

DOI: 10.29327/2185320.2.1-3

Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 34-54, janeiro-junho, 2022 - ISSN 2675-6919

Entre paredes e redes: o processo de alta hospitalar de pacientes críticos sob a ótica do/a assistente social

Deise de Brito da Silva¹, Marisa Basegio Carretta Diniz²

1 Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: britodeise59@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3843-9812>

2 Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: marisa.diniz@hcpf.com.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8527-5545>

Resumo

Este estudo tem o **objetivo** de compreender o processo de alta hospitalar de pacientes críticos sob a ótica do assistente social. Possui abordagem qualitativa, com uso do **método** dialético crítico. Ocorreu através da aplicação de uma entrevista semiestruturada entre os meses de maio a agosto de 2020, no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com familiares de pacientes críticos. Como **resultados**, os dados apontaram que a família é o lócus do cuidado, sendo apresentado pelos familiares lacunas neste processo, assim como fragilidades de promoção de cuidados aos pacientes tanto no âmbito hospitalar, como no domicílio, as quais são interpretadas como determinantes sociais no processo saúde-doença. Tem como **conclusão** elementos importantes para a compreensão do processo de alta hospitalar, buscando o aprimoramento da socialização, da transição e continuidade de cuidados à rede de proteção social e sobretudo a contextualização da alta hospitalar responsável.

Descritores: Serviço social; Alta do paciente; Família

Como citar este artigo /

How to cite item:

clique aqui / click here

Endereço correspondente / Correspondence
address

Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Rua
Tiradentes, 295 - Passo Fundo/RS - Brasil.
CEP 99010-260

Between walls and networks: the hospital discharge process of critical patients from perspective of the social assistant

Abstract

This study **aims** to understand the discharge process of critical patients from the perspective of the social worker. Has a qualitative approach, using the critical dialectical **method**. Occur through a semi-structured interview with family members of critically ill patients, happened between May and August of 2020, at Hospital das Clínicas in Passo Fundo. As **results**, the data shows the family as the place of care, but some of the family members cited gaps in this process, like the fragilities of promotion of patient care, both in the hospital and at home, which are interpreted as social determinants in the health-disease-process. Has as **conclusion** important elements to understanding about hospital discharge process, seeking to improve socialization, transition and continuity of care to the social protection network and, above all, the contextualization of responsible hospital discharge.

Descriptors: Social service; Patient discharge; Family

Entre paredes y redes: el proceso de alta hospitalaria de pacientes críticos bajo la óptica del/la asistente social

Resumen

Este estudio tiene el **objetivo** de comprender el proceso de alta hospitalaria de pacientes críticos bajo la óptica del asistente social. Posee abordaje cualitativo, con uso del **método** dialéctico crítico. Ocurrió a través de una entrevista semiestructurada entre los meses de mayo a agosto de 2020, en el Hospital de Clínicas de Passo Fundo, con familiares de pacientes críticos. Como **resultados**, los datos señalaron que la familia es el lugar del cuidado, siendo presentado por los familiares lagunas en este proceso, así como las debilidades de promoción de cuidados a los pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio, las cuales son interpretadas como determinantes y condicionantes sociales en el proceso salud-enfermedad. Tiene como **conclusión** elementos importantes para la comprensión del proceso de alta hospitalaria, buscando el perfeccionamiento de la socialización, de la transición y continuidad de cuidados a la red de protección social y sobre todo la contextualización de la alta hospitalaria responsable.

Descriptores: Servicio social; Alta del paciente; Familia

Introdução

Os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem são marcados por realidades de diferentes indivíduos, contextos sociais que se cruzam, abarcados de sentimentos, começos, recomeços, acessos e retrocessos. Neste caminho deparamo-nos com usuários/as inseridos na política de saúde, os quais procuram os hospitais carregando não apenas uma patologia, mas uma bagagem com sua identidade pessoal, cultural e social. O Serviço Social inserido no âmbito hospitalar, deve compreender a realidade dos usuários que chegam e permanecem nos hospitais, buscando em sua prática profissional, ver o indivíduo de forma biopsicossocial.

