in this study may serve as subsidies for professionals working in the health field, so that they understand the strategic role of the social worker, and thus instruments are made available, which ensure the complete hospitalization by the social actors participants in the institutional dynamics, generating benefits for users and access to public policies that guarantee essential social rights.

Keywords: Hospital discharge. Delay in hospital discharge. Social work intervention

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADEM	Comunicação, Atividade, Deambulação, Eliminação, Mobilidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCP	Cirurgia Cabeça e Pescoço
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal do Serviço Social
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DAS	Departamento de Atenção à Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Confiança
ILPIS	Instituição de Longa Permanência de Idosos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
LAP	Liga de Assistência aos Pacientes
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MI	Moléstia Infecciosa
MP	Ministério Público
NIR	Núcleo Interno de Regulação
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNAS	Política Nacional da Assistência Social

PROAD	Processo Administrativo
PSF	Programa Saúde da Família
RP	Risco de Prevalência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Prolongados
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados gerais dos pacientes internados do HCFMRP e da amostra da pesquisa no período de julho/2018 a junho/2019.....	36
Tabela 2 -	Caracterização sociodemográfica dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	36
Tabela 3 -	Perfil profissional, ocupacional e renda dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	40
Tabela 4 -	Clínicas/especialidades acionadas e atendidas pelo Serviço Social do HCFMRP-USP durante o período estudado	42
Tabela 5 -	Média de tempo de internação de acordo com a especialidade entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	43
Tabela 6 -	Características ligadas às solicitações de intervenções do Serviço Social, entre os pacientes selecionados para o estudo no período de julho/2018 a junho/2019 ...	44
Tabela 7 -	Análises univariadas entre solicitações de intervenção do Serviço Social por profissionais da saúde x atraso das altas entre julho/2018 e junho/2019	51
Tabela 8 -	Mobilização dos Serviços e encaminhamentos realizados para pacientes selecionados no estudo entre julho/2018 e junho/2019.....	52
Tabela 9 -	Tecnologias assistidas demandadas para alta hospitalar dos pacientes selecionados no estudo no período de julho/2018 a junho/2019.....	57
Tabela 10 -	Dinâmica da alta hospitalar dos pacientes selecionados nesse estudo, entre julho/2018 e junho/2019.....	60
Tabela 11 -	Análise da interferência de tempo de resolução social no atraso da alta hospitalar entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	61
Tabela 12 -	Distribuição da Alta social segundo a intervenção, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	62
Tabela 13 -	Média do tempo de internação segundo faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	63
Tabela 14 -	Média do tempo de internação segundo sexo entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	63

Tabela 15 - Necessidades de cuidados apresentadas pelos pacientes selecionados para o estudo, entre julho/2018 e junho/2019	64
Tabela 16 - Distribuição do destino do paciente considerando-se a raça ou cor entre os selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	66
Tabela 17 - Distribuição das intervenções considerando-se a raça ou cor entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	67
Tabela 18 - Média do tempo de internação segundo o grau de dependência entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	68
Tabela 19 - Grau de dependência X tipo de intervenção entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	69
Tabela 20 - Avaliação de associação entre atraso e faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	69
Tabela 21 - Distribuição das demandas apresentadas na alta hospitalar por faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	70
Tabela 22 - Distribuição das intervenções realizadas de acordo com o vínculo previdenciário entre os selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	71
Tabela 23 - Avaliação de associação entre atraso na alta e situação previdenciária dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	72
Tabela 24 - Análise da associação entre atraso na alta e renda considerando-se os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	72
Tabela 25 - Análise da influência da DRS nos atrasos das altas hospitalares entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	72
Tabela 26 - Análise da presença de atraso na alta, segundo as especialidades médicas de internação/cuidado, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	73
Tabela 27 - Distribuição dos casos com atraso segundo a intervenção, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	74
Tabela 28 - Análise da associação entre grau de dependência e atraso, considerando-se os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019	75

Tabela 29 - Análises univariadas entre Influência da mobilização de recursos, encaminhamentos e serviços nos atrasos das altas hospitalares entre julho/2018 e junho/2019.....	75
Tabela 30 - Análises univariadas entre solicitação de tecnologias assistidas x atraso nas altas hospitalares entre julho/2018 e junho/2019	77
Tabela 31 - Distribuição da ocorrência de atraso versus período de solicitação da intervenção do Serviço Social entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019.....	78

SUMÁRIO

1 – Introdução	16
2 – Justificativa	25
3 - Hipótese	28
4 - Objetivo Geral	30
4.1 - Objetivos Específicos	30
5 – Material e Métodos	32
5.1– Descrição do cenário de estudo	32
5.1.1 Coleta de dados.	33
5.1.2 Tamanho da amostra	33
5.1.3 - Critérios de inclusão	34
5.1.4 -Critérios de exclusão	34
5.1.5 – Análise dos dados	34
5.1.6 - Aspectos éticos	34
6 – Resultados e Discussão	36
7 - Considerações finais	81
Referências	84
Anexos	90

1 INTRODUÇÃO

1 – Introdução

A alta hospitalar tem sido um dos desafios colocados aos diversos profissionais que trabalham na saúde, especificamente, num hospital considerado de alta complexidade e densidade tecnológica. A Organização Mundial de Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2004) define a alta hospitalar como sendo a liberação de um paciente de um centro de cuidados, referindo-se a data que ele deixa o hospital, ou ainda, como sendo a condição que permite a saída do paciente do hospital, englobando todas as maneiras pelas quais o paciente pode deixar esse ambiente, decorrendo da liberação médica, da vontade do próprio paciente ou resultante de óbito.

O hospital visa, primordialmente, prevenir a doença, diagnosticar e restaurar a saúde, educar e desenvolver pesquisas. Maia Neto (2005) aponta que um dos objetivos da hospitalização é estabilizar o paciente e quando possível curá-lo da enfermidade e/ou patologia clínica que ele apresenta. Esse processo tem sido acelerado em virtude do avanço tecnológico e das ciências médicas, bem como da otimização dos cuidados de saúde e da necessidade de diminuição de custos. Tais alterações têm refletido em internamentos hospitalares com períodos cada vez mais curtos, e altas hospitalares precoces.

Por outro lado, a permanência hospitalar acima do tempo necessário traz à tona uma preocupação antiga, mas também contemporânea, pois mantém o usuário longe do convívio familiar e da comunidade, expondo-o a riscos evitáveis, aumenta os agravos em saúde - como infecção hospitalar, e contribui com o prolongamento da hospitalização e aumento dos custos (RAMOS, 2015).

Pesquisas revelaram que o atraso da alta hospitalar ocorreu na maioria dos hospitais, onde as taxas variaram de 13,5% a 62,0%. Em uma pesquisa realizada em dois hospitais públicos de ensino do Estado de Minas Gerais, constatou-se que em uma enfermaria de clínica médica a média de internação é de 13,2 dias. Somado a média dos atrasos de 4,3 dias por paciente, o período de internação sobe para 17,5 dias (SILVA *et al.*, 2014).

Em outro estudo, realizado num hospital do EUA publicado por Carey, Sheth e Braithwaite (2005), demonstrou que os atrasos nas altas hospitalares ocorreram em 13,5% dos casos pesquisados, sendo que 37% dos atrasos referiram-se a causas médicas. A maior incidência, 63%, recaiu sobre causas não médicas. Desses, 84% decorrente de questões burocráticas da instituição e 16% envolvendo a falta de planejamento da alta.

Silva *et al.* (2014), em sua pesquisa, evidenciou que os atrasos decorrentes do planejamento da alta e do nível apropriado de cuidado, corresponderam a 12,25% em relação ao total de internação com atraso. Embora tenha uma incidência baixa, quando ocorre, gera vários dias de atraso. Por outro lado, atrasos na realização de exames, liberação de laudos e pedidos de interconsulta por outra clínica, ocorreram com mais frequência - 56,0%, no entanto, gerando menos dias em atraso (CAREY; SHETH; BRAITHWAITE, 2005).

Um adequado projeto da alta traduz-se na diminuição da duração do internamento e de readmissões hospitalares. Para tanto, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada ao longo da internação, preparando o paciente e sua família quanto às informações e orientações referentes à patologia, cuidados, possíveis sequelas, e serviços que poderão contribuir com o bem estar do paciente. Essas condutas contribuem para a recuperação do paciente; minimiza a insegurança; proporciona melhor qualidade de vida familiar e social por meio de arranjos na produção de cuidados doravante necessários, além de prevenir complicações e/ou morbidades e evitar reinternações (MARQUES, 2005; DRISCOLL, 2000).

A saúde, ao ser contemplada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2020) dentro do sistema de seguridade social, juntamente com a assistência e a previdência social, formam uma tríade de proteção social ao cidadão brasileiro, à exemplo dos modelos bismarkiano (alemão) e beveridgiano (inglês), apresentando-se como direito básico a todo cidadão brasileiro, garantido por meio do Estado e da sociedade.

O artigo 194 da CF/88 traz que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, 2020, p. 103).

Com o intuito de diminuir as desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista brasileira, e proteger os cidadãos, a noção de seguridade social contemplada na CF/88 (BRASIL, 2020) baseia-se em saúde universal, independente de contribuição social. A previdência social é garantida exclusivamente aos trabalhadores que contribuam, é como um seguro social que disponibiliza vários benefícios, entre eles: aposentadoria, auxílios, pensões. Já a assistência social é viabilizada aos que dela necessitam (seletiva), ou seja, àqueles que não

têm condições de prover a própria subsistência, os considerados vulneráveis socialmente (BRASIL, 2004).

Paralelo a isso, a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 1990) implanta o Sistema Único de Saúde - SUS, e trata dos seus atributos, reafirmando que ela é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como a realização de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A OMS (WHO, 2004) define a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, envolvendo a responsabilidade também das demais políticas públicas no campo social.

Nesse sentido, a partir dos anos 90, com a implementação do SUS, mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política sucederam novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema (MARQUES, 2005). Essas mudanças imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção, e, portanto, aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação, realizadas por meio de um conjunto de ações compartilhadas entre a equipe multiprofissional da saúde, serviços da rede, e o paciente/familiar (COSTA, 2000).

As ações e serviços públicos de saúde do SUS seguem dentre outros, os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços...e assistência...
- II - integralidade de assistência...
- IV - igualdade da assistência à saúde...
- IX - descentralização político-administrativa...
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990, p. 3).

Ao compreender a trajetória da saúde brasileira e esses princípios, constata-se que, historicamente, a saúde tem sido um importante campo de atuação profissional para o assistente social. O assistente social é um profissional liberal, tem sua profissão regulamentada em Lei Federal (Lei 8662 de 7 de junho de 1993a), a qual entre outros aspectos, dispõe das competências e atribuições do profissional de Serviço Social. O próprio Código de Ética Profissional (1993) afirma o compromisso da categoria com a luta por direitos e interesses da classe trabalhadora; ampliação e consolidação da cidadania; posicionamento em favor da equidade e justiça social; universalização das ações; comprometimento com a qualidade e melhoria dos serviços prestados à população.

A Política de Assistência Social enquanto partícipe da Seguridade Social, tem seu marco regulatório na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social de 7 de dezembro de 1993) que regulamenta-a como política pública, não contributiva, destinada a prover os mínimos sociais, visando o enfrentamento da pobreza e a universalização dos direitos através do conjunto integrado das demais políticas sociais (BRASIL, 1993b).

Em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social, a qual representa um avanço da sociedade brasileira na construção da política pública de assistência social, como direito social e responsabilidade do Estado, onde a assistência social é materializada como política de proteção social, sendo instituído em 2005 o Sistema Único da Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2004).

O SUAS organiza a assistência social por níveis hierarquizados de proteção social, junto aos indivíduos e suas famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou risco social. A vulnerabilidade social apresenta-se decorrente da pobreza, privação ou ausência de renda e acesso aos serviços públicos, fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, ocasionados pela discriminação etárias, étnicas, de gênero, orientação sexual, deficiência, dentre os diversos cenários. Já o risco social, é caracterizado quando existe a violação dos direitos e/ou rompimento de vínculos familiares e sociais, decorrentes de maus tratos, violência (física, sexual, psicológica, e outras), abandono, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medida socioeducativa, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2004).

Nesse sentido têm-se a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. O atendimento da Proteção Social básica é destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade social, tendo como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A porta de entrada para o desenvolvimento desses serviços é realizada por meio dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, localizados em territórios com alto índice de vulnerabilidade social, que atendem até 1000 famílias de maneira intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. No CRAS é oferecido o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, englobando ações como atendimentos às famílias, visitas domiciliares, orientações e encaminhamento a outros serviços. No CRAS também é realizado o Cadastro Único, por meio do qual a população tem acesso a programas do Governo Federal, entre eles o Minha Casa, Minha Vida (BRASIL, 2004).

A Proteção Social Especial é destinada à população que está em situação de risco social, podendo ter ocorrido ou não o rompimento de vínculos familiares e sociais. Esse serviço requer

maior estruturação técnica operacional, de modo que os atendimentos tem que ser individuais, sistematizados, e monitorados. Ela divide-se em Média e Alta Complexidade. A Média Complexidade é quando ocorre a violação dos direitos porém os vínculos não foram rompidos. Já os serviços de Alta Complexidade são destinados aos indivíduos e famílias que tiveram seus vínculos familiares rompidos em decorrência da violação dos direitos. Esses serviços são oferecidos pelos Centro de Referência da Assistência Social Especializada – CREAS, o qual mantém estreita relação com a rede de serviços intersetoriais, primordialmente com o CRAS, e com os serviços do Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública (BRASIL, 2004).

O assistente social, ao ter a PNAS como diretriz para o desenvolvimento de seu trabalho, e ao alicerçar-se nos princípios fundamentais do código de ética profissional, direciona seu trabalho para o enfrentamento das múltiplas formas como a questão social se manifesta na vida cotidiana dos indivíduos. Iamamoto (2002) retrata a questão social como o objeto de trabalho do assistente social. Ela é construída e reconstruída dentro da divisão social de classe na sociedade capitalista.

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (...) expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características ético-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (...) Esse processo é denso de conformismos e resistências, forjados ante as desigualdades, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2002, p. 17).

Essa desigualdade social ganha expressividade na vida cotidiana dos indivíduos, e permeia em suas vidas de diversas maneiras, sendo a classe trabalhadora a que está mais exposta aos problemas sociais decorrentes dessa desigualdade que teve sua gênese na sociedade capitalista, devido apropriar-se de forma perversa da riqueza socialmente produzida.

Nesse horizonte, é fundamental dar maior visibilidade e densidade à questão social como uma dimensão dos Fundamentos do Serviço Social, os quais consistem numa matriz explicativa da realidade e da profissão, particular ao Serviço Social, (re)construída processualmente em sua trajetória histórica na realidade brasileira. O assistente social, ao intervir na questão social, expressa sua luta pelo direitos sociais, os quais são condensados pela viabilização do acesso aos serviços e os meios de exercê-los, contribuindo para que as demandas dos usuários adquiram visibilidade e possam ser reconhecidas e protegidas pelo Estado e pela sociedade (IAMAMOTO, 1998).

Yazbek (2007, p. 17-18) afirma que

o assistente social atua nos processos relacionados à reprodução social da vida, interferindo em situações sociais que afetam as condições concretas em que vive a população em geral, e sobretudo, os setores mais empobrecidos da sociedade, objetivando melhorar essas condições, sob múltiplos aspectos. (...) O trabalho do assistente social pode produzir resultados concretos nas condições materiais, sociais e culturais da vida dos usuários; em seu acesso a políticas sociais, programas, serviços, recursos e bens; em seu comportamento e valores; em seu modo de viver e de pensar, suas formas de luta e organismo; e em suas práticas de resistência.

Isso supõe superar uma leitura imediata e superficial das demandas profissionais

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS, 2010, p. 46).

Ao atuar na área da saúde, especificamente hospitalar, exerce diversas ações e serviços, que intersetoriais e articulados contribuem para a proteção social dos pacientes, concretização dos direitos, ampliação e melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, o assistente social é chamado para intervir na desospitalização dos pacientes que apresentam demandas que extrapolam o sentido clínico do atendimento médico, muitas vezes, consideradas pela equipe de trabalho multiprofissional como problemas sociais particulares de cada indivíduo. Esses pacientes deixam de estar de alta médica e passam a estar de alta social, até que sejam realizadas as intervenções necessárias para a efetivação da alta hospitalar (GUIMARÃES *et al.*, 2002).

Cabe ao assistente social atuar como mediador entre o hospital, o paciente/sua família, e serviços da rede pública e privada. Nesse momento surgem os conflitos de interesses das relações sociais, onde o primeiro, o hospital, necessita da liberação do leito para tratamento médico especializado de alta complexidade e o segundo, paciente e/sua família, necessita de ter acesso às políticas públicas que garantam a sua qualidade de vida e reabilitação.

É em meio a esta tensão entre o hospital e o paciente/família que o assistente social, enquanto viabilizador de direitos, irá desvendar por meio da investigação social, quais são as reais necessidades apresentadas pelos pacientes frente ao seu cotidiano e a realidade posta pelo sistema capitalista. Sendo assim, esse profissional, que é investigativo e interventivo, é desafiado a superar-se constantemente, reconhecendo a realidade sócio-histórica em que vive e trabalha, tornando-se protagonista da construção do projeto ético-político da categoria, que deve assegurar a ampliação da liberdade, ser atuante na consolidação da democracia, garantindo

a todos os sujeitos maior equidade e justiça social, enfrentando as contradições e desigualdades socialmente produzidas (FRAGAS, 2010).