Nesse sentido, acompanhar usuários/as com grau de criticidade em hospitais de alta complexidade, vai além da condição da cura de uma doença, mas sim da leitura de realidade do processo saúde-doença, carregado de trocas, vínculos, conflitos, acessos e retrocessos. Esses pacientes permanecem hospitalizados por um longo período, buscando nos familiares a (re)organização nos cuidados durante a hospitalização e posterior à alta hospitalar.

O impacto emocional da família para auxiliar o paciente crítico, inicia-se desde a hospitalização, prosseguindo no âmbito domiciliar. No que se refere às vivências dos familiares cuidadores frente à situação de hospitalização, são evidentes as mudanças que ocorrem e transformam o cotidiano familiar; envolvendo alterações emocionais de todos os participantes do processo.¹

Desta forma, para que a família possa desenvolver o cuidado, ela mesma necessita de cuidado e suporte por meio do acesso aos serviços, garantidos mediante políticas sociais. Esse suporte ocorre quando existe planejamento e preparo de alta hospitalar, processo que requer organização da equipe multiprofissional de saúde, de forma a viabilizar ao paciente e sua família o acesso aos serviços necessários para a continuidade do cuidado.

O Serviço Social, como parte integrante da equipe multiprofissional, realiza uma série de intervenções durante a hospitalização de pacientes críticos, desde a avaliação social inicial, conhecendo o contexto social do paciente e sua rede de apoio, deparando-se com realidades distintas.

Para um processo de cuidado integral, faz-se preciso trabalhar em equipe, para que a referência e a contrarreferência se efetivem e o profissional não se sinta responsável por dar respostas a todas as necessidades e demandas em saúde apresentadas.²

Durante o acompanhamento social, o profissional identifica realidades complexas que exigem um olhar crítico e humanizado e um acompanhamento que possibilite ao paciente e sua rede de apoio, o acesso à rede de proteção social e à viabilização de direitos.

Por entre paredes e redes, há um diagnóstico, causando mudanças, dores e perdas. É acerca desse processo que objetiva-se refletir aqui, afinal, não trata-se apenas da progressão ou regressão do quadro clínico, mas do acesso aos bens e serviços necessários para a recuperação e continuidade dos cuidados posteriores à alta hospitalar.

Desse modo, no decorrer deste estudo, os leitores irão visualizar a realidade de familiares que acompanharam pacientes críticos durante o período de hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), na transição para a unidade de internação e no momento da alta, buscando compreender as possíveis lacunas do processo saúde-doença e da alta hospitalar.

Conforme o acima exposto, buscou-se compreender o processo de alta hospitalar de pacientes críticos sob a ótica do assistente social, assim como avaliar qualitativamente o desenvolvimento da socialização na alta hospitalar, na transição e continuidade de cuidados à rede de proteção social e sobretudo a contextualização da alta hospitalar responsável.

Método

Essa pesquisa visa acompanhar a atuação do Serviço Social no planejamento e preparo de alta segura de pacientes críticos, a fim de compreender como o Serviço Social se insere no processo de alta hospitalar em um hospital de grande porte do norte do estado do Rio Grande do Sul. Portanto, para abordar sobre o tema, pretende-se possibilitar uma análise crítica a partir da coleta de dados. O estudo respeitou a legislação 466/2012, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Universidade de Passo Fundo, sob parecer 3.996.774,

CAAE 29841720.6.0000.5342 e pelo escritório de Ensino e Pesquisa Acadêmica do Hospital de Clínicas de Passo Fundo.

Esse artigo se apresenta enquanto estudo qualitativo, visto que, a temática abordada nele precisa ser mais explorada, pois o método qualitativo tem em sua capacidade emergir novos aspectos e aprofundar com maior amplitude tal assunto, com intenção de descobrir novos significados. A abordagem qualitativa penetra no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados.³

O método escolhido para trabalhar com essa pesquisa, foi o dialético crítico, como é denominado pelos estudos de Karl Marx. O autor, em suas teses, traça as bases principais do que se constituiu o corpo teórico do denominado marxismo, apresentando, portanto, o materialismo dialético, concebido como base filosófica do marxismo.

[...] o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também antiga concepção na evolução das ideias, baseia-se numa interpretação dialética do mundo. Ambas as raízes do pensar humano se unem para constituir, no materialismo dialético, uma concepção científica da realidade, enriquecida com a prática social da humanidade.⁴

Com vistas ao método dialético crítico, o planejamento, a execução e a avaliação dessa pesquisa traçaram a concepção de homem e de mundo, entendida essa pela totalidade, que se propõe analisar o contexto histórico, as determinações socioeconômicas, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais. Conforme o procedimento, a pesquisa foi de campo, considerando a observação, identificação e coleta de informações sobre o objeto de estudo no contexto original do processo.

Posto isto, em decorrência da complexidade no momento da alta hospitalar destes pacientes, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013, preconiza em seu art. 16 a alta hospitalar responsável, entendida como

transferência do cuidado. Considerando a alta hospitalar responsável por meio da orientação aos pacientes e seus familiares, articulação da continuidade do cuidado a Rede de Atenção à Saúde e implantação de mecanismos de desospitalização.⁵

Conforme a Portaria N° 2.338, de 03 de outubro de 2011, paciente crítico é considerado:

§ 1º Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.⁶

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, sendo selecionados dez pacientes críticos, que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) e que, posteriormente, deram alta para unidades de internação, considerados pacientes pós-UTI.

A entrevista ocorreu com os familiares desses pacientes, em virtude dos/as pacientes estarem impossibilitados de responder o questionário, entre os meses de maio a agosto de 2020, sendo realizado em momento que ocorria a transição do paciente da UTI-A para a unidade de internação, este momento aconteceu em uma sala individual, respeitando o sigilo profissional, proporcionando ambiência e acolhimento nas entrevistas. Conforme o Código de Ética da/o assistente social em seu Capítulo 5, Art. 16: "O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional".⁷

Enquanto critérios de inclusão, foram selecionados usuários/as vinculados no Sistema Único de Saúde (SUS), que foram acompanhados pelo Serviço Social desde o início de sua internação na UTI-A, na transição para a unidade de internação e em sua alta hospitalar.

Objetivou-se neste estudo, compreender o processo de alta hospitalar de pacientes críticos sob a ótica do/a assistente social. Haja vista a compreensão dos determinantes sociais, do estabelecimento das relações intrafamiliares e a sua dinâmica de sustentação e amparo aos pacientes, do funcionamento no acesso à rede de atenção à saúde para o paciente e sua família posterior à alta hospitalar, identificando possíveis potencialidades e fragilidades de promoção de cuidados aos pacientes no domicílio.

Para fins de caracterização dos sujeitos de pesquisa, neste estudo será utilizado o termo 'usuário/a', terminologia que está de acordo com a Lei 8.662, de 07 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

A categorização dos dados levantados, alcançou um perfil epidemiológico, descrito a seguir, que somente foi possível em decorrência do vínculo estabelecido entre o pesquisador e o usuário entrevistado, conforme segue.

Resultados e Discussão

Perfil epidemiológico desvelado pelo Serviço Social

A atuação do Serviço Social no planejamento e preparo de alta responsável de pacientes críticos é um procedimento que denota uma gama de desafios. A alta hospitalar se configura como um processo no qual os usuários dos serviços de saúde saem de um ponto e são recebidos em outro da rede de atenção.

(...) a alta é um processo cuja preparação ocorre desde a admissão até a saída do hospital. É um momento em que o usuário e sua família estão repletos de preocupações como o cuidado no ambiente doméstico, aspectos financeiros, frustrações e expectativas com o prognóstico, continuidade dos atendimentos e os desafios físicos e psíquicos decorrentes da internação, entre outros. É nesse momento de tensão, tanto da equipe quanto da família que as orientações podem não ser compreendidas de forma efetiva, resultando em

dificuldades para acesso aos bens e serviços pós alta, como para a manutenção do cuidado.⁸

Para o Serviço Social, por atuar diretamente com as expressões da questão social, esse processo de alta deve ser compreendido em sua totalidade, visualizando as entrelinhas no momento e após a alta hospitalar.

Assim, no decorrer do acompanhamento do Serviço Social com os pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva, na transição para unidade de internação e no momento de sua alta hospitalar, a profissional estabeleceu a comunicação e interação constantemente, criando vínculos com os/as usuários/as, facilitando a realização da entrevista.