Dessa forma, os problemas sociais apresentados pelos pacientes/famílias no contexto hospitalar, não podem ser vistos de maneira isolada como se fossem uma situação particular de cada indivíduo, ou sob um único aspecto. Fragas (2010) afirma que o assistente social não atua apenas sobre uma necessidade específica do ser humano, nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe. Sua peculiaridade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social – a classe trabalhadora – aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos de bens, serviços e riquezas dessa sociedade capitalista.

O SUS, ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida da população, direciona o trabalho do assistente social para a obtenção de dados que respondam sobre as reais condições de vida dos usuários, diante do contexto social e econômico que vivem, por meio da prática investigativa, elemento esse que permite ao profissional descortinar a realidade social que se apresenta a ele em sua aparência e compreender a essência e particularidade de sua constituição (SILVA; RAMOS, 2014).

Parte dessa essência pode ser compreendida através dos determinantes sociais que condicionam a vida da população. Esses determinantes estão descritos no SUS e são compreendidos como a forma com que a população acessa a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho, o nível de renda, o meio ambiente, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, que influenciam diretamente a vida da população (BRASIL, 1990).

O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

É diante deste contexto que o assistente social é chamado para intervir na questão social, a qual é expressa na sociedade através de múltiplas manifestações, sendo possível afirmar que a maioria dos problemas em saúde são determinados socialmente, uma vez que estão relacionados com a alimentação, economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética, bem como com o enxugamento das políticas públicas e despolitização da sociedade pertencentes ao contexto neoliberal (VASCONCELOS, 2011).

Observa-se que as necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais, na medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais.

Paradoxalmente, como exposto por Costa (2000), são "estes portadores materiais de necessidades não contempladas pelo sistema" — os que não têm a quem recorrer — que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, seja na condição de excluídos da sociedade, seja na de excluídos do atendimento realizado.

Pode-se afirmar que, o assistente social se insere no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS, e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos mais tortuosos — a integralidade das ações (COSTA, 2000).

Com base nisso, a intervenção do assistente social na alta hospitalar do paciente envolve um conjunto de ações e mobilizações junto à família, à equipe multiprofissional e aos serviços da rede, que não podem ser caracterizadas de maneira imediatista e nem improvisada, pautando a intervenção profissional em ações socioassistenciais e socioeducativas de articulação intersetorial e interdisciplinar, as quais visam garantir o acesso aos cuidados e serviços na busca de melhoria na qualidade de vida do usuário e sua família, o que deixa explícita a dimensão social da alta hospitalar (CFESS, 2010).

Diante desses desafios, o presente estudo irá destacar a intervenção do Serviço Social na desospitalização de pacientes internados em um hospital terciário, tendo em vistas os elementos que permeiam e atravessam o cotidiano da população usuária do serviço. Cotidiano este, composto e impactado por determinações econômicas, sociais, políticas, jurídicas, ideológicas, culturais e religiosas (SILVA; RAMOS, 2014).

2 - JUSTIFICATIVA

2 – Justificativa

O período entre a alta médica e a alta hospitalar efetiva, comumente chamado de alta social, tem causado grande inquietação aos assistentes sociais. Primeiro, porque os problemas apresentados aparecem como se fossem de ordem pessoal, desvinculado do contexto socioeconômico o qual o usuário está inserido. Segundo, porque se deposita no profissional de Serviço Social a incumbência de resolver os problemas sociais o mais breve possível com a tarefa de propor soluções rápidas e eficazes que possibilitem o retorno do paciente ao seu domicílio, desconsiderando a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) a qual estabelece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a renda, o trabalho, o lazer e outros.

São inúmeros os motivos pelos quais o paciente pode ter sua permanência no hospital prolongada. Em um hospital de nível terciário, que trata de doenças de alta complexidade, pressupõe-se que no momento da alta hospitalar os pacientes necessitem de uma rede de serviços e suporte ampliada. Porém, o que se apresenta na realidade é uma rede de serviços e suporte escassa. Isso perpassa desde a identificação de um cuidador até o acesso aos serviços da rede que serão necessários para que o paciente dê continuidade ao seu tratamento e possa se reabilitar.

Tais serviços podem ser compreendidos como: a identificação do cuidador; a dispensação de medicamentos, insumos e equipamentos; Serviços de Atenção Domiciliar - SAD e reabilitação; benefícios previdenciários; transportes; Instituições de Longa Permanência, transferência para outros hospitais, entre outras mobilizações. A garantia de acesso a esses serviços é o que possibilitará a efetivação da alta hospitalar, diminuição das internações, e melhora da qualidade de vida do paciente na condição que ele se encontra.

Quando essas demandas não são atendidas, e interferem na efetivação da alta hospitalar do paciente, elas são direcionadas para o profissional de Serviço Social, e o paciente deixa de estar de alta hospitalar e passa a estar de alta social, ou seja, continuará internado até que o Serviço Social realize as mediações e intervenções que garantam o acesso aos serviços e/ou programas que ele necessita.

Os parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde expressa que

A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar a equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter

do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe (CFESS, 2010, p. 48).

Diante disso, essa pesquisa se torna relevante no sentido de investigar quais os fatores existentes na realidade social de cada paciente, que diante do contexto social vigente, impactam na efetivação da alta hospitalar, contribuindo para o direcionamento e enfrentamento profissional.

Essa identificação pode favorecer o desenvolvimento de estratégias e instrumentos que possibilitem no início da internação aspectos que possam demandar a intervenção do Serviço Social na alta hospitalar do paciente, de modo que as ações dos profissionais sejam potencializadas e integradas com vistas a desospitalização segura e a garantia de direitos, contribuindo para a construção de novos conhecimentos e experiências para a área.

3 - HIPÓTESE

3 - Hipótese

A falta de garantia de acesso aos serviços essenciais e cuidados de que os pacientes necessitam para dar continuidade ao tratamento após alta hospitalar impõem atrasos ao processo de alta dos pacientes.

4 – OBJETIVOS

4 - Objetivo Geral

Identificar quais são os fatores preditores de atraso em alta hospitalar que necessitam da intervenção do Serviço Social.

4.1 - Objetivos Específicos

- caracterizar a população que apresenta demandas sociais no momento da alta hospitalar;
- mapear as demandas que são direcionadas ao Serviço Social para a efetivação da alta;
- verificar em qual momento se dá o início da preparação da alta hospitalar e como a demanda é direcionada ao Serviço Social;
- verificar quais são os profissionais envolvidos na alta hospitalar do paciente;
- analisar qual é o tempo entre a alta médica e a alta efetiva;
- especificar a alta social diante da dinâmica da alta hospitalar;
- contribuir para o desenvolvimento de instrumentais e técnicas que otimizem a alta hospitalar do paciente.

5 – MATERIAL E MÉTODOS

5 – Material e Métodos

Tendo em vista o objeto de estudo e os objetivos propostos, a metodologia adotada para a realização do presente estudo foi o delineamento transversal e exploratória. Os pacientes abordados foram os que estavam sendo atendidos pelo assistente social em virtude da desospitalização.

Para tanto, procedeu-se a um criterioso levantamento bibliográfico na literatura científica, a partir da compilação de trabalhos publicados em revistas científicas, livros especializados e em bases de dados da rede Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, e Google Acadêmico. Foram utilizados também os dados documentais do HCFMRP-USP, presentes no SIH e demais relatórios técnicos da Gestão do Hospital.

5.1 – Descrição do cenário de estudo

O HCFMRP-USP constitui-se como referência terciária para a região nordeste do Estado de São Paulo, composta por cerca de 4 milhões de habitantes. O atendimento prestado pelo complexo HCFMRP-USP é considerado de nível terciário em saúde, sendo referência nacional para o tratamento de diversas doenças, cuja terapêutica exige equipamentos e recursos de alta tecnologia (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2017).

A unidade do HCFMRP-CAMPUS presta assistência médico-hospitalar a pacientes em nível ambulatorial e de enfermaria. Atualmente são atendidos mais de 2.500 pacientes por dia no ambulatório. No ano de 2016, segundo dados do Relatório de Atividades do HCFMRP-USP, foram realizadas 24.405 internações. De acordo com informações do Grupo de Avaliação de Desempenho – GAD do HCFMRP-USP (2016), o hospital é composto por 624 leitos, cuja média de internação por paciente no ano de 2016 foi de 6.9 dias (USP, 2017).

Este estudo foi realizado no HCFMRP-USP, nas enfermarias da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Neurologia, Ortopedia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, as quais são compostas por diversos profissionais, entre eles o assistente social que atua na desospitalização de pacientes e, cotidianamente lidam com a problemática da alta hospitalar/social.

Atualmente são consideradas altas sociais do HCFMRP-CAMPUS, conforme consta no documento de Gestão Operacional do HCFMRP-CAMPUS - Procedimento Operacional - aquelas em que há intervenção do Serviço Social devido os pacientes/famíliares apresentarem

comprometimentos sociais, econômicos e/ou familiar. Elas estão representadas de três maneiras:

- 1º pelo Serviço Social: ao realizar a busca ativa em pacientes internados, identifica as demandas sociais que podem interferir na alta hospitalar do paciente e inicia as intervenções de imediato;
- 2º pela equipe multidisciplinar: o profissional da equipe ao identificar que existe algum problema social que possa interferir na alta hospitalar solicita intervenção do Serviço Social;
- 3º pelo Setor de Controle de Leitos: o Controle de Leitos após decorridas 48 horas do comunicado de alta hospitalar do paciente junto ao setor responsável do município de origem pela remoção, caso ainda esse permaneça internado no hospital, o Controle de Leitos solicita a viabilização da alta hospitalar por meio da intervenção do Serviço Social.

5.1.1 – Coleta de dados.

Os dados foram coletados entre o período de julho de 2018 a junho de 2019, por meio de um instrumento (questionário), que contemplou o atendimento realizado pelo profissional de Serviço Social para a efetivação da alta hospitalar. Esse profissional foi quem preencheu o questionário, o qual foi composto pelas seguintes variantes: o perfil do paciente (nome, registro, idade, sexo, estado civil, número de filhos e procedência); situação econômica (caracterizada pela renda do paciente e pelo vínculo ou não com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS); identificação do cuidador; grau de dependência; especialidade que foi seguido; quais profissionais estiveram envolvidos na preparação da alta hospitalar; quem e quando foi solicitada intervenção do Serviço Social; motivo da intervenção do Serviço Social; qual o tempo de retardo da alta hospitalar efetiva; e se caracterizou ou não como alta social tendo como base a definição de alta social que consta no documento de Gestão Operacional do HCFMRP-CAMPUS - Procedimento Operacional.

5.1.2 – Tamanho da amostra

Considerando que no ano de 2016 foram internados no HCFMRP-USP 24.405 pacientes, sendo que 14.780 estiveram internados nas enfermarias da Clínica Médica, Clínica

Cirúrgica, Neurologia, Ortopedia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, as quais foram participantes da pesquisa.

Considerando que desses pacientes, 1230 necessitaram de atendimento do profissional de Serviço Social da enfermaria. Considerando o nível de significância de 5%, a estatística de 80% e o erro amostral de 5%, chegou-se ao tamanho da amostra de 168 pacientes.

5.1.3 – Critérios de inclusão

Pacientes internados nas respectivas enfermarias que estavam sendo acompanhados pelo Serviço Social no quesito da alta hospitalar.

5.1.4 – Critérios de exclusão

Pacientes que estavam de alta hospitalar e não demandaram intervenções do assistente social para a desospitalização.

5.1.5 – Análise dos dados

Inicialmente, os dados foram apresentados de maneira descritiva, sendo posteriormente empregada a análise estatística para comparar aspectos relacionados às variáveis categóricas através do teste do qui-quadrado, com cálculo de Razão de Prevalência (RP) e respectivo Intervalo de Confiança a 95% (IC95%), para apresentar a magnitude de associação, bem como, comparação de medidas de tendência central, sendo empregado o teste t de Student para médias independentes ou o teste de Mann-Whitney, para medianas independentes. Em todas as análises o nível de significância foi de 5%.

5.1.6 – Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para pedir dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual aprovou a pesquisa.

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 – Resultados e Discussão

Os dados foram analisados com base na amostra de pacientes internados (14.780) no ano de 2016 nas enfermarias de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Neurologia, Ortopedia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, de acordo com o Relatório de Atividades do HCRP – 2016, o que corresponde a 58,8% do universo de internações (24.405) ocorridas no ano de 2016 no HCFMRP-USP (USP, 2017).

Tabela 1 - Dados gerais dos pacientes internados do HCFMRP-USP e da amostra da pesquisa no período de julho/2018 a junho/2019

Dados da Amostra dos pacientes e atendimentos	N	%
Total de pacientes internados no HCFMRP-USP no ano de 2016	24.405	100
Pacientes internados nas enfermarias	14.780	58,00
Pacientes atendidos pelo Serviço Social enfermaria	1.230	8,47
Amostra	168	13,65

Fonte: Elaborada pela autora.

A amostra foi composta por 168 pacientes, tendo os dados sido coletados no período de julho/2018 a junho/2019. Essa amostra correspondeu à 13,65% dos pacientes atendidos pelo Serviço Social no mesmo período nas enfermarias participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Variável		Nº	%
Sexo	Feminino	66	39,3
	Masculino	102	60,7
Idade	0 a 18 anos	4	2,38
	19 a 39 anos	25	14,88
	40 a 59 anos	49	29,17
	60 a 79 anos	75	44,64
	Acima de 80 anos	15	8,93
Estado civil	Solteiro	48	28,6
	Casado	70	41,7
	Divorciado	21	12,5
	União estável	9	5,4
	Viúvo	20	11,9
Cor raça	Branca	119	70,8
	Preta	32	19,0
	Parda	17	10,1
Escolaridade	Sem Instrução	14	8,3
	Fund. Incompleto	53	31,5
	Fund. Completo	79	47,0
	Ensino Médio	19	11,3
	Superior	3	1,8

Continua

Variável		Nº	Continuação %
Número de filhos	0	52	30,95
	1 a 2	63	37,50
	3 a 4	42	25
	Acima de 4	11	6,55
Procedência	DRS 13	118	70,24
	DRS 3	19	11,31
	DRS 8	8	4,76
	DRS 5	3	1,79
	DRS 2	2	1,19
	DRS 10	2	1,19
	DRS 11	2	1,19
	DRS 14	2	1,19
	DRS 1	1	0,60
	DRS 6	1	0,60
	MG	5	2,98
	AC	1	0,60
	MS	1	0,60
	PR	1	0,60

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os dados extraídos da pesquisa, verificou-se que dos 168 pacientes atendidos quase 2/3 eram do sexo masculino (60,7%), com média de idade de 65 anos, sendo que 53,57% dos pacientes eram idosos, ou seja, possuem mais de 60 anos de idade. Ramos (2015) em sua pesquisa sobre o planejamento de alta, constatou que mais da metade de pacientes internados tinham mais de 61 anos. Em outro hospital terciário, Guimarães et al. (2002), demonstrou que a idade dos pacientes variou de 13 a 92 anos, com média de 55,9 anos.

Esses achados foram ao encontro dos dados da presente pesquisa e seguem a linha do crescimento da população idosa, que é um fenômeno mundial, sendo que no Brasil, segundo censo do IBGE (PARADELLA, 2018) já são 30,2 milhões de idosos. Dados preveem que no ano de 2050 o número de pessoas idosas será igual ou superior ao de crianças e adolescentes de 0 a 15 anos. Os números mostram o quanto essa faixa etária está se tornando cada vez mais representativa na população. Se até pouco tempo os jovens eram predominantes entre os brasileiros, os adultos e as pessoas mais velhas passam a ter um espaço maior (INSTITUTO DE PESQUISA E ENSINO MÉDICO (IPEMED), 2019).

Nesse sentido, ganham destaques as políticas públicas de proteção social aos idosos, tais como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o qual enfatiza que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção social, uma obrigação da sociedade, da comunidade e da família, devendo o Estado garantir um envelhecimento saudável e em condições dignas por meios da efetivação das políticas públicas.

Art. 2. *O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.*

Art. 3. *É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária* (BRASIL, 2003, p. 1).

Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com esse público, os quais apresentam necessidades específicas, demandando maiores cuidados e atenção para que seus direitos sejam observados.

Com relação ao estado civil dos pacientes, 47,1% deles possuíam um cônjuge/companheiro. A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD realizada no ano de 2009, demonstrou que 45,8% dos brasileiros eram casados, o que aproximou dos achados na pesquisa. No entanto ao comparar os números de solteiros e viúvos esses dados divergiram. Pela PNAD 42,8% solteiros e 5,9% viúvos contra 28,6% solteiros e 11,9% viúvos. Essa diferença pode ser parcialmente explicada pelo fato de 82,74% dos pacientes da pesquisa terem idade acima de 40 anos (RIBEIRO *et al.*, 2006).

Os achados referentes à cor/raça, apontaram para existência de maior prevalência entre os que se disseram de pele branca – 70,8%. Representando pardos e pretos têm-se menos de 1/3 entre os participantes. Esses dados divergiram de alguns apanhados, onde foram demonstrados que a maior parte dos usuários do SUS correspondiam àqueles que se autodeclararam pardos e pretos (RIBEIRO *et al.*, 2006). Segundo dados do IBGE (2010), 46,7% da população consideraram-se afrodescendentes, e brancos 44,2%. No entanto, a literatura traz que os pardos e pretos tinham maior índice de não atendimento à saúde terciária quando comparada com o índice de atendimento na atenção básica, frente às demandas apresentadas junto ao SUS. Isso foi evidenciado nesta pesquisa, tendo sido demonstrado em números que, quem tinha maior acesso aos serviços de saúde de nível terciário eram os de pele branca, visto a precarização de acesso aos serviços existentes no território em que vivem (RIBEIRO *et al.*, 2006; RUIZ, 2012).

Supôs-se que, de acordo com os dados obtidos, um dos motivos estivesse relacionado com o racismo estrutural, que atravessa a vida da população negra, expresso no acirramento das desigualdades entre pretos e brancos, sendo atribuído ao negro um lugar de subalternidade. Segundo Galeão-Silva (2007):

O racismo é uma relação composta por um conjunto de elementos econômicos, históricos, sociológicos e psicológicos. Esses elementos determinam a discriminação – que é sempre uma ação (p. 5).

O racismo contra o negro é reproduzido pela falta de condições de cidadania dos mais pobres e negros, ou seja, pela discriminação racial no trabalho, na escola, na representação política e na saúde (p. 38).

Diante disso, a saúde é colocada num debate incipiente com relação à raça/cor, uma vez que dentre as diretrizes do SUS estão a universalidade e a igualdade de acesso, as quais são inerentes aos determinantes sociais em nossa sociedade (RUIZ, 2012).

Comparando os estratos de escolaridades, verificou-se algumas diferenças importantes: quase a metade dos participantes possuía ensino fundamental completo, enquanto uma minoria (1,8%) possuía ensino superior. Houve ainda entre os pacientes 31,5% com ensino fundamental incompleto, sendo 8,3% analfabetos, ou seja, sem instrução nenhuma. Dados esses superiores ao publicado pelo IBGE (TAXA..., 2019), onde a taxa de analfabetismo era de 6,8%, com declínio a cada ano.

A proporção de números de filhos entre os participantes variou de 1 a 11 filhos por paciente, sendo que 37,5% dos pacientes possuíam 2 filhos, enquanto quase 1/3 deles não tinha nenhum filho. Esse dado acompanha a projeção de números de filhos por casal. Em um artigo publicado por Rocha (2018), sobre a diminuição da taxa de fecundidade, foi apontando que os casais têm tido 1,7 filhos, estando abaixo da média mundial que é de 2,5 filhos por casal, conforme registrado pela Organização das Nações Unidas – ONU.

No que diz respeito a origem dos pacientes, observou-se que maior parte (70,24%) adveio da DRS 13 – região de Ribeirão Preto/SP, que compreende a junção de 26 municípios do Estado de São Paulo, seguida pela DRS 3 que é a região de Araraquara-SP. Talvez esse dado possa ser explicado pelo fato de naquela região estar situado o Hospital Estadual de Américo Brasiliense, o qual faz parte do complexo HCFMRP-USP. Importante também destacar que nessa região está o Hospital Nestor Goulart Reis, o qual é referência do tratamento de tuberculose. Outro achado é de que 5,79% dos pacientes são de outros Estados. Isso confirma que o HCFMRP-USP é referência terciária à população da região noroeste do Estado de São Paulo, sendo acessado a maior parte por esta população, cumprindo com seus objetivos e princípios do SUS (USP, 2017).

Tabela 3 - Perfil profissional, ocupacional e renda dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Profissão	Contagem	Percentual (%)
Aposentado	46	27,38
Construção civil	16	9,52
Dona de casa	16	9,52
Serviços de reparação e manutenção	11	6,55
Empregado doméstico	10	5,95
Motorista	10	5,95
Trabalhador agropecuário	9	5,36
Pensionista	7	4,17
Beneficiário INSS	5	2,98
Inativo	5	2,98
Estudante	5	2,98
Escriturário	3	1,79
Profissionais da ciências e da arte	3	1,79
Técnico eletroeletrônica	3	1,79
Professor	3	1,79
Indústria	2	1,19
Sem profissão	2	1,19
Trabalhador confecção de roupas	2	1,19
Mecânico	1	0,60
Publicidade e marketing	1	0,60
Dirigente de empresa	1	0,60
Serviços de embelezamento e higiene	1	0,60
Comércio	1	0,60
Vigilantes e guardas	1	0,60
Benefícios Previdenciários x Desempregados		
Aposentado	61	36,31
Auxílio-doença	23	13,70
BPC*	10	5,95
Pensionista	9	5,36
Desempregados	23	13,70
Renda		
1 salário mínimo	66	39,29
2 a 3 SM	43	25,60
4 a 5 SM	7	4,17
> 5 SM	1	0,60
< 1 salário mínimo	1	0,60
Sem Renda	50	29,76
Questão Previdenciária		
Mantém vínculo com o INSS	35	20,83
Mantém vínculo com o INSS, porém sem contribuição	83	49,40
Sem vínculo com o INSS	50	29,76

*Benefício de Prestação Continuada

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao analisar a distribuição das ocupações dos pacientes em processo de alta hospitalar, com base no Código Brasileiro de Ocupação (BRASIL, 2010), verificou-se que elas se apresentaram setorialmente, de acordo com categoria pertencente a cada profissão. O número

de pacientes aposentados compreendeu 27,38% dos pacientes, porém entre esses 3% continuaram trabalhando. Entre os que receberam outros benefícios previdenciários teve-se 25%, enquanto os que estão fora do mercado de trabalho, chamados desempregados representaram 13,7%.

Essa proporção está bem próxima da taxa de desempregados no Brasil. Segundo dados do IBGE (2020) quase 12% da população está sem emprego, ou seja, há 12,9 milhões de brasileiros desempregados. O desemprego gera o aumento de desigualdade social, que por sua vez torna mais latente a questão social vivenciada pela classe trabalhadora, tendo sua re(inserção) no mercado de trabalho, como citado por Mota (2009), de forma precarizada, cujo sujeitos são conceituados de trabalhadores informais, temporários ou por conta própria, desprotegidos das garantias legais.

Essas particularidades se acentuaram conforme as abordagens adotadas, ao se observar que serviços da construção civil, reparos, domésticas e trabalhadores rurais somaram 27,38% dos pacientes. Esses compreenderam setores que exigem maior força e esforço físico na execução do trabalho, com salários baixíssimos e sobrecarga do trabalhador. A baixa representativa, entre os pacientes, dos trabalhadores rurais sugere a substituição do trabalho vivo pelo mecanizado, ou seja, a mão de obra do trabalhador pelas máquinas, tendo como consequência o êxodo rural (CEOLIN, 2014). Por outro lado, as donas de casa representaram 5,95% dos pacientes, assim como os motoristas. É considerado um grande avanço para as mulheres a entrada delas no mercado de trabalho a partir da Revolução Industrial de 1940, sendo progressivo também o aumento das responsabilidades da mulher no sustento da família, inclusive como chefe de família. Por outro lado, elas ainda enfrentam a diferença salarial explícita em relação aos homens de quase 30% a menos na execução de tarefas iguais (SIQUEIRA, 2002).

Demais profissionais, de acordo com o agrupamento das ocupações, representaram menos de 2% cada. Quando observados os que possuem os meios de produção, ou seja, são proprietários de empresas, esse número caiu ainda mais, houve apenas um paciente (0,6%), enquanto quase 30% dos pacientes em processo de desospitalização não possuíam renda, estando eles desvinculados das garantias previdenciárias e dependentes das políticas de assistência social brasileira.

Dos que sobrevivem apenas com um salário mínimo eram 39,3% e 25,6% sobrevivem com até 3 salários mínimos. Menos de 1%, especificamente 0,6% dos pacientes possuíam renda superior a 5 salários mínimos. O mesmo ocorre com grande parte da população brasileira, onde a desigualdade social entre pobres e ricos vai de um extremo a outro. Na atualidade apenas 5%

dos brasileiros concentraram mais da metade da riqueza do Brasil, o que implica numa contradição básica, pois a medida que cresce a concentração de riqueza, aumenta a pauperização do trabalhador, apontando aspectos significativos na distribuição de renda da população (IAMAMOTO, 2009).

O desenvolvimento no Brasil foi resultado de um processo de modernização conservadora que consolidou a industrialização e o crescimento econômico, mas que não redistribuiu os resultados dessa expansão com a maioria da população trabalhadora (MOTA, 2009, p. 7).

Os dados da pesquisa, expressaram a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, condensadas pelas desigualdades de renda, desmonte das políticas públicas afetando as condições de vida dos trabalhadores, os quais tiveram sua inserção no mercado de trabalho de maneira precarizada, ou até nula, com salários baixíssimos, inviáveis para a garantia do bem estar, tornando-os usuários habituais da política de assistência social (IAMAMOTO, 2009; MOTA, 2009).

Tabela 4 - Clínicas/especialidades acionadas e atendidas pelo Serviço Social do HCFMRP-USP durante o período estudado

Especialidade	Contagem	Percentual (%)
Cardiologia	6	3,57
Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP)	9	5,36
Clínica Médica	2	1,19
Dermatologia	5	2,98
Endocrinologia	4	2,38
Gastrocirurgia	6	3,57
Geriatria	9	5,36
Imunologia	1	0,60
Moléstias Infecciosas (MI)	11	6,55
Nefrologia	1	0,60
Neurocirurgia	16	9,52
Neurologia	13	7,74
Nutrologia	3	1,79
Oftalmologia	3	1,79
Oncologia	4	2,39
Ortopedia	29	17,26
Cirurgia Plástica	2	1,19
Proctologia	16	9,53
Cirurgia Torácica	7	4,16
Urologia	5	2,98
Cirurgia Vascular	16	9,35
Clínica		
Cirúrgica	112	66,7
Médica	56	33,3

Fonte: elabora pela autora

Segundo os dados coletados na pesquisa, grande parte dos pacientes em processo de desospitalização foram admitidos para tratamentos cirúrgicos junto ao HCFMRP-USP, seguidos de pacientes para internação na clínica médica e na neurologia. Ao analisar o Relatório de Gestão Hospitalar do HCFMRP-USP (USP, 2017), verificou-se que existe uma maior ocorrência para internação de pacientes clínicos (55%) em comparação aos cirúrgicos (45%). No entanto, no momento da desospitalização, pacientes no pós-operatório demandaram por maiores mobilização de serviços.

Tabela 5 - Média de tempo de internação de acordo com a especialidade entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Especialidade	N	Média do tempo de internação	DP
Dermatologia	5	29,0	23,3
Proctologia	16	18,5	14,4
Gastrocirurgia	6	36,1	26,4
Cirurgia Vascular	16	23,9	22,3
Oftalmologia	3	21,0	12,5
Cirurgia Cabeça e Pescoço	9	37,9	19,1
Neurologia	13	50,3	29,4
Urologia	5	11,8	5,7
Moléstia Infecciosa	11	42,9	23,4
Nefrologia	1	43,0	-
Endocrinologia	4	67,2	40,0
Cardiologia	6	10,7	4,8
Geriatria	9	19,8	15,9
Clínica Médica	2	9,0	1,4
Nutrologia	3	11,7	2,3
Neurocirurgia	16	34,8	22,0
Cirurgia Plástica	2	21,0	2,8
Cirurgia Torácica	7	30,4	21,5
Imunologia	1	14,0	-
Oncologia	4	13,5	5,5
Ortopedia	29	29,2	23,0

Fonte: elaborada pela autora

A média do tempo de internação variou de uma clínica para outra, podendo ser de 9 a 50 dias. As clínicas de neurologia (50 dias), moléstia infecciosa (42 dias) e cirurgia cabeça e pescoço (38 dias) foram as especialidades em que os pacientes permaneceram internados por mais tempo. As clínicas em que os pacientes ficaram menos tempo internados foram: clínica médica (9 dias), cardiologia (11 dias), e Urologia (12 dias).

Tabela 6 - Características ligadas às solicitações de intervenções do Serviço Social, entre os pacientes selecionados para o estudo no período de julho/2018 a junho/2019

Solicitado por		Contagem	Percentual (%)
Médico		77	45,83
Enfermagem		37	22,02
Familiar		26	15,48
Busca ativa		21	12,50
Outros		7	4,17
Quando			
Até 3 dias antes da alta médica		20	11,90
Data da internação		9	5,36
No decorrer da internação		103	61,31
No dia da alta médica		23	13,69
Um dia antes da alta médica		13	7,74
Motivo da intervenção			
Acesso à medicação		20	12,01
Adesão ao tratamento		5	2,98
Cuidados de alta complexidade		39	23,21
Dieta enteral		2	1,19
Discordância da alta		2	1,19
Institucionalização		9	5,36
Rede de serviços		22	13,12
Suporte familiar		32	19,05
Tecnologias assistidas		25	14,88
Transferência		7	4,17
Viabilização de transporte		5	2,98
Nº de atendimentos/intervenções			
Até 2 atendimentos/intervenções		38	22,62
De 3 a 5 atendimentos/intervenções		78	46,43
De 6 a 8 atendimentos/intervenções		25	14,88
Mais de 8 atendimentos/intervenções		27	16,07
Profissionais envolvidos			
Médico	Sim	140	83,33
	Não	28	16,67
Enfermagem	Sim	91	54,17
	Não	77	45,83
Fisioterapeuta	Sim	19	11,31
	Não	149	88,69
Nutricionista	Sim	8	4,76
	Não	160	95,24
Psicologia	Sim	7	4,17
	Não	161	95,83
Terapia Ocupacional	Sim	5	2,98
	Não	163	97,02
CCIH	Sim	8	4,76
	Não	160	95,24
NIR	Sim	8	4,76
	Não	160	95,24
Cuidados Paliativos	Sim	4	2,38
	Não	164	97,62

Fonte: Elaborada pela autora.

A solicitação da intervenção do Serviço Social na alta hospitalar dos pacientes se deu em diferentes momentos durante o período de internação. O profissional foi acionado a intervir quando, conforme Ramos (2015), ocorreu a identificação de algum problema social, e não raras as vezes, em momento próximo a data da alta programada, ou ainda, no momento exato da alta médica. Essa afirmação pode-se fazer coerente uma vez que as solicitações feitas no dia da internação foram de 5,36%, enquanto as que ocorreram no dia da alta médica foram de 13,7% dos atendimentos.

No entanto, nesta pesquisa a maioria das solicitações do Serviço Social se deu no decorrer da internação do paciente (61,31%). Talvez esse dado possa ser explicado devido a pesquisa ter sido desenvolvida em um hospital universitário, de alta complexidade e densidade tecnológica, o que implicou a utilização pela equipe multiprofissional de diversos recursos tecnológicos, explorando o ensino e pesquisa, na prestação de assistência à saúde, visando à assistência integral e de qualidade.

Os pedidos de atendimento do Serviço Social junto ao paciente na preparação da alta hospitalar na maioria das solicitações, se deu através da equipe médica 45,8%, os quais diante da estabilidade clínica do paciente, solicitaram intervenção do Serviço Social para a viabilização da desospitalização do paciente. Na sequência houve as solicitações dos profissionais de enfermagem com 22%. As solicitações feitas pela própria família, corresponderam à 15,5%. Já as buscas ativas, momento em que assistente social realiza o acolhimento do paciente e sua família independente de solicitação da equipe multiprofissional, representaram 12,5% dos casos atendidos.

As intervenções do assistente social junto ao paciente e/ou sua família se deram mediante a identificação de situações de vulnerabilidade social, bem como de oportunidades de melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio do desenvolvimento de ações, recursos, e serviços que atendessem a necessidade apresentada pelo paciente. Nesse sentido, embora o Serviço Social tenha sido acionado por meio de um profissional, no decorrer da gestão da alta hospitalar, a equipe multiprofissional tornou-se partícipe desse processo, envolvendo vários outros profissionais internos e externos ao hospital.

As discussões com a equipe médica ocorreram em 83,3% dos casos, com a equipe de enfermagem em 54,2%, fisioterapia em 11,3%, psicólogos, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), nutricionistas de 4,2% a 4,8%, enquanto que cuidados paliativos e terapia ocupacional em 2,98%. Ao se envidar esforços na articulação com diferentes profissionais de atuação envolvidos na alta hospitalar dos pacientes, buscou-se

romper com a fragmentação dos serviços, trazendo um novo significado para a questão apresentada antes isoladamente.

A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho, demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação (CFESS, 2010, p. 26).

A interdisciplinaridade requer a interação e busca dos profissionais das diferentes áreas do conhecimento, ao mesmo tempo que exige o rompimento com a fragmentação dos saberes que levam a práticas profissionais desarticuladas, uma vez que individualmente, o profissional, não tem possibilidade de transformar a realidade social, e atender as demandas postas no cotidiano profissional. Isso exige uma luta árdua por mudança de posturas, construídas tanto no plano individual quanto no coletivo, daí a relevância da interdisciplinaridade (FRAGAS, 2010; MARTINELLI, 1998).

A interlocução do Serviço Social com os diversos profissionais busca compreender e responder às demandas apresentadas dos indivíduos de uma forma mais abrangente, possibilitando a construção de novos diálogos e entendimentos entre os profissionais envolvidos. Proporciona ainda uma melhor preparação na desospitalização do paciente baseada em uma visão ampliada da saúde. Essa articulação é alinhada de acordo com a necessidade específica que cada paciente apresenta, o que será fundamental na gestão da alta (RAMOS, 2015).

Um dado importante quanto ao número de atendimentos/intervenções realizados pelo profissional de Serviço Social na preparação da alta hospitalar dos pacientes, foi que quase metade dos pacientes (46,5%) necessitaram de 3 a 5 atendimentos/intervenções; e 16,7% dos casos decorreram em mais de 8 atendimentos, enquanto em 22,6% dos casos, exigiram até 2 atendimentos/intervenções. Esses dados, enfatizam as diversas intervenções e articulações necessárias para garantir a desospitalização segura do paciente.

Ao se considerar as demandas apresentadas para o Serviço Social na gestão da alta, dividiu-se as solicitações em 11 categorias diferentes: acesso à medicação, adesão ao tratamento, cuidados de alta complexidade, dieta enteral, discordância da alta, institucionalização, rede de serviços, suporte familiar, transferência hospitalar, tecnologias assistidas, viabilização de transporte. Foi considerada para efeito de tabulação a primeira demanda apresentada, visto que para o reconhecimento dos direitos sociais, o assistente social realiza diversas mediações que contribuem na viabilização do acesso aos serviços e ampliação dos direitos (IAMAMOTO, 2009).