O mundo da vida pautado em valores intersubjetivamente compartilhados entre os profissionais de saúde e os usuários pressupõe 'o investimento na aproximação da linguagem entre os sujeitos' (grifo do pesquisador), para que ocorra sua efetiva participação na tomada de decisão sobre as necessidades de saúde e seus enfrentamentos, por meio da interação intersubjetiva que possibilita compreensão da complexidade do cuidado.⁹

Dos 10 (dez) familiares que responderam o questionário, todos/as têm grau de parentesco consanguíneo com os pacientes, sendo os respondentes 70% (setenta por cento) de gênero feminino e 30% (trinta por cento) de gênero masculino.

No entanto, algumas tensões permanecem e a mulher, apesar de conquistar novos espaços fora do âmbito do privado, continua, muito acentuadamente, se responsabilizando e sendo responsabilizada pelos cuidados. O que a literatura mostra e o campo confirma é que ou a mulher acumula as responsabilidades tendo que dar conta de uma dupla ou até tripla jornada de trabalho, ou conta com o apoio de outras mulheres, que fazem parte da família extensa ou que são remuneradas para realizar as atividades as quais ela não dá conta.¹⁰

Desses familiares 4 (quatro) residem no município de Passo Fundo/RS, no mesmo município do hospital local e 6 (seis) habitam outros municípios da região, sendo que destes 70% (setenta por cento) residem na zona urbana e 30% (trinta por cento) na zona rural.

Referente à escolaridade dos familiares, as respostas foram variadas, 60% (sessenta por cento) possuem ensino médio completo, 40% (quarenta por cento) apresentaram respostas diversas como ensino fundamental, ensino médio incompleto, técnico e pós-graduação.

Enquanto análise quantitativa, dos 10 (dez) familiares entrevistados, 70% (setenta por cento) responderam existir dificuldades socioeconômicas enfrentadas no cotidiano e 30% (trinta por cento) que não existiam.

Trata-se portanto, de uma concepção ampla na qual tanto incluímos os trabalhadores, cujo trabalho não é suficiente para garantir seu próprio sustento e o de sua família, como os desempregados e grupos sem condições de obtenção dos meios para subsidiar. Temos aí uma imensa parcela da população, com grande diversidade de características e interesses, que vive imersa na *esfera da necessidade*, esfera marcada pela pertinência às classes subalternas e que transforma a vida cotidiana, sobretudo, na luta pela sobrevivência.¹¹

Ademais, desses familiares, 70% (setenta por cento) trabalham, sendo 50% (cinquenta por cento) em situação formal e 20% (vinte por cento) em situação informal. Ainda nesse contexto, 10% (dez por cento) estão aposentados e 20% (vinte por cento) desempregados.

No momento da entrevista, algumas informações do perfil do paciente, foram coletadas com os familiares, sendo que, 60% (sessenta por cento) têm idades entre 28 (vinte e oito) a 59 (cinquenta e nove) anos e 40% (quarenta por cento) são pessoas idosas, a partir de 60 (sessenta) anos. Do total dos pacientes, 70% (setenta por cento) têm como estado civil, solteiro e 30% (trinta por cento) casado, ainda, 70% (setenta por cento) possuem filhos e 30% (trinta por cento) não os possuem.

Quanto às condições de moradia e saneamento básico, 90% (noventa por cento) possuem moradia e 10% (dez por cento) não

possuem. Sendo que, 80% (oitenta por cento) responderam ter acesso ao saneamento básico, 10% (dez por cento) não saberem e 10 % (dez por cento) não possuem acesso.

A moradia é o mundo da sociabilidade privada, o que significa dizer ajuda mútua, brigas, rivalidades, preferências, tristezas, alegrias, chatices, planos, sonhos, realizações. É, por outro lado, abrigo contra as tempestades do sistema econômico.¹²

Quanto ao acesso às políticas de seguridade social, as respostas foram variadas, dos 10 (dez) pacientes, 1 (um) era segurado, 5 (cinco) aposentados, 1 (um) pensionista e 3 (três) encaminharam benefício previdenciário e/ou assistencial. À vista disso, os pacientes acessaram ou estavam acessando às políticas de seguridade social. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social.¹³

Após a exposição dos dados categorizantes de perfil acima expostos, a pesquisadora, através do método dialético crítico, chegou às categorias abaixo descritas.

Família e as teias de cuidado

Para responder o objetivo sobre a compreensão de como se estabelecem as relações intrafamiliares e sua dinâmica de sustentação e amparo aos pacientes com previsão de alta hospitalar, a profissional assistente social residente, observou como se dava a relação do paciente com seu familiar no momento que estava hospitalizado, utilizando alguns instrumentais técnico-operativos do Serviço Social, bem como, o acolhimento e escuta qualificada para compreender a realidade.

Quanto ao processo de trabalho do residente em serviço social, ele dispõe de um conjunto de instrumentos e técnicas: “a questão da linguagem”, tendo a saúde como objeto central, na medida em que o trabalho realizado é parte de uma política integral... Uma boa prática em saúde requer respeitar o outro, ouvi-lo, investir na dimensão do vínculo e desenvolver estratégias que possam atender o melhor possível aquele usuário.²

Primeiramente abordou-se com os familiares dos pacientes sobre relações sociais, tendo em vista identificar alguns aspectos, como, com quem o/a paciente residia, sendo que dos 10 (dez) pacientes, 6 (seis) residiam com seus familiares, 2 (dois) moravam sozinhos, 1 (um) residia com rede de apoio e, 1 (um) dos pacientes, conforme relato de sua familiar, residia sozinho, mas, em decorrência de suas limitações futuras, passaria a morar com algum membro familiar.

Levando em consideração o acompanhamento do familiar junto ao paciente durante a hospitalização, discutiu-se sobre a relação e vínculo desse paciente com seu familiar. Majoritariamente os vínculos eram presentes e fortalecidos, tendo em vista os familiares explanarem suas concepções de convivência e do fortalecimento da relação familiar: *“É boa, muito boa. Ele é calmo, não se altera e eu também sou calma. Nunca brigamos, faz trinta anos que a gente mora junto, nunca houve desentendimento. É muito bom viver com ele, muito bom”*. (Usuária 10)

Ademais, alguns dos familiares trouxeram relatos sobre fragilização de vínculos, em virtude da historicidade da família: *“Relação de filho, mas não muito presente, pouca convivência, pois fui adotado por outra família”*. (Usuário 2)

Cabe, portanto refletir nas explicações que os significados, crenças, valores para com o cuidar do outro no seio familiar, depende de como foram estabelecidas e construídas as relações familiares e os vínculos.

Ressalta-se que, dos familiares que foram entrevistados, todas/os estavam acompanhando o paciente durante o período de hospitalização, mesmo apresentando dificuldades, como de permanência em tempo integral, em decorrência das atividades diárias, acarretando na sobrecarga, sendo que alguns revezavam com outros membros da família.

A relação do vínculo, remete o cuidar, de maneira a identificar as dificuldades que interferem no cuidado. Dentre esses aspectos cabe lembrar que o cuidado aos pacientes críticos depende de um conjunto de participação.

Podemos observar que o cuidado é atribuído como uma responsabilidade da família, porém essa precisa da participação da sociedade como um todo, para que assim se atribua suporte

necessário, bem como do Estado, para a materialização da transição e continuidade dos cuidados.

No entanto, é fundamental atentar, para além das considerações efetuadas, que o desenvolvimento do processo de responsabilização das famílias nas suas diferentes formas ocorre a partir de determinadas condições que dão sustentabilidade à direção desse processo. Entre essas condições merece destaque a indução desse processo pela conformação da própria política social. Ou seja, a política social na sua postulação e na conformação já prevê a incorporação da família no campo da proteção social.¹⁴

A família tem sido percebida como base estratégica para a condução de políticas sociais, o que faz tornar a proteção social às famílias como iniciativas que venham fortalecer as competências familiares e que possam responder as suas necessidades a ponto de contribuir para a ação e função protetora.

Para compreensão do acompanhamento familiar junto ao paciente, indagou-se sobre os cuidados posteriores à alta hospitalar, sendo que os familiares explanaram sobre seus planejamentos e organizações, em que a família surgiu como base central no cuidado.

Assim, neste processo, embora varie a estrutura e o funcionamento, podemos afirmar que a família é a principal responsável por implementar os cuidados requeridos aos pacientes posterior alta hospitalar, como também é o lócus onde o cuidado acontece.