As demandas caracterizadas como de alta complexidade, corresponderam à 23,2% dos casos. Elas referiram-se aos pacientes que estavam totalmente dependentes de cuidados de terceiros, não possuíam autonomia para a realização de cuidados diários e autocuidado, sendo geralmente pacientes acamados, necessitando de uma rede de serviços e apoio familiar ampliadas.

Com relação à rede de suporte e apoio familiar, 19% necessitaram de intervenção do assistente social para mediação e organização das ações necessárias para a desospitalização do paciente. Nesse momento foi observada e analisada a realidade social a qual o paciente está inserido, a configuração sociofamiliar, o grau de dependência e dos serviços da rede que seriam necessários para a viabilização da alta hospitalar, quais eram os limites e potencialidades que as famílias apresentavam frente aos cuidados que deveriam ser dispensados aos pacientes. Essa análise foi realizada por meio dos atributos, técnicas e instrumentais que compõem a profissão e são capazes de aproximar e direcionar as respostas ao atendimento social.

O acolhimento social e a entrevista socioeconômica foram um dos instrumentais utilizados pelo assistente social para conhecer a realidade social do usuário (paciente) e sua família. Neles foram abordados a história de vida do paciente e dos respectivos membros da família que residem sob o mesmo teto que ele, grau de instrução, qualificação, renda familiar, moradia, a dinâmica do processo saúde-doença do paciente (capacidade de gerir o autocuidado, limitações, grau de dependência), a organização da família frente à doença apresentada pelo paciente, identificação do cuidador principal e da rede de apoio e suporte familiar, mobilização dos serviços da rede de acesso a tecnologias assistidas, encaminhamento para serviços da rede que compõem a seguridade social, Ministério Público e demais instituições e serviços.

Para tanto, exige-se

....um profissional culturalmente versado e politicamente atento ao tempo histórico; atento para decifrar o não-dito, os dilemas implícitos no ordenamento epidérmico do discurso autorizado do poder;...um competência estratégica e técnica (ou técnica-política) que não reifica o saber fazer, subordinando-o à direção do fazer. Os rumos e estratégias de ação são estabelecidos a partir da elucidação das tendências presentes no movimento da própria realidade, decifrando suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a ação profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 3).

Nesse momento verificou-se quais são as reais implicações que a doença e o respectivo tratamento de saúde do paciente trará ao núcleo familiar, quais serão as transformações que percorrerão na dinâmica familiar que exigirão uma nova organização da vida no cotidiano do paciente e de sua família, incluindo os impactos financeiros frente a essa nova situação e os recursos disponíveis que contribuirão para a autonomia e bem estar de ambos, sendo de extrema

importância o trabalho profissional do assistente social, o qual é capaz, por meio de suas habilidades técnicas, analisar a totalidade a qual o paciente está inserido, proporcionando intervenções e orientações que garantam a gestão da alta hospitalar de maneira segura com acesso aos serviços e produtos que necessitam para dar continuidade ao seu tratamento após desospitalização (CASTRO, 2016).

A família precisa se sentir segura na transição do paciente do hospital para o domicílio.

Constatou-se que um dos objetivos das orientações é transmitir segurança para a família para receber o usuário no domicílio. A interação entre profissionais e familiares durante a internação dos usuários é primordial para favorecer a continuidade do cuidado no domicílio. O processo de desospitalização é importante e proporciona a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos para oferecer a RAS; e no domicílio, condições para a continuidade e a integralidade do cuidado fora do hospital (CASTRO, 2016, p. 82).

Para tanto, a rede de atenção à saúde está relacionada às políticas públicas que devem ser implementadas pelo Estado à população. No estudo, esses serviços incidiram em 81 casos atendidos, ou seja, em quase 50% das intervenções iniciais do assistente social se deram decorrente de pedidos de serviços que são de responsabilidade do Estado. Entre elas, destacou-se as tecnologias assistidas (14,9%), que são produtos e ou equipamentos necessários para a saúde do paciente, e os acesso à medicamentos (12%). O acesso à tecnologia assistida vem se tornando uma condição fundamental para melhorar a qualidade de vida e saúde dos usuários com necessidades especiais, assim como a questão do acesso à medicação (COSTA, 2000).

Uma outra demanda referiu-se à questão da institucionalização de pacientes. Normalmente os pacientes são institucionalizados nas chamadas Instituição de Longa Permanência de Idosos – ILPIs. Elas destinam-se a pacientes prioritariamente aos idosos com mais de 60 anos. Prestam atendimentos na forma de domicílio coletivo, oferecendo moradia, alimentação e cuidados, podendo ser governamentais ou não-governamentais (BRASIL, 2014).

A institucionalização se dá por inúmeros fatores. Entre eles: quando o paciente apresenta necessidade de cuidados de terceiros; quando são sozinhos, não têm familiares de referência; não possuem familiares disponíveis para exercerem os cuidados exigidos para o seu bem-estar e saúde; quando a família embora manifesta o interesse em cuidar do paciente, não reúne recursos materiais, emocionais, e organizacionais (no caso, o domicílio necessita de adaptações) suficientes para dispensação dos cuidados ao paciente; e ainda há situações de conflitos familiares que impossibilitam o cuidar.

Nem todos os idosos e nem todas as famílias reúnem condições para manter o idoso no próprio domicílio. Quando se esgotam os vínculos ou possibilidades, entram em cena as Instituições de Longa Permanência para

Idosos (ILPIs). Tratando-se da institucionalização desses indivíduos, esta se configura na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais como última instância, (excepcionalmente de longa permanência), quando os vínculos familiares estão rompidos ou fragilizados (BRASIL, 2014, p. 28)

O acolhimento em ILPIs aconteceu quando esgotadas todas as possibilidades de auto sustento e convívio com os familiares. A situação em que se enquadraram esses pacientes representou 5,36% dos casos atendidos. Em 10,12% dos casos atendidos foram realizadas mediações com essas instituições. Desses, 82,3% dos pacientes foram institucionalizados. Quando tal situação ocorreu, exigiu uma série de intervenções e estratégias na tentativa de evitar a institucionalização dos pacientes, e garantir o direito a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2014).

No entanto, poucas são as governamentais (gratuitas) e as não-governamentais que solicitam o pagamento de um salário mínimo (embora no Estatuto do Idoso, é especificado que o valor a ser cobrado não pode exceder 70% do valor do benefício do idoso, na realidade isso quase não ocorre). Essas priorizam o acolhimento de idosos sem familiares. Aos demais que possuem familiares e renda superior a um salário mínimo, recorrem a ILPIs privadas, as quais apresentam um custo mais elevado e nem sempre corresponde ao orçamento da família, sendo necessário estabelecer outras estratégias de cuidados junto à família.

Na ausência de um cuidador, ou na impossibilidade da família exercer o cuidado, e tendo o paciente os seus direitos violados, é realizado um encaminhamento para o Ministério Público, o qual enquanto organismo público que representa os direitos da sociedade, utiliza-se dos mecanismo judiciais para o reestabelecimento do direito. Na pesquisa, apenas 2,38% dos pacientes foram encaminhados para esse serviço.

O serviço de solicitação de transferência dos pacientes para outros hospitais, representou 4,17% dos atendimentos. Deu-se, quando os cuidados clínicos do paciente poderiam ser executados em outros hospitais que não pertencentes a rede terciária, em virtude de término do tratamento clínico terapêutico – antibióticos, por exemplo, ou como transição do paciente para o seu domicílio.

Essa é uma medida muito eficaz, pois contribui para que o paciente termine o seu tratamento em um hospital que esteja localizado no município em que reside, e assim fica mais próximo de sua família. Esses hospitais considerados de base, compõem a rede secundária de assistência, dentro da hierarquização do SUS. Diferente desses hospitais, existem as Unidades de Internação de Cuidados Prolongados - UCP, que são leitos hospitalares instalados em hospitais gerais secundários, cujo objetivo é oferecer atendimentos aos pacientes que estão internados em hospitais de urgência e emergência, mas que necessitam, após estabilidade

clínica, dar continuidade ao seu tratamento por meio de reabilitação decorrente de processo saúde-doença. Essa observação é importante, pois o HCFMRP-USP (Campus) não possui convênio com esses hospitais devido suas internações serem eletivas, não possuindo leitos de urgência e emergência (BRASIL, 2012).

Intervenções referentes à não adesão do paciente ao tratamento ocorreram em 2,98%. Essas solicitações foram necessárias quando o paciente não aderiu ao tratamento, tendo como desfecho as reinternações precoces. O processo de trabalho se deu inicialmente pela identificação das dificuldades apresentadas pelo paciente para a realização do tratamento médico proposto. Isso foi desde o acesso aos serviços, suporte familiar, bem como ao processo educativo na relevância do tratamento junto ao paciente e sua família. Para tanto foi necessária articulação com a equipe multiprofissional, com a família e com a rede de serviços de atenção à saúde, precisamente a UBS de referência na observância da efetivação do tratamento.

A viabilização de acesso ao transporte pelo Serviço Social foi necessária em 2,98% dos casos. Tal acesso possibilita que o paciente tenha direito ao seu deslocamento após alta hospitalar, bem como para retornos ambulatoriais. No HCFMRP-USP o serviço de solicitação de transporte na alta hospitalar, é realizado pelo setor do Controle de Leitos, o qual comunica o serviço de transporte de origem do município do paciente, mediante o envio de um comunicado, pela enfermeira, via Sistema Interno Hospitalar, informando que o paciente está de alta hospitalar e as condições necessárias do transporte para a sua remoção. O assistente social é acionado quando decorridas 48 horas desse aviso, e o paciente continua internado. Uma outra intervenção envolvendo solicitação de transporte, deu-se quando o paciente é de outro município/estado e foi encaminhado ao HCFMRP-USP a fim de obter tratamento de saúde. Esse tratamento é garantido por meio do TFD – Tratamento Fora do Domicílio – TFD (BRASIL, 1999).

Através da Portaria SAS N.º 55, de 24/02/1999, o Ministério da Saúde normatiza o TFD - Tratamento Fora do Domicílio...O TFD é um benefício que os usuários do Sistema Único de Saúde podem receber que consiste na assistência integral à saúde...são dadas condições para deslocamento e permanência do paciente e seu acompanhante, quando indicado por médico do SUS (SÃO PAULO, 2009, p. 4-5).

Por meio do TFD é garantido o transporte, e ajuda de custo para hospedagem e alimentação do paciente e seu acompanhante enquanto está sendo realizado o tratamento (SÃO PAULO, 2009). Quando o paciente está de alta hospitalar e retorna ao seu domicílio de origem, o Serviço Social é quem media essa solicitação, encaminhando as documentações que

comproven o tempo de tratamento, e a alta hospitalar do paciente, a fim de que seja garantido o transporte para retorno ao domicílio de origem e a ajuda de custo.

Quando os municípios apresentam objeções quanto ao acesso dos pacientes ao serviço de transporte para realização do tratamento de saúde, é solicitada a intervenção do Serviço Social na garantia e viabilização desse direito. Como afirmado por Costa (2000) o Serviço Social, ao ter que assegurar o transporte ao paciente, se defronta com a organização dos serviços da rede de saúde, com os recursos disponíveis para esse serviço e com as dificuldades de acesso que o paciente está tendo frente a uma garantia estabelecida pelo SUS.

As discordâncias das altas por parte dos pacientes e ou familiares como demandas primárias incidiram em apenas 2 casos (1,19%). Nesse sentido o assistente social parte de uma abordagem para identificar qual o real motivo pelo qual o paciente se nega a deixar o hospitalar, a partir das particularidades expressas por ele, sendo proposto ações socioassistenciais junto ao paciente e equipe multidisciplinar que viabilizem o seu tratamento de saúde (CFESS, 2010).

Tabela 7 - Análises univariadas entre solicitações de intervenção do Serviço Social por profissionais da saúde x atraso das altas entre julho/2018 e junho/2019

Variável independente				
Atraso	Solicitação Profissional		Razão de prevalência (IC95%)	Valor de P
	Sim	Não		
Médico				
Sim	97	17	0,78 (0,46 a 1,31)	>0,05
Não	43	11		
Enfermagem				
Sim	52	62	2,2 (1,31 a 3,67)	<0,05
Não	39	15		
Fisioterapeuta				
Sim	10	104	1,5 (0,92 a 2,67)	>0,05
Não	9	45		
Nutricionista				
Sim	3	11	2,1 (1,15 a 3,72)	<0,05
Não	5	48		
Cuidados Paliativos				
Sim	4	110	0,3 (0,02 a 4,2)	>0,05
Não	0	54		
NIR				
Sim	5	109	2,1 (1,26 a 3,39)	<0,05
Não	8	46		
Psicologia				
Sim	3	111	1,8 (0,93 a 3,63)	>0,05
Não	4	50		

Continua

Continuação

Atraso	Variável independente		Razão de prevalência (IC95%)	Valor de P
	Solicitação Profissional Sim	Não		
	Terapeuta Ocupacional		1,8 (0,93 a 3,63)	>0,05
Sim	3	111		
Não	4	50		
	CCIH		0,9 (0,26 a 2,91)	>0,05
Sim	5	109		
Não	2	52		

Fonte: elaborada pela autora

Nas ocasiões em que o assistente social foi incorporado a equipe multidisciplinar constituída pelos profissionais que estavam atuando na assistência prestada ao paciente, a fim de viabilizar a alta hospitalar dele, verificou-se um aumento na razão de prevalência dos atrasos das altas hospitalares. Das equipes expostas na tabela acima, a razão de prevalência de suceder atrasos nas altas quando o serviço de enfermagem deixa de acionar o assistente social é de 2,27, podendo variar em 31% a 3,6 vezes o atraso. Quando a equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a nutricionista deixaram de solicitar a intervenção do assistente social nas altas hospitalares, o risco de ocorrer atrasos nas altas foram de 2,07, variando 26% a 3,3 vezes. As equipes que demonstraram menores riscos de prevalência de atraso nas altas foram a fisioterapia com probabilidade de atraso 37%, e a equipe médica com 22%.

Tabela 8 - Mobilização dos Serviços e encaminhamentos realizados para pacientes selecionados no estudo entre julho/2018 e junho/2019

Secretaria de saúde	Contagem	Percentual
Sim	83	49,40
Não	85	50,60
UBS/PSF		
Sim	38	22,62
Não	130	77,38
SAD		
Sim	34	20,24
Não	134	79,76
CAPS		
Sim	3	1,79
Não	165	98,21
CRAS		
Sim	29	17,26
Não	139	82,74
CREAS		
Sim	5	2,98
Não	163	97,02

Continua

Continuação

ONG	Contagem	Percentual
Sim	8	4,76
Não	160	95,24
ILPIS		
Sim	17	10,12
Não	151	89,88
Ministério Público		
Sim	4	2,38
Não	164	97,62
INSS		
Sim	26	15,48
Não	142	84,52
Hospital		
Sim	10	5,95
Não	158	94,05
Serviços particulares		
Sim	11	6,55
Não	157	93,45
PROAD		
Sim	2	1,19
Não	166	98,81
LAP		
Sim	37	22,02
Não	Não	77,98

Fonte: Elaborada pela autora.

As mobilizações de recursos e encaminhamentos para acesso aos serviços da rede de atenção à saúde propuseram em quase 84% dos atendimentos. A articulação entre as secretarias de saúde apresentou-se como estratégia fundamental na desospitalização dos pacientes, pois contribuíram na viabilização dos serviços necessários ao paciente. O que percebeu-se foi que os serviços essenciais aos pacientes, principalmente os relacionados às questões burocráticas de acesso à equipamentos e serviços assistenciais, concentraram-se nas secretarias de saúde municipais, enquanto as UBS prestaram assistência direta aos pacientes (CASTRO, 2016).

As UBS, Programa ou Estratégia Saúde da Família (PSF) e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) juntos representaram quase 45% das articulações e encaminhamentos. Isso significa que um dos critérios para a desospitalização segura do paciente, é necessário que seja garantida a continuidade do tratamento dele pelos serviços que compõem a rede de saúde existentes no município de origem.

Pôde-se afirmar que os pacientes encaminhados para esses serviços apresentaram problemas de saúde que os impedia e/ou dificultava a locomoção deles até uma unidade de saúde, necessitando de maiores cuidados e acompanhamento contínuo pelos profissionais da

saúde, os quais desenvolvem ações de prevenção, orientação, e reabilitação a fim de proporcionar a continuidade do tratamento e melhor qualidade de vida.

Por outro lado, os serviços que atendem pacientes com transtornos mentais, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), foram responsáveis por 1,79% das mobilizações e encaminhamentos. Pacientes no HCFMRP-USP que apresentaram tal quadro clínico foram atendidos especificamente na enfermaria da Psiquiatria, onde permaneceram internados, quando necessário, para a realização do tratamento.

A articulação direta com os serviços de assistência social, visa a proteção integral dos pacientes e suas respectivas famílias. Os encaminhamentos para os serviços do Centro de Referência Social (CRAS) e do Centro de Referência da Especializado da Assistência Social (CREAS) representaram 21% dos atendimentos. Esses serviços fazem parte da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Os pacientes e suas famílias que foram encaminhados para esses serviços, encontravam-se em uma condição de vulnerabilidade social e/ou risco social e necessitaram de uma rede ampla de serviços que garantisse sua proteção social. A proteção social nesses serviços visa:

- prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem.
- contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural.
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

Esses serviços são garantidos por meio das seguranças de rendimentos, acolhida, e convivência familiar. De acordo com a PNAS de 2004, a segurança de renda é mais do que garantir a renda mínima às famílias, possibilitando o seu direito de acesso ao mercado e aos meios materiais que garantam a sua sobrevivência. A segurança de acolhida é considerada primordial na proteção social e está relacionada às necessidades básicas que começam com o direito à alimentação, vestuário e abrigo, se constituindo em proteção à vida, diante das incertezas vividas pelo usuário. A segurança de convivência familiar refere-se ao combate da exclusão social, do isolamento social, e a garantia que o usuário tem de convivência social (BRASIL, 2004).