As lacunas do processo saúde-doença e da alta hospitalar

A família é a principal responsável por implementar os cuidados, entendida como lócus do cuidado. Desta forma, esta temática traçará os caminhos, como fragilidades e/ou potencialidades dos familiares para com o cuidar no domicílio, no acesso à rede de atenção à saúde posterior a alta hospitalar, e a construção do preparo de alta e transição do cuidado no âmbito hospitalar.

Com isso, para corresponder o objetivo sobre identificação dos determinantes sociais no processo de alta hospitalar de pacientes

críticos, abordou-se com os entrevistados se existiam dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelo paciente e seus familiares. À vista disso, a grande maioria citou haver dificuldades, relatos que foram extensos, carregados de vivências e realidades multifatoriais: *“Ele é aposentado, nesse momento necessita de atendimento de alta complexidade que envolve uma equipe multiprofissional e que devido à baixa renda se torna difícil de fornecer”*. (Usuária 4)

Identifica-se, a partir das falas, que alguns destes familiares compreendem as miudezas do processo de sobrevivência, como da nitidez de ter direito ao acesso dos mínimos sociais: “[pensamento]... *Do paciente pelo que eu percebi, dificuldade financeira, com relação a comprar itens básicos para ela...*”. (Usuário 2)

Vale destacar a compreensão da família ao explicar o processo saúde-doença, não identificando a saúde apenas como ausência de doença, mas como processo carregado de determinantes e condicionantes sociais e dificuldades de acesso aos serviços necessários.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.⁵

Expressões demonstraram preocupação quanto aos cuidados pós-alta hospitalar, como de infraestrutura, locomoção para acessar os níveis de atenção, despesas que surgirão na rotina dos cuidados para com o paciente: *“A gente não sabe o que vai ser daqui pra frente. Não sabe o que ele vai precisar. Se tiver que deslocar ele até a ACD, a gente não tem carro para locomoção dele. Precisamos de ajuda de outros”*. (Usuária 5)

Neste sentido, vê-se a compreensão da importância e necessidade da viabilização no acesso aos níveis de atenção à saúde, no entanto, também, da insegurança de não conseguir acessar os serviços pela burocratização e dificuldade.

Aqui surge a discussão referente ao entendimento do funcionamento no acesso à rede de atenção à saúde para o paciente e sua família posterior alta hospitalar e identificação de possíveis potencialidades e fragilidades de promoção de cuidado ao paciente no domicílio.

Ademais, para instigar os familiares sobre esta temática, questionou-se como consideravam o funcionamento da saúde pública de seu respectivo município. As respostas foram a partir de notas de 0 (zero) a 10 (dez), sendo que, surgiram notas variadas, em uma das explicações foi exposta a falta de atendimento e da transferência de responsabilidade: “[falando sobre município do paciente]: *Na verdade os municípios não atendem, eles só transferem, mas não posso me queixar. Lá não tem saúde pública, não tem atendimento nenhum*”. (Usuária 4)

À vista disso, observa-se que mesmo tendo a visão de não possuir atendimento na saúde pública do município, a usuária remete não haver necessidade de discussão sobre a fragilização no acesso à saúde pública.

Nessa operacionalização da alta ocorre uma fragmentação nos serviços de saúde, sendo que os níveis de atenção, primário, secundário e terciário não se comunicam, nem tão pouco com os sistemas de apoio, impossibilitando a continuidade da atenção.¹⁵

Dando sequência, foi questionado os familiares se esses entenderam o motivo que levou o paciente ir para uma Unidade de Terapia Intensiva. Dos 10 (dez) familiares, todos/as responderam que sim, todavia, 2 (dois) familiares argumentaram sobre o motivo clínico: *“Entendi pelo laudo que o médico deu para mim, o resultado que tinha dado foi hemorragia cerebral. No caso foi AVC”*. (Usuária 7)

Neste quesito, podemos refletir que a compreensão dos motivos ou até mesmo da piora clínica pode estar relacionada às concepções de cada indivíduo, de forma que, não necessariamente todos de fato tenham compreendido as lacunas desse processo, mas sim, que necessitavam ser transferidos para uma unidade avançada.