Essas seguranças proporcionam formas de proteção social junto à população mais vulnerável, ou seja, àqueles que estão em situação de desemprego, baixa renda, trabalhadores informais, crianças, idosos, deficientes, famílias numerosas, pessoas doentes, usuários de

drogas, alcoolismo, diferentes formas de violência, abandono, entre outras situações que gerem vulnerabilidade e/ou risco social.

O assistente social ao identificar alguma dessas situações, após a realização do acolhimento social - entrevista social, realiza orientações e encaminhamentos que possibilitem a inclusão em programas de transferência de renda, solicitação de benefícios previdenciários e/ou assistenciais. Entre os programas de transferência de renda dos governos federal, estadual e municipal, têm-se o bolsa família, o BPC, e os benefícios eventuais. Esses últimos são destinados à família e indivíduos em virtude de nascimento, morte, situações de calamidade pública, desastres naturais, e vulnerabilidade temporária. Já entre os benefícios previdenciários faz parte o auxílio-doença, a aposentaria por tempo de contribuição ou por tempo de serviço ou ainda por invalidez, a pensão por morte, o auxílio reclusão, o salário maternidade, o auxílio acidente de trabalho. Além disso tem o seguro desemprego, que é disponibilizado pela Caixa Econômica Federal, aos trabalhadores demitidos sem justa causa (BRASIL, 1991).

Cabe ressaltar o BPC, que é um benefício assistencial, composto pela política de assistência social, porém administrado pelo INSS. Ele destina-se à pessoa idosa com mais de 65 anos, bem como ao deficiente que comprove não possuir renda e/ou a renda per capita familiar inferior a 25% do salário mínimo. Ao deficiente cabe ainda comprovar mediante relatório médico que a deficiência que ele possui traz consigo limitações para a vida cotidiana por um mínimo de 2 anos. É realizada uma perícia social e médica e após parecer do assistente social e do médico o benefício é tido como deferido ou indeferido. Se deferido a pessoa recebe um valor de 1 salário mínimo por um período mínimo de 2 anos, sendo realizada nova avaliação a cada 2 anos, a fim de que seja verificada se as condições que lhe deram origem permanecem a mesma ou não (BRASIL, 1993b).

No ambiente hospitalar é muito comum o encaminhamento para solicitações de benefícios previdenciários junto ao INSS, considerando que os pacientes ao estarem internados, prioritariamente, estão impedidos de realizar as suas atividades laborais, devendo permanecer afastados do emprego durante o período que perdurar o tratamento, tendo eles sido orientados em como acessar o serviço, a fim de que fosse garantido ao paciente e sua família o direito à renda mínima, assim as seguranças de renda e acolhida. (BRASIL, 2004).

Compondo a rede socioassistencial têm-se os encaminhamentos para serviços particulares (6,55%), caracterizados por convênios que o paciente mantém com empresas prestadoras de serviços funerais. Regularmente os pacientes são encaminhados para esses serviços quando possuem tal convênio e necessitam de equipamentos de locomoção, cama ou colchão hospitalar. As Organizações Não Governamentais exercem um papel importante na

sociedade, pois são instituições sem fins lucrativos que prestam atendimento e assessoramento aos usuários da política de assistência social. Dos casos atendidos, 4,76% foram encaminhados para essas instituições. Frequentemente elas executam programas, projetos e serviços que vão contribuir para a proteção social básica e especial dos pacientes, fomentando as ações do Estado (BRASIL, 2004).

Um serviço muito utilizado pelo assistente social do HCFMRP-USP é a Liga de Assistência aos Pacientes (LAP). Essa é uma entidade civil, sem fins lucrativos, criada em 1994 pelos profissionais de Serviço Social para proporcionar auxílio complementar ao atendimento médico para os pacientes em situação de vulnerabilidade social e promover festividades em datas comemorativas, visando a humanização do atendimento prestado pelo Hospital das Clínicas. Através da LAP é possível solicitar auxílios sociais (chinelo, produtos de higiene pessoal, vestuário, passe de ônibus) ao paciente internado, e na sua alta hospitalar, se necessário, disponibilizar medicamentos e equipamentos/produtos que vão contribuir com seu tratamento e sua reabilitação. Para alta hospitalar 22% dos pacientes foram atendidos com os recursos da LAP, a qual é mantida por meio de doações de recursos recebidos da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e de terceiros.

Um outro serviço que existe no HCFMRP-USP é o Processo Administrativo (PROAD). Esse setor presta atendimento aos pacientes que necessitam de medicamentos que não são padronizados pelo SUS e nem são contemplados pelo processo de alto custo. São os chamados medicamentos administrativos - podendo ser medicamentos e dieta enteral - que após esgotadas as possibilidades de tratamento com os medicamentos disponibilizados pelo SUS, o médico opta por esses, por meio da realização de um processo administrativo que será analisado pela Secretaria Estadual de Saúde, assim os pacientes encaminhados para esse serviço foram 1,2%. Percebeu-se que o número foi pequeno, perto das intervenções do assistente social junto à rede para a aquisição de medicamentos no momento da alta hospitalar do paciente, que foram de 45,8% dos atendimentos. Essa diferença reflete o trabalho que o assistente social realiza com a rede socioassistencial para garantir o acesso a serviços e produtos que o paciente necessita e tem direito. Um outro motivo também, é que esse processo demora em média 60 dias para que o pedido seja analisado. Então quando se trata de medicações que serão utilizadas por um período inferior, são viabilizadas outras formas de acesso.

Tabela 9 - Tecnologias assistidas demandadas para alta hospitalar dos pacientes selecionados no estudo no período de julho/2018 a junho/2019

Medicamento padronizado	Nº	%
Sim	44	26,20
Não	123	73,21
Medicamento não padronizado		
Sim	33	19,64
Não	135	79,76
Suplemento alimentar		
Sim	27	16,1
Não	141	83,9
Cadeira de rodas		
Sim	38	22,62
Não	130	77,38
Cadeira de banho		
Sim	20	11,90
Não	148	88,10
Bengala		
Sim	2	1,19
Não	166	98,81
Fralda		
Cama hospitalar		
Sim	10	5,95
Não	158	94,05
Fralda		
Sim	21	12,50
Não	147	87,50
Meia elástica		
Sim	2	1,19
Não	166	98,81
Descartáveis		
Sim	1	0,60
Não	167	99,40
Equipo/frasco		
Sim	20	11,90
Não	148	88,10
Muleta		
Sim	3	1,79
Não	165	98,21
Andadores		
Sim	10	5,95
Não	158	93,5
Equipamento de Higiene Brônquica		
Sim	13	7,7
Não	155	92,3
Suplementação de Oxigênio		
Sim	16	9,52
Não	152	90,40
Ventilação Mecânica		
Sim	9	5,36
Não	159	94,64

Fonte: Elaborada pela autora.

O SUS ao considerar a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas também como a forma com que a população acessa os serviços essenciais para a sua sobrevivência, entre eles, alimentação, moradia, renda, educação, segurança, lazer, explica o quanto a saúde é determinada socialmente (BRASIL, 1990).

Diante da complexidade das situações, compreendendo-as sobretudo como expressões singulares da questão social, o Serviço Social busca viabilizar o acesso aos direitos sociais que permitam ao menos amenizar as condições de cunho social que geram o processo de adoecimento. Neste sentido, no atendimento direto aos usuários, duas ações centrais do Serviço Social no meio hospitalar se referem à orientação e acompanhamento para o acesso aos direitos sociais (exemplos...), bem como na articulação da rede de proteção social e de atenção primária da saúde para atender as necessidades dos usuários (LEAL; XAVIER, 2015, p. 9).

Propõe-se assim, uma nova organização da saúde e dos cuidados em saúde para além dos muros institucionais, favorecendo a prática de intervenções ampliadas. Nessa perspectiva ganham destaque a intersetorialidade e a descentralização das ações e serviços. A intersetorialidade permite a articulação entre os diversos atores que compõem as políticas públicas e demais serviços considerados essenciais para o enfrentamento dos problemas sociais apresentados pelos indivíduos (COSTA, 2000).

A oferta de ações conjuntas que visem a inclusão e proteção social dos indivíduos, produzem efeitos significativos na vida da população usuária, ao mesmo tempo em que rompe com a visão fragmentada das ações. Os resultados na superação de situações de vulnerabilidade, por meio do acesso às políticas públicas são mais expressivos, uma vez que os problemas não são tratados isoladamente de forma fragmentada, e sim de forma articulada e intersetorial (COSTA, 2000).

Como observado no estudo para garantir a inclusão e proteção social dos pacientes é necessária a mobilização de diversos serviços que compõem a rede. Em praticamente quase todos os atendimentos foram necessárias articulações com outros serviços. Observou-se que do total de casos em 97% foram mobilizados recursos e em 95,83% o paciente foi encaminhado para algum serviço da rede. Isso demonstra o quanto é importante a execução dos princípios da integralidade e descentralização das ações descritos no SUS, o que depende da conjunção de vários profissionais e seguimentos na sociedade.

Os itens mais necessários e requisitados foram os medicamentos, suplementação alimentar, insumos (equipo, frasco, fralda, bolsas de colostomia, materiais descartáveis), equipamentos de locomoção (cadeira de rodas, banho, andadores, bengalas, muletas), cama hospitalar, colchão, suplementação de oxigênio, ventilação mecânica. A garantia de acesso dessas tecnologias aos pacientes envolveu as articulações com a família e com a rede

socioassistencial. Dentre os produtos/equipamentos de tecnologia assistida, as intervenções decorrentes de acesso a medicamentos sobrevieram em 45,8% dos casos, medicamentos esses que deveriam ser disponibilizados diretamente pelo SUS. Cadeiras de rodas 22,6%, suplemento alimentar 16,1%, fraldas geriátricas 12,5%, cadeira de banho 11,9%, equipo e frasco para dieta enteral 11,9%, oxigênio domiciliar 9,5%, equipamento de higienização brônquica (aspirador cirúrgico) 7,7%, cama hospitalar e andadores 5,95% cada um, ventilação mecânica 5,36%, muletas 1,8%, bengalas 1,2% e descartáveis 0,6%.

Alguns produtos e equipamentos apresentaram uma maior demanda por parte dos pacientes, como é o caso dos medicamentos, cadeira de rodas e suplementação alimentar. O acesso aos medicamentos, quando não viabilizado pelo município de origem do paciente, é solicitado sua disponibilização ao hospital – setor de farmácia, o qual mediante autorização do diretor do Departamento de Atenção à Saúde – DAS, viabiliza à medicação ao paciente. Uma outra estratégia é a viabilização da medicação via recursos da LAP. A LAP, após esgotadas as possibilidades de acesso junto à rede de serviços, também viabiliza outros insumos e equipamentos, tais como: fraldas geriátricas, dieta enteral, cadeiras de rodas, banho, andador, aspirador cirúrgico, entre outros.

A suplementação alimentar quando não disponível de forma industrializada pela rede de serviços do município, o profissional de nutrição orienta a família como preparar a dieta de forma caseira, com os alimentos em sua origem natural. Porém, quando se refere à dispositivos de suplementação de oxigênio domiciliar, aspirador cirúrgico e ventilação mecânica, exigem a disponibilidade do equipamento no domicílio do paciente para que a alta hospitalar seja efetivada; do contrário o paciente permanecesse internado até a disponibilização.

O fato é que a intervenção do assistente social junto à rede de serviços irá garantir que o paciente tenha acesso aos serviços que ele necessita para dar continuidade ao seu tratamento, uma vez que é condicionante para a sua saúde. No entanto, o acesso aos serviços é permeado por questões burocráticas, tornando o seu acesso difícil, exigindo o encaminhamento para outros serviços, instituições sociais e ainda para órgãos para defensoria pública, conforme afirmado por Costa (2000).

Nesse processo, verificou-se que as solicitações de acesso a serviços da rede, que são de responsabilidade do Estado, não foram reconhecidas em sua integralidade. A Lei 8080/90 em seu artigo 2 classifica “a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. No Parágrafo 1 do mesmo artigo, complementa que cabe ao Estado garantir condições que assegurem “o acesso universal e

igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

Tabela 10 - Dinâmica da alta hospitalar dos pacientes selecionados nesse estudo, entre julho/2018 e junho/2019

Tempo de Internação	Contagem	Percentual
≥7 dias	18	10,71
8 - 20 dias	63	37,50
21 - 49 dias	53	31,55
50 - 99 dias	30	17,86
Acima de 100 dias	4	2,38
Tempo de Retardo		
0 dias	88	52,38
1 - 2 dias	25	14,88
3 - 10 dias	38	22,62
11 - 20 dias	10	5,95
> 21 dias	7	4,17
Tempo de Resolução Social		
≥ 1 mês	7	4,17
≥ 15 dias	7	4,17
10 - 14 dias	16	9,52
4 - 6 dias	33	19,64
7 - 9 dias	19	11,31
Até 3 dias	58	34,52
Um dia	28	16,67
Alta Social		
Sim	153	92,27
Não	13	7,74

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao período de internação nas clínicas pesquisadas, verificou-se que a média de internação foi de 29,56 dias, variando entre 3 a 108 dias. Esses dados diferem e muito, quando comparados com a média geral dos pacientes internados no HCFMRP-USP, conforme apresenta o Relatório de Gestão Hospitalar 2016 que foi de 6,9 dias. Em outros hospitais de ensino, como esse, a média de internação contando os atrasos nas altas hospitalares corresponderam a 17,5 dias (SILVA *et al.*, 2014).

Notou-se que em apenas 10,7% dos casos o período de internação foi semelhante à média geral do hospital. Houve uma grande prevalência entre as internações com período entre 8 a 20 dias (37,5%) e entre 21 a 49 dias (31,6%). Internações que perduraram de 50 a 99 dias equivaleram a 17,86% dos casos, enquanto as com mais de 100 dias tiveram pouca representativa – 2,38%. Um estudo realizado em um hospital universitário, demonstrou que

Quanto ao número de dias de internamento, os dados mostram o seguinte: 51% duraram entre 1 a 5 dias, 33% entre 6 a 10 dias, 11% entre 11 a 15 dias, 2% entre 16 a 20 dias e 3% entre 21 e 70 dias. Assim sendo, a média de dias

de internamento durante os 30 dias analisados foi de 7,26 dias (RAMOS, 2015, p. 50).

Embora os períodos analisados sejam diferentes, quando observado o primeiro período correspondente ao tempo de internação da pesquisa de Ramos e da realizada neste estudo, concluiu-se que no hospital universitário onde Ramos aplicou a pesquisa mais de 50% dos internamentos foram de até 5 dias. Enquanto no HCFMRP-USP, os períodos de internação com até 7 dias, representaram 10,7% da amostra. Um outro dado foi que as internações com mais de 20 dias representaram no HCFMRP-USP 89,3% do total, enquanto na pesquisa de Ramos foi de 3%. É notório que os dados observados nesta pesquisa referem-se em sua maioria a períodos de internação prolongadas.

Nesse contexto, ao analisar os atrasos correspondentes a efetivação da alta hospitalar, observou-se que dos casos expostos nesta pesquisa, mais da metade das altas hospitalares (52,38%) não sofreram atrasos. O retardo das altas ocorreu em 80 dos casos atendidos (47,6%) pelo assistente social. Esses atrasos variaram entre 1 a 47 dias. Em 14,9% os atrasos variaram entre 1 e 2 dias. O período de 3 a 10 dias de atraso, foi o mais significativo, chegando a 22,62% dos casos. O período em que os pacientes permaneceram internados por mais de 21 dias, foi o que menos teve atraso, representando 4,16%. Contudo, a média total dos atrasos representou de 3,93 dias.

O tempo de resposta do assistente social frente as demandas apresentadas para a efetivação da alta hospitalar dos pacientes em sua maioria se deu em até 3 dias após a solicitação da intervenção do Serviço Social (34,52%). Em 30% das solicitações foram necessários de 4 a 9 dias para efetivações de intervenções que resultassem na alta hospitalar do paciente. As solucionadas no mesmo dia foram 16,67%. Os atendimentos que exigiram de 10 a 14 dias para resolução foram 9,52%, enquanto os que necessitaram de mais de 15 dias, compreenderam 8,43% dos casos.

Tabela 11 - Análise da interferência de tempo de resolução social no atraso da alta hospitalar entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

	Não houve atraso	Houve atraso
Amostra	96	72
Média aritmética	3,78	4,09
Desvio padrão	1,29	1,85
Valor de P	0,1950	

Fonte: elaborada pela autora

Quanto a interferência do tempo de resolução social nos atrasos das altas hospitalares, verificou-se que a média foi de 3,8 dias para as altas que foram efetivadas na data da alta médica, e de 4,1 para as que foram efetivadas após a data prevista pelo médico. No entanto, essa variância não representou diferença significativa nos atrasos das altas hospitalares.

Com relação à especificação da efetivação das altas hospitalares por meio da intervenção do assistente social, observou-se que 92,3% delas foram consideradas altas sociais. Diante das demandas apresentadas pelos pacientes e do contexto social, foi inegável que de fato elas fossem sociais. Sociais porque as demandas direcionadas ao assistente social são privações de acesso aos serviços que deveriam garantir o mínimo para a sobrevivência, proteção e recuperação da saúde dos pacientes. Certificou-se que o Serviço Social enquanto profissão voltada para o enfrentamento dos problemas sociais, cujo objeto de intervenção é a questão social, dispõe de um atributo de instrumentos e técnicas que assegure a universalidade dos direitos, por meio do acesso a serviços e bens que garantam a ampliação e consolidação da cidadania. É no momento da alta que os problemas sociais apresentados pelos pacientes ganham visibilidade.

...adquirem visibilidade nos serviços de saúde, quando se transformam em explícitos e notórios obstáculos: à agilidade/efetivação da alta hospitalar; ao sucesso/eficácia nos tratamentos ambulatoriais; para acesso a cirurgias e tratamentos de alto risco... (COSTA, 2000, p. 153).

Tabela 12 - Distribuição da Alta social segundo a intervenção, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Intervenção	Alta social		
	Sim	Não	Total (%)
Institucionalização	9	0	9 (5,4)
Tecnologia assistida	22	3	25 (14,9)
Suporte familiar	32	0	32 (19,0)
Dieta	1	1	2 (1,2)
Adesão ao tratamento	5	0	5 (3,0)
Cuidados de alta complexidade	39	0	39 (23,2)
Transferência	4	3	7 (4,2)
Medicação	19	1	20 (11,9)
Serviços da rede	21	1	22 (13,1)
Viabilização de transporte	3	2	5 (3,0)
Discordância da alta	1	1	2 (1,2)
Total (%)	156 (92,9)	12 (7,1)	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

Dentre a distribuição da intervenção do assistente social classificadas como alta social pelo assistente social, destacaram-se os cuidados de alta complexidade, o qual em todas as

intervenções (39 casos) foram consideradas altas sociais. O mesmo se repetiu nas solicitações de institucionalização (9 casos), suporte familiar (32 casos) e adesão ao tratamento (5 casos). Metade das solicitações de dieta enteral e das discordâncias das altas não foram consideradas como alta social, assim como 42% das solicitações de intervenção do assistente social nas transferências hospitalares. Isso significa que parte dessas solicitações não são atribuição privativas do assistente social.

Tabela 13 - Média do tempo de internação segundo faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

	Faixa etária ≤ 50 anos	Faixa etária ≥ 51 anos
Amostra	50	118
Média aritmética	30,16	29,3
Desvio padrão	25,1	22,9
Porcentagem	30,0	70,0

****DP: Desvio Padrão**

Fonte: elaborada pela autora

Com base na amostra de pacientes selecionados, observou-se que mais de 2/3 dos pacientes internados possuíam idade acima de 51 anos. Porém quando comparada à média de internação entre o grupo de pacientes com até 50 anos e o grupo de pacientes com mais de 51 anos, verificou-se que não existe diferença significativa entre o tempo médio de internação de ambos os grupos, ficando em torno de 30 dias o período de internação.

Tabela 14 - Média do tempo de internação segundo sexo entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Sexo	Média de idade	Média de tempo	Porcentagem	Desvio Padrão
Feminino	62	31,5	37,0	24,9
Masculino	59	28,2	63,0	22,6

Fonte: elaborada pela autora

Com relação ao tempo médio de internação dos pacientes segundo o gênero, o sexo feminino permaneceu internado 3,3 dias a mais do que os pacientes do sexo masculino, sendo pouco significativo o desvio padrão existente entre os grupos.

Tabela 15 - Necessidades de cuidados apresentadas pelos pacientes selecionados para o estudo, entre julho/2018 e junho/2019

Grau de dependência	Nº	%
Grande dependente	36	21,43
Independente	19	11,31
Parcialmente dependente	68	40,48
Totalmente dependente	45	26,79
Articulação com a família		
Sim	155	92,22
Não	13	7,78
Afinidade		
Familiar de 1º	132	78,57
Familiar de 2º	11	6,55
Familiar de 3º	9	5,36
Sem vínculo	16	9,52
Destino do paciente		
Ao domicílio de terceiros	24	14,29
Institucionalização	14	8,33
Óbito	9	5,36
Retorno ao próprio domicílio	113	67,26
Transferência hospitalar	8	4,76

Fonte: Elaborada pela autora.

A análise dos dados revelou que na preparação da desospitalização dos pacientes, a questão do cuidador foi de extrema importância e estava associada com o grau de dependência do paciente, o que definiu o local de destino dele após a saída do hospital. Na gestão das altas hospitalares quando o assistente social é comunicado sobre a necessidade de sua intervenção na desospitalização do paciente, a primeira questão a ser apresentada pela equipe multidisciplinar é o estado clínico do mesmo, seguido do grau de dependência e cuidados, bem como das necessidades terapêuticas para continuidade do tratamento e reabilitação.

Para caracterização do grau de dependência dos pacientes, foi utilizada a escala de CADEM. A escala de CADEM é um instrumental utilizado pelos profissionais de saúde para verificar a capacidade de autocuidado que o paciente apresenta. Cada letra da palavra CADEM significa uma função e recebe uma pontuação que varia de 1 a 5, na dependência da condição que o paciente se encontra. **C**: comunicação; **A**: atividades diárias; **D**: deambulação; **E**: eliminação; **M**: mobilidade. De acordo com o total de pontos somados em cada item, é classificado o grau de dependência do paciente. Grau I: independente; Grau II: parcialmente dependente; Grau III: grande dependente; Grau IV: totalmente dependente, segundo estudos realizados e adaptações feitas por Nogueira (2017). Com base nessa escala constatou-se que 26,76% dos pacientes necessitaram de cuidados de alta complexidade, caracterizada pelos pacientes serem totalmente dependentes de cuidados de terceiros. Os grandes dependentes,

representaram 21,43%, necessitando eles de ajuda moderada a grande para realização do autocuidado. Entre os dependentes parciais, ou seja, aqueles têm habilidades para a realização do autocuidado e necessitam de pequeno apoio e suporte de terceiros tiveram 40,5% dos pacientes da amostra. Enquanto que 11,3% dos pacientes foram considerados independentes para a realização de autocuidados, sem necessidade de apoio de terceiros.

Os dados demonstraram que dos 168 pacientes participantes da pesquisa, 149 deles exigiram apoio e suporte de terceiros em seu cotidiano, não dispondo de autonomia e condições funcionais para gerirem o autocuidado, tendo como referência a família. A maior parte desse apoio e suporte adveio dos familiares, tendo sido realizada articulação com os familiares em 92,2% dos casos. Tal intervenção se fez necessária e presente, uma vez que a família foi considerada pela PNAS (BRASIL, 2004) “como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primária, provedora de cuidados aos seus membros...”. A definição de família constante nessa política, é considerada para além do núcleo familiar e dos laços familiares, abrangendo a unidade por vínculos de afinidade e afetividade (BRASIL, 2004).

Como forma de elucidar os cuidados dos pacientes, optou-se por caracterizar os membros de apoio e suporte por grau de afinidade e afetividade. Assim, familiares de 1º grau enquadram-se: pais, filhos, avós, sogra (o), nora, genro. De 2º grau os irmãos, netos, primos, cunhados; de 3º grau os amigos, e por último os que não possuem vínculos familiares. Nesse sentido os achados da pesquisa demonstraram que 90,5% dos pacientes apresentaram a família como fonte de apoio, cuidado e proteção primário. Elas dentro de suas possibilidades e limitações, organizaram-se para dispensar e auxiliar nos cuidados aos pacientes. No entanto, a PNAS afirmou também que a família para oferecer cuidados, precisa antes, ser cuidada e protegida. É nesse cenário que entra a responsabilidade do Estado quanto ao dever de garantir proteção às famílias brasileiras (BRASIL, 2004).

A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 2020) declarou que “a família, base da sociedade, tem proteção especial do Estado”. Isso é reafirmado em outras legislações brasileiras que dão subsídios e direcionam o trabalho do assistente social, tais como Lei Orgânica de Assistência – LOAS, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre outros. Ainda nesse cenário, com as mais diversas dificuldades, a maior parte dos pacientes retornaram para seus lares (67,26%). A moradia foi priorizada pela família como retorno do paciente, ou como única possibilidade de assumir os cuidados.

O cuidado no domicílio pode mudar muito a rotina dos familiares, principalmente para os usuários dependentes. Em algumas situações, é

necessário o familiar solicitar demissão do emprego formal para cuidar do usuário em tempo integral no domicílio. O cuidado no domicílio torna-se desgastante e árduo para os familiares que não possuem apoio de parentes próximos. Nessas situações contam com o apoio de vizinhos e pessoas mais próximas que estão dispostas a colaborar no cuidado (CASTRO, 2016, p. 78).

Nesse momento um importante aliado é a ampliação da rede de apoio e suporte, que pode ser obtida através da rede de solidariedade que é formada por parentes próximos, vizinhos, comunidade local, provocando a ideia de inclusão e pertencimento social, onde há o desenvolvimento de um vínculo recíproco entre as pessoas.

Entre os que foram encaminhados para domicílios de terceiros teve-se 14,3%, enquanto os que foram institucionalizados corresponderam à 8,3%. A institucionalização, ainda que medida excepcional, pressupõe a segurança e a qualidade de vida dos pacientes idosos, evitando situações de negligência e isolamento social. Os que foram transferidos para outros hospitais para término do tratamento representaram 4,8%, ao passo que os que estavam em processo de desospitalização e evoluíram para óbito significaram 5,36% dos pacientes.

Tabela 16 - Distribuição do destino do paciente considerando-se a raça ou cor entre os selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Destino do paciente	Branca	Preta	Parda	Total (%)
Óbito	7	0	2	9 (5,4)
Próprio Domicílio	80	19	13	112 (66,7)
Domicílio de terceiros	17	6	2	25 (14,9)
Institucionalização	11	3	0	14 (8,3)
Transferência	4	4	0	8 (4,8)
Total (%)	119 (70,8)	32 (19,0)	17 (10,1)	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

Quando considerado o destino do paciente de acordo com a raça ou cor do pacientes, percebeu-se que 11,7% dos pacientes pardos participantes da pesquisa foram a óbito. Enquanto brancos foram 5,8%, ou seja, praticamente o dobro da população afro descendente morreu quando comparada com a população branca. Com relação ao retorno para o próprio domicílio, os números foram de 76,4% dos pardos; 67,2% dos brancos; e 59,3% dos pretos. A questão da institucionalização ficou bem próxima entre pretos (9,37%) e brancos (9,24%). 30,4% dos pacientes pardos e pretos foram direcionados para os domicílios de terceiros após alta hospitalar. Enquanto os transferidos para outros hospitais foram de 12,5% pretos; 3,36% de brancos e 0% de pardos.

O que se observou é que entre os pacientes hospitalizados a população negra foram os que mais morreram, evidenciando o racismo institucional, onde as pessoas são discriminadas, por preconceito involuntário, ignorância, negligência, em virtude da cor da pele, cultura, etnia. Kalckmann (2007) retratou essa questão em sua pesquisa, revelando que

situações percebidas como discriminatórias revela que as atitudes parecem estar ligadas à ideologia do dominador que perpassa o cotidiano estando introjetada nos profissionais, como, por exemplo, acreditar que as pessoas negras são “mais fortes e resistentes à dor”, como: “Negro não adoece” (51 anos, auxiliar de enfermagem, preta); “Não é uma coisa assim fácil de falar, sinto que somos tratados com mais displicência” (51 anos, jornalista, cor preta); “Eu estava com muita dor e a médica falava: que é isso? Não dói tanto” (23 anos, professora, parda); “Rapaz! Um negão desse tamanho sentindo dor?” (55 anos, agente comunitário de saúde, cor preta); “Médicos atendem de forma diferente infratores negros e brancos” (37 anos, agente educacional da Febem, cor preta). Há uma tendência a minimizar as queixas (...) (KALCKMANN, 2007, p. 151).

Tabela 17 - Distribuição das intervenções considerando-se a raça ou cor entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Intervenção	Branca	Preta	Parda	Total (%)
Institucionalização	6	3	0	9 (5,4)
Tecnologia assistida	21	3	1	25 (14,9)
Suporte familiar	19	8	5	32 (19,0)
Dieta	2	0	0	2 (1,2)
Adesão ao tratamento	1	3	1	5 (3,0)
Cuidados de alta complexidade	30	4	5	39 (23,2)
Transferência	4	2	1	7 (4,2)
Medicação	14	4	2	20 (11,9)
Serviços da rede	15	5	2	22 (13,1)
Viabilização de transporte	5	0	0	5 (3,0)
Discordância da alta	2	0	0	2 (1,2)
Total (%)	119 (70,8)	32 (19,0)	17 (10,1)	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

Analizou-se que as demandas apresentadas pelos pacientes com base na sua cor ou raça, apresentaram diferenças significativas. Todas as intervenções realizadas pelo assistente social para dieta enteral, viabilização de transporte e discordância das altas foram solicitadas para pacientes considerados brancos. Esses também prevaleceram nas solicitações por tecnologias assistidas (84%), enquanto pretos tiveram 12% das solicitações e pardos 4%. Nas intervenções de cuidados de alta complexidade os brancos representaram 76,9%, pretos 10,2% e pardos 12,8%. Em nenhuma das intervenções realizadas pelo assistente social prevaleceu-se a categoria de pretos e pardos. Ainda que juntassemos as duas categorias (pretos e pardos) a porcentagem que mais se aproximaria das solicitações de serviços com a população branca seria

às demandas relacionadas ao suporte familiar – 40,6% dos pretos e pardos; e transferência hospitalar 42,2%.

Vale lembrar que

um dos princípios básicos do SUS é a equidade, ou seja, os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações. No caso da população negra, que é mais vulnerável a várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural a que foi submetida, cabe aos serviços de saúde garantir atendimentos adequados, que reduziram essa vulnerabilidade. No entanto, verificou-se que os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade destes grupos populacionais, ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários (KALCKMANN, 2007, p. 153).

Como estratégia para combater as desigualdades sociais enfrentadas pela população negra no âmbito do SUS, o Ministério Saúde da instituiu em 2017 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, afirmando o compromisso da promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultantes de injustos processos socioeconômicos e culturais, que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (BRASIL, 2017).

Tabela 18 - Média do tempo de internação segundo o grau de dependência entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Grau de dependência	N	Tempo de internação	Desvio Padrão
Independente	19	19,4211	14,5576
Dependente parcial	66	20,5455	18,7987
Grande dependente	36	31,9722	21,8298
Dependente total	47	44,4681	26,0834

Fonte: elaborada pela autora

Quando comparado o grau de dependência com o tempo de internação, ficou evidente que houve uma diferença significativa. Pacientes considerados dependente total tiveram média de internação de 44 dias, enquanto os considerados independentes permaneceram internados 19 dias.

Tabela 19 - Grau de dependência X tipo de intervenção entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

	Independente	Dependente parcial	Grande dependente	Dependente total	Total (%)
Institucionalização	2	1	2	4	9 (5,4)
Tecnologia assistida	5	11	7	2	25 (14,9)
Suporte familiar	3	15	7	7	32 (19,0)
Dieta	0	1	1	0	2 (1,2)
Adesão ao tratamento	1	4	0	0	5 (3,0)
Cuidados de alta complexidade	0	5	11	23	39 (23,2)
Transferência	0	4	1	2	7 (4,2)
Medicação	5	10	2	3	20 (11,9)
Serviços da rede	2	10	5	5	22 (13,1)
Viabilização de transporte	1	3	0	1	5 (3,0)
Discordância da alta	0	2	0	0	2 (1,2)
Porcentagem	11,3	39,3	21,4	28,0	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

Ao equiparar o grau de dependência com o tipo de intervenção, observou-se uma desproporção entre as solicitações apresentadas pelos pacientes. Pacientes dependentes parciais e totalmente dependentes demonstraram-se mais propensos às solicitações de atendimento junto ao assistente social, sendo responsáveis respectivamente por 39% e 28% das intervenções realizadas. Dentre os pacientes dependentes parciais, foram 15 as solicitações de intervenção junto à organização da rede de suporte e apoio familiar, e 11 as solicitações de acesso à tecnologia assistida. Contudo os pacientes totalmente dependentes concentraram às intervenções nos cuidados de alta complexidade, englobando 23 pacientes. Nenhuma das solicitações primárias para esses pacientes referiu-se à dieta enteral. Importante esse detalhe, uma vez que na análise das intervenções considerou-se a solicitação primária apresentada ao assistente social, o que no decorrer dos atendimentos não excluiu a identificação de outras demandas. Pacientes independentes representaram apenas 11% das intervenções do assistente social.

Tabela 20 - Avaliação de associação entre atraso e faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

	Faixa etária ≤ 50 anos	Faixa etária ≥ 51 anos	Total (%)
Houve atraso	20	52	72 (42,9)
Não houve atraso	30	66	96 (57,1)
Total (%)	50 (29,8)	118 (70,2)	168 (100)
RP (IC95%)	0,75 (0,48 a 1,17)		

Fonte: elaborada pela autora

Quanto aos atrasos das altas hospitalares decorrente de faixa etária, analisou-se que a princípio não existiu uma diferença significativa, uma vez que as internações de pacientes com mais de 51 anos foi mais que o dobro.