Para identificação do acompanhamento durante hospitalização, foi questionado os familiares se existiam fatores que dificultam a permanência no hospital durante o período de hospitalização. Dos 10 (dez) familiares entrevistados, 4 (quatro) responderam haver dificuldades. Explicações como distanciamento da cidade de origem,

trabalho e do próprio ambiente hospitalar, sendo este cansativo, complementando assim, sobre o longo período de hospitalização.

Porque nos momentos que eu saio ele arrancou o cateter (...) Ele precisa de acompanhante 24 (vinte e quatro) horas. Quando eu saio preciso deixar as mãos dele contidas. [EMOÇÃO/CHORO] Quando ele não ficava bem eu ficava muito triste, eu estou controlando com a terapia. Lá em casa eu quero alguém que cuide ele com amor, como eu cuido dele. (Usuária 3)

Após, refletiu-se com os familiares se existiam dificuldades para a prestação de cuidados do domicílio. Das respostas, 50% (cinquenta por cento) relataram existir dificuldades.

Existe, como a senhora está vendo sou eu aqui. Tem outros irmãos, um em grupo de risco, outro que trabalha, eles têm outros compromissos e os outros 3 (três) moram em outro município, tem criança pequena e trabalho.

É como eu disse pra senhora, tem 6 (seis) anos que eu estou ali, na prática sou eu e eu tenho meus limites de saúde. Eu estou no auxílio emergencial, do bolsa família, não sou aposentada e hoje à tarde eu tinha marcado uma reunião com a assistente social do CRAS e a secretária do bolsa família e a vice-diretora da escola para ajudar no meu encaminhamento do BPC, pelo meu problema no olho que só vejo no olho direito, 20%, tenho todos os exames e preciso de um laudo para o pedido do BPC. (Usuária 7)

A formação do contexto da historicidade de vida dos indivíduos como a manifestação supracitada, compõe múltiplos fatores, compreendendo a saúde em seus aspectos biopsicossociais.

O cuidar no domicílio acarreta preocupações para a família, tendo em vista necessitar de observação e cuidado em tempo integral, o que nem sempre é possível, considerando a realidade dos indivíduos.

Por outro lado, é inegável que a pessoa que toma a si a responsabilidade de assumir os cuidados de seu familiar sempre almeja contar com a ajuda e a solidariedade dos demais familiares. Se essa ajuda não se concretiza dentro de suas expectativas, ela passa a sentir-se em desvantagem em relação aos demais familiares, percebe o cuidado como oneroso e sente-se tolhida em suas necessidades. Ainda que esse cuidador reconheça o quanto é gratificante e prazeroso cuidar, que tenha satisfação por estar retribuindo os cuidados outrora recebidos e cumprindo com seu papel familiar e social.¹⁶

As manifestações surgiram de forma reflexiva, pensamentos para além do atual, considerando as entrelinhas deste processo, de modo a ponderar a sobrecarga das funções do cuidado, de necessitar do apoio de um grupo de pessoas que possam revezar essa tarefa, da conciliação do cuidado com o trabalho destes familiares, da necessidade do acompanhamento da rede de proteção social para a defesa e promoção do cuidado e do acesso aos bens e serviços necessários, como dos insumos que são primordiais para a prestação desse cuidado.

Vale salientar que dos 10 (dez) pacientes, 8 (oito) necessitaram acessar encaminhamentos de insumos e/ou equipamentos para a continuidade dos cuidados no domicílio, como dieta enteral, fraldas, oxigênio domiciliar, aparelho de aspiração, cadeira de rodas, cadeira de banho, cama hospitalar, colchão piramidal, entre outros.

Para findar a entrevista dialogou-se com os familiares sobre o acompanhamento multiprofissional no âmbito hospitalar, refletindo se a família conseguiu entender o que os profissionais de saúde explicam sobre o tratamento proposto, sendo que, dos 10 (dez) familiares, todos responderam 'sim'. Por conseguinte, questionou-se a ocorrência de alguma dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde durante o processo de tratamento e acompanhamento, nesse quesito 2 (dois) familiares mencionaram que houve dificuldade de comunicação.