Tabela 21 - Distribuição das demandas apresentadas na alta hospitalar por faixa etária entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Intervenção	Até 50 anos	Acima de 51 anos	%
Institucionalização	4	5	5,4
Tecnologia assistida	5	20	14,9
Suporte familiar	11	21	19,0
Dieta	0	2	1,2
Adesão ao tratamento	1	4	3,0
Cuidados de alta complexidade	9	30	23,2
Transferência	0	7	4,2
Medicação	5	15	11,9
Serviços da rede	13	9	13,1
Viabilização de transporte	2	3	3,0
Discordância da alta	0	2	1,2
%	29,8	70,2	100

Fonte: elaborada pela autora

Quando analisado o tipo de intervenção solicitada ao assistente social equiparando com a idade, concluiu-se que existe uma prevalência entre os pacientes com mais 51 anos, ficando em 70% dos atendimentos concentrados nessa faixa etária. Essa faixa etária exigiu atenção junto aos cuidados de alta complexidade, suporte familiar e tecnologia assistida. Essas solicitações aumentaram disparadamente entre os pacientes quando comparadas com pacientes de até 50 anos. Os cuidados de alta complexidade entre os pacientes com mais de 51 anos foram três vezes maior do que entre aqueles com até 50 anos. A solicitação de suporte familiar foi duas vezes mais, e as solicitações por tecnologia assistida foram 4 vezes mais prevalentes entre os pacientes com mais de 51 anos. Entretanto, pacientes com até 50 anos demandaram por serviços da rede (59%), e não apresentaram discordância das altas e nem solicitações de dieta enteral.

Tabela 22 - Distribuição das intervenções realizadas de acordo com o vínculo previdenciário entre os selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Intervenção	Sem vínculo	Com vínculo sem contribuição	Vínculo INSS	Total (%)
Institucionalização	5	3	1	9 (5,4)
Tecnologia assistida	3	14	8	25 (14,9)
Suporte familiar	12	14	6	32 (19,0)
Dieta	1	1	0	2 (1,2)
Adesão ao tratamento	1	4	0	5 (3,0)
Cuidados de alta complexidade	14	24	1	39 (23,2)
Transferência	1	6	0	7 (4,2)
Medicação	4	9	7	20 (11,9)
Serviços da rede	6	7	9	22 (13,1)
Viabilização de transporte	2	1	2	5 (3,0)
Discordância da alta	1	1	0	2 (1,2)
Total (%)	50 (29,8)	84 (50,0)	34 (20,2)	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

Quanto às demandas apresentadas dos pacientes participantes da pesquisa com base na questão previdenciária, notou-se que as demandas por institucionalização de pacientes sem vínculo previdenciário prevaleceram de 2 a 5 vezes quando comparada com os pacientes vinculados à previdência social. Por outro lado, 64,1% dos pacientes vinculados ao INSS demandaram por solicitações de cuidados de alta complexidade. Desses, apenas 2,5% estavam dentro da categoria de contribuintes com a previdência social, ou seja, a maior parte dos pacientes que apresentaram essa demanda foram os que mantinham vínculos com o INSS, porém não contribuía com a previdência social. Essa prevalência se repetiu nas intervenções por suporte familiar dos pacientes, onde 43,7% foram apresentadas pelos pacientes vinculados aos sistemas previdenciários, mas sem contribuição, enquanto os que contribuintes ativos representaram 18,75%, e os sem vínculo previdenciário 37,5%. A questão da dieta enteral e discordância das altas, estabeleceu uma equivalência entre os vinculados ao INSS (contribuintes ou não) e os que não possuíam vínculo nenhum com a previdência social. Nas solicitações de serviços da rede prevaleceram até 2 vezes mais entre os pacientes vinculados à previdência social, enquanto os que não estavam vinculados representaram 27,2% das demandas.

Tabela 23 - Avaliação de associação entre atraso na alta e situação previdenciária dos pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Previdência	Não houve atraso	Houve atraso	Total (%)	RP	IC95%	p
Sem vínculo	26	24	50 (29,8)	0,84	0,58 - 1,23	>0,05
Com vínculo sem contribuição	49	35	84 (50,0)	0,94	0,69 - 1,30	>0,05
Vínculo INSS	21	13	34 (20,2)	Ref	-	-
Total (%)	96 (57,1)	72 (42,9)	168 (100)			

Fonte: elaborada pela autora

Quando analisada à questão previdenciária do paciente juntamente com os atrasos das altas hospitalares, notou-se que não existiu uma diferença significativa entre as categorias, variando em torno de 4% a diferença entre os pacientes que possuíam vínculo com o INSS, com os que possuíam vínculo mas não contribuíam com a previdência social, e os que não possuíam direito nenhum previdenciário – sem vínculo.

Tabela 24 - Análise da associação entre atraso na alta e renda considerando-se os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Renda	Não houve atraso	Houve atraso	Total (%)
Até 1 S.M	59	58	117 (69,6)
Acima de 1 S.M	37	14	51 (30,4)
Total (%)	96 (57,1)	72 (42,9)	168 (100)
RP	1,80		
95% CI	1,11 – 2292		
Valor de p	<0,05		

Fonte: elaborada pela autora

Os pacientes com renda acima de 1 salário mínimo demonstraram ter 1,8 vezes menos probabilidade de atrasos nas altas hospitalares. Como mostra a tabela 24 os atrasos nas altas hospitalares prevaleceram em paciente com renda de até um salário mínimo, demonstrando que a renda é uma das condicionantes que influenciam na desospitalização dos pacientes.

Tabela 25 - Análise da influência da DRS nos atrasos das altas hospitalares entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

DRS	Não Houve Atraso	Houve Atraso	Total (%)
DRS 13	67	51	118
Outras DRS e Estados	29	21	50
Total (%)	96 (57,1%)	72 (42,9%)	168 (100%)
Risco de prevalência	1,02		
RP	0,69 – 1,51		
IC95%	>0,05		

Fonte: elaborada pela autora

Percebeu-se que o risco de prevalência de atrasos nas altas hospitalares de pacientes pertencentes a DRS diferente da DRS 13, não foi significativa. A proporção de pacientes que permaneceram internados para além da alta médica entre as DRS variou em torno de 1% de diferença, enquanto entre os que não sofreram atrasos essa diferença variou 2%.

Tabela 26 - Análise da presença de atraso na alta, segundo as especialidades médicas de internação/cuidado, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Especialidade	Não houve atraso	Houve atraso	Total (%)
Dermatologia	5	0	5 (3,0)
Proctologia	12	4	16 (9,5)
Gastrocirurgia	3	3	6 (3,6)
Cirurgia Vascular	7	9	16 (9,5)
Oftalmologia	0	3	3 (1,8)
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0	9	9 (5,4)
Neurologia	11	2	13 (7,7)
Urologia	3	2	5 (3,0)
Moléstia Infecciosa	4	7	11 (6,5)
Nefrologia	0	1	1 (0,6)
Endocrinologia	2	2	4 (2,4)
Cardiologia	6	0	6 (3,6)
Geriatria	5	4	9 (5,4)
Clínica Médica	2	0	2 (1,2)
Nutrologia	1	2	3 (1,8)
Neurocirurgia	11	5	16 (9,5)
Cirurgia Plástica	0	2	2 (1,2)
Cirurgia Torácica	6	1	7 (4,2)
Imunologia	1	0	1 (0,6)
Oncologia	1	3	4 (2,4)
Ortopedia	16	13	29 (17,3)
Total (%)	96 (57,1)	72 (42,9)	168 (100)

Fonte: elaborada pela autora

A prevalência de atrasos das altas hospitalares relacionadas às especialidades clínicas e cirúrgicas que assistiram os pacientes foi aparentemente baixo. Por outro lado, todos os pacientes atendidos na cirurgia de cabeça e pescoço e oftalmologia tiveram atrasos; 75 % dos atendidos pela oncologia, e 63% dos atendidos pela moléstia infecciosa sofreram atrasos. As clínicas que obtiveram frações pequenas de atrasos foram as cirurgia torácica (14%) e neurologia (15%). Dermatologia, cardiologia, clínica médica e imunologia não sofreram atrasos nas altas hospitalares sob intervenção do assistente social. Todavia, uma parcela significativa dos pacientes atendidos pela neurologia (85%), proctologia (75%), e neurocirurgia (69%) não sofreram atrasos.

Ao analisar as demandas requeridas ao assistente social de acordo com a especialidade médica, foram 10 as solicitações de cuidados de alta complexidade pela neurocirurgia; 7 pela neurologia; e 5 pela cirurgia vascular. Já o suporte familiar concentrou-se na cirurgia vascular (4), cirurgia cabeça e pescoço (4) e moléstia infecciosa (4). Os pacientes da proctologia foram os que mais demandaram por tecnologias assistidas (9), seguido pela ortopedia (8). Das intervenções para institucionalização de pacientes, 33% foram requisitadas pela moléstia infecciosa e 57% dos pedidos de transferência foram realizados pela cirurgia vascular. A clínica imunológica foi a que menos requisitou atendimento do serviço social referente a serviços de tecnologia assistida. A cirurgia plástica foi a que apresentou menos demanda. Apenas duas solicitações, uma de transferência e outra de acesso a serviços da rede. Em contrapartida, a ortopedia foi a clínica que mais solicitou intervenção do assistente social.

Tabela 27 - Distribuição dos casos com atraso segundo a intervenção, entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Intervenção	Não houve atraso	Houve atraso	%
Institucionalização	3	6	5,4
Tecnologia assistida	17	8	14,9
Suporte familiar	13	19	19,0
Dieta	1	1	1,2
Adesão ao tratamento	1	4	3,0
Cuidados de alta complexidade	23	16	23,2
Transferência	4	3	4,2
Medicação	16	4	11,9
Serviços da rede	15	7	13,1
Viabilização de transporte	2	3	3,0
Discordância da alta	1	1	1,2
%	57,1	42,9	100

Fonte: elaborada pela autora

Com relação aos atrasos envolvendo as intervenções do assistente social, não foi apresentando um alto grau de significância do risco de prevalência do atraso. Contudo, 80% das solicitações de intervenções junto ao paciente para adesão ao tratamento obtiveram atrasos. Muito provavelmente porque a adesão ao tratamento requer a mobilização e articulação junto a vários serviços da rede assistencial e de atenção à saúde e suporte familiar. Das solicitações de acesso ao transporte a pacientes, 60% delas geraram atrasos. Os atrasos, no que diz respeito às solicitações de apoio e organização do suporte familiar, representaram 59%. Solicitações de medicamento, serviços da rede e tecnologia assistida, foram responsáveis nesta ordem por 20%, 32% e 32% dos atrasos nas altas hospitalares.

Tabela 28 - Análise da associação entre grau de dependência e atraso, considerando-se os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Grau de dependência	Não houve atraso	Houve atraso	Total
Independente e Dependente parcial	51	34	85
Grande dependente e Dependente total	45	38	83
Total (%)	96 (57,1)	72 (42,9)	
RP	1,14		
IC95%	0,80 – 1,62		
Valor de P	>0,05		

Fonte: elaborada pela autora

O risco de prevalência das altas hospitalares de pacientes que apresentaram grande e total dependência de terceiros sofrerem atrasos foi de 1,14 vezes maior quando comparado com os pacientes que eram independentes ou dependente parcialmente de terceiros. Isso demonstrou que o grau de dependência do paciente foi condição para que ele permanecesse internado após ter obtido alta médica, sendo importante o quanto antes a identificação do cuidador, visto que 41% dos pacientes tiveram sua internação prolongada em decorrência da ausência de um cuidador junto ao paciente para auxiliá-lo nos cuidados diários.

Tabela 29 - Análises univariadas entre Influência da mobilização de recursos, encaminhamentos e serviços nos atrasos das altas hospitalares entre julho/2018 e junho/2019

Atraso	Variável independente		Razão de prevalência (IC95%)	Valor de P
	Mobilização de Recursos	Encaminhamento		
Sim	110	4	1,6 (0,27 a 9,51)	>0,05
Não	53	1		
	Secretaria da Saúde		2,3 (0,37 a 14,3)	>0,05
Sim	108	6	1,2 (0,76 a 1,84)	>0,05
Não	53	1		
	UBS/PSF		1,2 (0,76 a 1,84)	>0,05
Sim	54	60	1,6 (1,00 a 2,45)	<0,05
Não	29	25		
	CAPS		1,6 (1,00 a 2,45)	<0,05
Sim	21	93	2,1 (0,92 a 4,85)	>0,05
Não	17	37		
	CRAS		2,1 (0,92 a 4,85)	>0,05
Sim	1	113	1,2 (0,72 a 2,07)	>0,05
Não	2	52		
	CREAS		1,2 (0,72 a 2,07)	>0,05
Sim	18	96	1,9 (0,90 a 4,06)	>0,05
Não	11	43		
	CREAS		1,9 (0,90 a 4,06)	>0,05
Sim	2	112		
Não	3	51		

Continua

Continuação

		ILPIS		2,8 (1,94 a 4,08)	<0,05
Sim	4		110		
Não	13		41		
		MP		2,4 (1,31 a 4,43)	<0,05
Sim	1		113		
Não	3		51		
		INSS		0,9 (0,50 a 1,78)	>0,05
Sim	18		96		
Não	8		46		
		ONG		1,2 (0,46 a 2,96)	>0,05
Sim	5		109		
Não	3		51		
		PROAD		0,5 (0,04 a 6,47)	>0,05
Sim	2		112		
Não	0		54		
		LAP		2,1 (1,37 a 3,15)	<0,05
Sim	17		97		
Não	20		34		

Fonte: elaborada pela autora

Ao analisar a influência das mobilizações de recursos, serviços e encaminhamentos, percebeu-se que a razão de prevalência de ocorrer atrasos nas altas hospitalares quando não se realizaram as mobilizações de recursos foi de 1,62, podendo o risco das altas atrasarem, variar em 0,27 a 9,51 vezes ($p>0,05$). Quando os encaminhamentos não foram realizados a razão de prevalência de ocorrer atrasos foi de 2,32 podendo o risco variar de 0,37 a 14 vezes mais ($p>0,05$). Os serviços que mais necessitaram articulação do assistente social para evitar que as altas sofressem atrasos foram: as ILPIS com razão de prevalência de atrasos de 2,81, podendo variar entre 1,19 a 4 vezes ($p<0,05$); as solicitações junto ao Ministério Público, cuja razão de prevalência de ocorrer atraso foi de 2,1, variando entre 1,3 a 4,4 vezes o risco; e os serviços prestados pela Liga de Assistência aos Pacientes – LAP, que apresentaram razão de prevalência de 2,08, podendo a prevalência do atraso das altas variar entre 1,3 a 3,15 vezes mais.

As articulações com os serviços prestados por Organizações Não Governamentais - ONGs, INSS, e Processo Administrativo de Medicamentos – PROAD, obtiveram respectivamente razão de prevalência de ocorrer atrasos de 1,17; 0,94; e 0,51, apresentando baixo risco de influência no atraso das altas hospitalares.

Tabela 30 - Análises univariadas entre solicitação de tecnologias assistidas x atraso nas altas hospitalares entre julho/2018 e junho/2019

Atraso	Variável independente		Razão de prevalência (IC95%)	Valor de p
	Medicamento não Padronizados			
	Sim	Não		
Sim	20	94	1,3 (0,79 a 2,12)	>0,05
Não	13	41		
	Medicamento Padronizados ou de Alto Custo		1,2 (0,74 a 1,90)	>0,05
Sim	28	86		
Não	16	38		
	Insumos		1,4 (0,88 a 2,14)	>0,05
Sim	32	82		
Não	21	33		
	Colostomia		0,6 (0,27 a 1,62)	>0,05
Sim	14	100		
Não	4	50		
	Fralda		1,8 (1,10 a 2,89)	<0,05
Sim	10	104		
Não	11	43		
	Equipo/frasco		1,9 (1,18 a 3,02)	>0,05
Sim	9	105		
Não	11	43		
	Meia Elástica		0,5 (0,04 a 6,47)	>0,05
Sim	2	112		
Não	0	54		
	Variável independente			
	Medicamento não Padronizados			
	Sim	Não		
	Descartáveis		0,7 (0,06 a 8,58)	>0,05
Sim	1	113		
Não	0	54		
	Suplemento Alimentar		2,12 (1,45 a 3,32)	>0,05
Sim	11	103		
Não	16	38		
	Cadeira de Rodas		1,1 (0,65 a 1,80)	>0,05
Sim	25	89		
Não	13	41		
	Cadeira de Banho		1,1 (0,57 a 2,09)	>0,05
Sim	13	101		
Não	7	47		
	Bengala		1,5 (0,38 a 6,37)	>0,05
Sim	1	113		
Não	1	53		
	Andador		1,2 (0,57 a 2,79)	>0,05
Sim	6	108		
Não	4	50		
	Cama		1,6 (0,77 a 3,32)	>0,05
Sim	4	110		
Não	4	50		

Continua

				Continuação
	Colchão		3,1 (2,52 a 3,93)	<0,05
Sim	0	114		
Não	1	53		
	Muletas		2,1 (0,92 a 4,85)	>0,05
Sim	1	113		
Não	2	52		
	Equipamento de Higiene Brônquica		2,1 (1,26 a 3,39)	<0,05
Sim	5	109		
Não	8	46		
	Suplementação de Oxigênio		1,6 (0,95 a 2,85)	>0,05
Sim	8	106		
Não	8	46		
	Ventilação Mecânica		1,6 (0,83 a 3,12)	>0,05
Sim	5	109		
Não	5	49		

Fonte: elaborada pela autora

Ao trabalhar no acesso aos serviços correspondentes à tecnologia assistida aos pacientes, os que apresentaram razão de prevalência (RP) maior em influenciar nos atrasos das altas hospitalares foram: o colchão hospitalar (RP = 3,15; IC95%: 1,25 a 3,9), podendo variar o risco de atraso entre 1,25 a 3,9 vezes; suplemento alimentar (RP = 2,19; IC95%: 1,14 a 3,3); e equipamentos de higiene brônquica (RP = 2,1; IC95%: 1,26 a 3,39). As solicitações de meia elástica, bolsa de colostomia, e descartáveis tiveram menos risco de prevalência de ocorrer atrasos, sendo representado pelas RP de 0,5; 0,6; e 0,7. Esses dados podem ser explicados pelo fato da meia elástica não ser um produto que influencia na alta hospitalar dos pacientes. Já a bolsa de colostomia foi de grande relevância ao paciente quando ele deixou o hospital, no entanto como existe um programa à nível federal – Programa de Ostomizados – os pacientes não obtiveram dificuldades no acesso aos serviços.

Tabela 31 - Distribuição da ocorrência de atraso X período de solicitação da intervenção do Serviço Social entre os pacientes selecionados no período de julho/2018 a junho/2019

Período	Não houve atraso	Houve atraso	Total (%)	RP (IC95%)	p
No decorrer da internação	53	50	103 (61,3%)	Referência	-
Até 3 dias antes da alta médica	15	5	20 (11,9%)	1,46 (1,06 - 2,0)	<0,05
Data da internação	6	3	9 (5,4%)	1,3 (0,8 - 2,1)	>0,05
Um dia antes da alta médica	10	3	13 (7,7%)	1,5 (1,03 - 2,1)	<0,05
No dia da alta médica	12	11	23 (13,7%)	1,0 (0,66 - 1,5)	>0,05
Total (%)	96 (57,1%)	72 (42,9%)	168 (100)		

Fonte: elaborada pela autora

Percebeu-se que a menor prevalência de ocorrer atrasos a depender de quando o assistente social foi acionado para atendimento junto ao paciente/família se mostrou significativa quando o profissional foi acionado de 1 dia até 3 dias antes da alta hospitalar com $RP=1,5$ (IC95%: 1,03-2,1) e $RP=1,46$ (IC95%: 1,06-2,0), respectivamente ($p<0,05$). Os atrasos decorrentes das solicitações feitas no decorrer da internação e no dia da alta médica, mostraram-se equiparados às altas que não ocorreram atrasos.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 - Considerações finais

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário de nível terciário, o qual desenvolve um conjunto de terapias e procedimentos elevados, envolvendo diversas especialidades e profissionais, com alto grau de densidade tecnológica. Os dados apresentados na pesquisa solidificam que a falta de garantia de acesso aos serviços essenciais e cuidados de que os pacientes necessitam para dar continuidade ao tratamento após alta hospitalar impõe atrasos na desospitalização dos pacientes. O tempo médio de internação dos pacientes envolvidos no estudo foi de 29,5 dias, e os atrasos na efetivação da alta hospitalar corresponderam em média a 4 dias, e 4 dias também foi o tempo médio necessário para que o assistente social respondesse às demandas apresentadas pelos pacientes para a efetivação da alta hospitalar.

Os fatores preditores de atraso nas altas hospitalares, relacionados com as demandas apresentadas pelos pacientes ao profissional de Serviço Social, foram os cuidados de alta complexidade, suporte familiar, serviços da rede, tecnologia assistida, acesso à medicação, dieta enteral, institucionalização, viabilização de transporte, transferência hospitalar, discordância da alta e adesão ao tratamento. Uma outra questão que interferiu no processo da alta hospitalar foi a interlocução entre a equipe multiprofissional, tendo sido verificado que a interação profissional contribuiu significativamente para a diminuição dos atrasos das altas hospitalares.

No estudo foi evidenciado que as condições de vida e saúde dos pacientes são agravadas em virtude do contexto social que os cercam, o qual é permeado de desigualdades e iniquidades, fruto da questão social existente em nossa sociedade, expressa nos problemas sociais apresentados no momento da alta hospitalar. É nesse momento que as necessidades sociais dos usuários dos serviços da saúde (pacientes) ganham visibilidade, necessitando da intervenção do assistente social no enfrentamento dos problemas sociais, o qual em meio aos limites e possibilidades do fazer profissional, apropria-se de atributos teóricos metodológicos, técnicas e instrumentos, que contribuem para a recuperação e proteção social do paciente. Nessa direção, além do paciente ter alta médica, estar bem clinicamente para deixar o hospital – ter efetivada a alta hospitalar, precisa aguardar a alta social, ou seja, ter direcionamentos e respostas concretas ao acesso a serviços e benefícios que visem sua proteção integral e a efetivação dos direitos sociais.

Apesar da relevância do trabalho do assistente social, o termo alta social precisa ainda ser mais discutido entre os profissionais da área da saúde, pois o trabalho do assistente social é visto por outros profissionais de maneira restrita, imediatista e fragmentado. São raras as situações em que o assistente social inicia suas intervenções junto ao paciente e sua família no início da internação com o intuito de realizar o acolhimento social – conhecer a realidade social a qual o paciente está inserido, sem uma demanda aparente. A falta de interlocução entre a equipe multiprofissional e a rede de serviços essenciais, implicam em barreiras na ampliação de acesso aos serviços, e diminuem as possibilidades de diálogos e troca de saberes.

Para tanto, faz-se necessário estimular discussões entre a equipe multiprofissional e a rede de serviços essenciais que possibilitem dar visibilidades às iniquidades vivenciadas pelos usuários do SUS, a fim de que o trabalho se torne mais coletivo, avançando na troca de saberes e na construção da interdisciplinaridade, rompendo com a dicotomia de problema de saúde versus problema social, e assim o paciente possa ser compreendido em sua integralidade, englobando o conceito de saúde ampliada pelos atores sociais das políticas públicas.

Espera-se que os resultados contidos neste estudo possam servir de subsídios para os profissionais que atuam na área da saúde, onde possa ser compreendido o papel estratégico do assistente social, sua intencionalidade, seus limites e possibilidades diante das tensões que permeiam as relações sociais dentro de uma instituição hospitalar. Conhecendo as iniquidades a que os usuários da saúde estão expostos, e os fatores que interferem na efetivação da alta médica e alta social no mesmo dia, é possível junto com a equipe multiprofissional aplicar estratégias que contribuam no planejamento da alta hospitalar e no tempo de internação dos pacientes, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes por meio da garantia de acesso aos serviços que garantam sua proteção integral e ampliação da cidadania.

REFERÊNCIAS

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de junho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993a.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993b.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.** Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira das ocupações.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-BRASILEIRA-DE-OCUPA%C3%87%C3%95ES-MEC.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019. Brasília, DF: Senado Federal, 2020. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020.

CAREY, M. R.; SHETH, H.; BRAITHWAITE, S. A prospective study of reasons for prolonged hospitalizations on a general medicine teaching service. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 108-115, 2005.

CASTRO, W. S. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 239-264, abr.-jun. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282014000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 28 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 62, p.35-72, mar. 2000.

DRISCOLL, A. Managing post-discharge care at home: analysis of patients and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 31, n. 5, p. 1165-1173, 2000.

FRAGAS, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GALEÃO-SILVA, L. G. **Adesão ao fascismo e preconceitos contra negros: um estudo com universitários na cidade de São Paulo**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUIMARÃES, E. M. P.; SPAGNOL, C. A.; FERREIRA, E.; SALVIANO, M. E. Utilização do plano de cuidados como estratégia de assistência de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 8, n. 2, p. 49-58, 2002.

IBGE: Brasil tem mais pessoas casadas que solteiras. **Exame**, 10 out. 2010. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/ibge-brasil-tem-mais-pessoas-casadas-solteiras-594536/>. Acesso em: 28 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desemprego**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 16 maio 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA E ENSINO MÉDICO (IPEMED). **Número de idosos cresce 18% no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://ipemed.com.br/numero-de-idosos-cresce-18-no-brasil/>. Acesso em: 27 maio 2020.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. Brasília, DF: CFESS, 2002. p. 33-74.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS, 2009. p. 15-50.

KALCKMANN, S. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/14.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

LEAL, R. A. S.; XAVIER, A. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde hospital**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

MAIA NETO, J. F. Objetivos do Hospital. In: MAIA NETO, J. F. **Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde**. São Paulo: Editora Rx, 2005. p. 26.

MARQUES, C. M. A. **Mudança organizacional em contexto hospitalar: um projeto de planejamento de altas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Comportamento Organizacional e Gestão) - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/643>. Acesso em: 24 ago. 2017.

MARTINELLI, M. L. Uma abordagem socioeducacional. In: MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. (org.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 139-151.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS, 2009. p. 51-68.

NOGUEIRA, C. S. F. **Instrumento CADEM adaptado**: subsídio para o autocuidado de pacientes cirúrgicos por câncer de cabeça e pescoço pela enfermagem. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência IBGE**, 26 abr. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 02 abr. 2020.

RAMOS, S. A. **Influência do planejamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente**. 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão em Unidade de Saúde) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6631>. Acesso em: 24 ago. 2017.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, F. A.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1024, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022. Acesso em: 28 fev. 2020.

ROCHA, G. **Estudo da ONU aponta que o tamanho das famílias no Brasil está abaixo da média mundial**. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/10/17/estudo-da-onu-aponta-que-tamanho-das-familias-no-brasil-esta-abaixo-da-media-mundial.ghtml>. Acesso em: 02 abr. 2020.

RUIZ, G. **Quem usa o sistema de saúde?** 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/04/quem-usa-o-sistema-unico-de-saude-2/>. Acesso em: 28 fev. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Manual de normatização do TFD - Tratamento Fora do Domicílio do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2009.

SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2014.

SILVA, S. A.; VALACIO, R. A.; BOTELHO, F. C.; AMARAL, C. F. S. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2014, v. 48, n. 2, p. 314-321, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en_0034-8910-rsp-48-2-0314.pdf. Acesso em: 21 set. 2017.

SIQUEIRA, M. J. T. Sobre o trabalho das mulheres: contribuições segundo uma analítica de gênero. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 11-30, jun. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572002000100002. Acesso em: 20 abr. 2020.

TAXA de analfabetismo no Brasil em 2018. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 19 jun. 2019. Disponível em: <https://infograficos.gazetadopovo.com.br/educacao/analfabetismo-no-brasil-em-2018/>. Acesso em: 16 maio 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Relatório de Atividades 2016**. 2017. Disponível em: https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2017/09/RelatoriodeAtividades_HCRP-2016.pdf. Acesso em: 06 abr. 2018.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Glossary of terms of community health care and services for older persons**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf. Acesso em: 26 set. 2017.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social e o movimento histórico da sociedade brasileira. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRESS-SP). **Legislação Brasileira para o Serviço Social**: coletânea de leis, decretos e regulamentos para a instrumentação do assistente social. 3. ed. São Paulo: CRESS-SP, 2008. p.17-36.

ANEXOS

Anexos

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 05 de julho de 2018.

Ofício nº 1727/2018
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 8082/2018

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado "**ANÁLISE DOS FATORES PREDITORES DE RETARDO EM ALTA HOSPITALAR SOB INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**", foi analisado "AD REFERENDUM" pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 468/2012 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.
Atenciosamente,

DRA. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO HCRP E DA FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
RENATA CHEYENNE DOS SANTOS BELARMINO
ORIENTADOR: PROF. DR. ALTACILIO APARECIDO NUNES
Depto. de Assistência à Saúde

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário - Monte Alegre
14048-900 - Ribeirão Preto - SP
Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
PWA-00002700, IRB-00022188 e Registro CE/CONEP nº 5440
(01512862 2727) e-mail: cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

Instrumental para Coleta de Dados dos Pacientes seguidos pelo Serviço Social para Desospitalização

Data: __/__/__

1. Perfil do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Data de Nascimento: _____ sexo: _____ estado civil: _____

Raça ou cor: _____ Número de filhos: _____

Grau de escolaridade

☐ Sem instrução ☐ Fundamental incompleto☐ Fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto☐ Ensino Médio completo ☐ Superior completo

Procedência: _____

2. Situação Econômica

Profissão: _____

Ocupação: _____

Renda

☐ sem renda ☐ inferior a um salário mínimo ☐ 1 salário mínimo☐ 2 à 3 SM ☐ 4 à 5 SM ☐ acima de 5 SM

Questão Previdenciária

☐ mantém vínculo com o INSS ☐ sem vínculo com o INSS☐ mantém vínculo com o INSS porém sem contribuição**3. Situação Clínica**

Especialidade: _____

Tempo de internação: _____

4. Identificação do cuidador☐ familiar ☐ não familiar ☐ institucionalizado ☐ sem cuidador

Grau de parentesco/afinidade: _____

5. Grau de dependência: ** de acordo com a escala de CADEM☐ independente ☐ parcialmente dependente☐ grande dependente ☐ totalmente dependente**6. Intervenção do Serviço Social na Desospitalização**Solicitado por: ☐ médico ☐ enfermagem☐ familiar ☐ busca ativa

() Outros _____

Quando: () data da internação () no decorrer na internação

() até três dias antes da alta médica () um dia antes da alta médica

() no dia da alta médica

Profissionais envolvidos na alta: _____

Motivo da intervenção: _____

Qual o tempo de retardo da desospitalização: _____

Tempo de resolução social

() um dia () até três dias () 4 a 6 dias () 7 a 9 dias () 10 a 14 dias () + de 15 dias
() + de 1 mês

Número de atendimentos/intervenções realizadas

() até 2 atendimentos/intervenções () de 3 a 5 atendimentos/intervenções
() de 6 a 8 atendimentos/intervenções () mais de 8 atendimentos/intervenções

7. Articulação familiar e/ou rede setorial

() mobilização de recursos da rede _____
() encaminhamentos _____
() articulação com a família _____
() outros _____

8. Produtos e Equipamentos necessários para a efetivação da desospitalização

() Medicamentos não padronizados () Medicamentos padronizados ou de alto-custo
() Insumos _____
() Suplemento Alimentar _____
() Dispositivos de locomoção _____
() Equipamentos de higiene brônquica _____
() Suplementação de O² (Oxigênio) _____
() Ventilação Mecânica _____

9. Destino do paciente:

() retorno ao próprio domicílio () ao domicílio de terceiros
() transferência hospitalar () institucionalização

10. Alta Social

De acordo com o Procedimento Operacional do HCFMRP-CAMPUS a alta social é definida como sendo aquela em que há intervenção do Serviço Social devido os pacientes/famíliares apresentarem comprometimentos sociais, econômicos e/ou familiar. Assim, essa alta caracteriza-se como alta social?

() sim () não

Escala de CADEM

C (Comunicação)	A (Atividades diárias)	D (Deambulação)	E (Eliminações)	M (Mobilidade)
Capacidade de enviar e receber mensagens	Capacidade para realizar atividades para manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequada.	Capacidade para locomover-se e um local para o outro.	Capacidade para urinar ou defecar voluntariamente e em lugar apropriado, ou continência urinária e fecal	Capacidade de manter o tônus muscular e posicionamento corporal adequado
1- Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece a ordens de relativa complexidade e é capaz de abstrações	1- Pode banhar-se, escovar os dentes, ir ao banheiro, alimentar-se e ingerir líquidos sozinho.	1- Deambula sozinho sem apresentar problemas.	1- Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro.	1- Pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se e sentar na cadeira de forma independente
2- Não se comunica verbalmente devido a algum aparato (tubo endotraqueal, etc) ou déficit (laringectomia, ou outro), porém comunica-se por gestos (movimentos com a cabeça, mão, mímica facial, etc).	2- Tem capacidade para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e alimentar-se, mas precisa de ajuda, como por exemplo, para colocar o sapato, cortar carne, escovar os dentes. Ou necessita de ajuda em função de algum curativo ou procedimento terapêutico	2- Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos (devido à artrite, envelhecimento, sequelas de AVC, etc), e necessita de observação, ou algum auxílio devido a aparatos terapêuticos como soros, etc.	2- Continência urinária e fecal, faz uso de comadre e/ou papagaio.	2- Continência urinária e fecal, faz uso de comadre e/ou papagaio.
3- Comunica-se verbalmente, mas confuso.	3- Necessidade de alguma ajuda (devido à fraqueza, idade ou aparatos terapêuticos) para ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se.	3- Necessita de apoio para deambular. Usa aparatos: muletas, andador ou outros.	3- Usa dispositivos: CVD, colostomia, etc.	3- Necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se na cadeira. Colchão especial é aconselhável

4- Comunica-se verbalmente de forma pouco compreensível (disartria), às vezes incompreensíveis, ou incoerentes. Demonstra não compreender perguntas ou solicitações.	4- Necessita ser transportado para o chuveiro, auxílio para lavar-se, vestir-se e alimentar-se.	4- Paciente com restrição no leito devido patologia (IAM/TVP). Ou necessita ser conduzido em cadeira de rodas, maca ou outro aparato.	4- Apresenta perda ocasionais de fezes e/ou urina.	4- Necessita de ajuda (Hemiparesia, sequelas neurológicas, queda do estado geral, etc). Quando colocado sentado fora do leito não mantém o equilíbrio e necessita de apoio e observação. Ou, devido à confusão mental, ou agitação psicomotora, necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade, necessitando de trocas frequentes. Colchão especial é recomendável, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.
5- Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.	5- não tem condições de banho no chuveiro e necessita de auxílio para ser banhado no leito. Não deglute e necessita de sonda para alimentação. Ou necessita ser alimentado na boca, pausadamente.	5- Não deambula.	5- Apresenta perdas frequentes ou incontinência urinária e fecal.	5- Necessita de ajuda total para movimentarse. Colchão especial é extremamente importante para diminuir a pressão, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção

Fonte: Nogueira (2017)

NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	TOTAL DE PONTOS	DEFINIÇÃO
I – INDEPENDENTE	5	Independente para o AC.
II – PARCIALMENTE DEPENDENTE	6-10	Hábil para o AC, porém necessita de apoio e pequena ajuda.
III – GRANDE DEPENDENTE	11-17	Necessita de ajuda moderada, a grande para alcançar o AC.
IV – TOTALMENTE DEPENDENTE	18-25	Totalmente dependente de ajuda.

Fonte: Nogueira (2017)