Dessa forma salienta-se que "(...) para fazer a transferência e inclusão do paciente e da família, outros estudos corroboram que o uso de ferramentas padronizadas, ambiente e tempo adequados,

contato dos olhos e escuta ativa são fatores cruciais para a garantia da comunicação efetiva".¹⁷

Ademais para contemplar a investigação acerca do preparo de alta hospitalar e da transição do cuidado, perguntou-se aos familiares se eles receberam orientações da possível alta hospitalar do/a paciente, sendo que dos 10 (dez) familiares, 80 % (oitenta por cento) recebeu algum tipo de orientação e 20% (vinte por cento) que não receberam.

A família citou as orientações do processo de alta hospitalar de áreas profissionais distintas, dentre elas, surgem as seguintes áreas: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Técnico de Enfermagem.

O planejamento da alta é uma atividade tanto interdisciplinar como multiprofissional, em que toda a equipe torna-se responsável por estabelecer um elo entre os usuários e os demais profissionais da rede externa. Essa atividade prima pela compreensão dos determinantes globais do processo saúde- doença, como parâmetro de um atendimento integral e resolutivo.¹⁸

Sobre as orientações e a efetivação da transição do cuidado, familiares complementam em suas explicações sobre atuação profissional, como do Serviço Social: "*Sim, da assistente social. Ela me escuta, me entende...*". (Usuária 3)

A intervenção do assistente social frente a alta hospitalar é de orientação, de esclarecimento e de reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando o retorno ou não para o domicílio. Por meio da leitura das demandas e dos recursos da rede de suporte social do usuário no seu território, para que, desta forma, não somente o Serviço Social, mas toda a equipe interdisciplinar possa intervir de maneira adequada na realidade do usuário.¹⁸

Ao Serviço Social, como área de conhecimento e ação, impõe-se a necessidade de refletir acerca de sua atuação diante do processo de alta hospitalar, dispondo sua prática em constante interação com as políticas públicas, com a proteção social às famílias, ressaltando o fato que as políticas, os serviços e o conjunto de proteção social devem despertar um olhar atento, de modo que o paciente não meramente dê alta hospitalar, mas que durante sua hospitalização seja compreendido em sua totalidade e que possa ter a efetivação da transição e continuidade dos cuidados.

Conclusão

A compreensão acerca da alta hospitalar sob a ótica do serviço social se concretizou em diversos aspectos. Percebeu-se pelos relatos que um emaranhado de vivências e sentimentos acompanham os familiares de pacientes críticos durante a hospitalização. Almeja-se que, no decorrer do processo de alta hospitalar, os profissionais de saúde consigam acolher o paciente e sua família, buscando a efetiva socialização, para uma alta hospitalar responsável.

No que se refere à família, essa passa a ser entendida como lócus onde o cuidado acontece, sendo que a relação do vínculo remete ao cuidar, de maneira a identificar as dificuldades que interferem no cuidado. Para que a família possa desenvolver o cuidado, a própria necessita de cuidado e suporte por meio do acesso aos serviços, garantidos mediante políticas sociais.

As manifestações obtidas, demonstraram que o cuidado tem sido, geralmente, uma atribuição feminina, a literatura mostra e o campo confirma que a mulher acumula as responsabilidades, tendo que dar conta de uma dupla ou até tripla jornada de trabalho, manifestando assim, a sobrecarga dos cuidados.

A realidade evidencia as lacunas do processo saúde-doença, como as dificuldades socioeconômicas, a sobrecarga e fragilidade da permanência dos cuidados durante a hospitalização e no domicílio e a insegurança de não acessar a rede de atenção à saúde, após a alta do paciente.

Concomitantemente, identificou-se que os níveis de atenção à saúde não se comunicam, interferindo, significativamente, na

realização da transição dos cuidados para o retorno do paciente em seu domicílio.

Visando refletir o preparo de alta hospitalar e a transição do cuidado, o diálogo com as famílias traz à tona a importância e necessidade da equipe multiprofissional exercer a comunicação e interação constantemente em busca da qualificação desse processo de alta.

Para finalizar, essa temática busca aprimorar a compreensão do preparo de alta hospitalar sob a ótica da/o assistente social, visando instigar a reflexão e visão crítica desse processo, para que o paciente seja compreendido em sua totalidade, respeitando sua integridade e realidade. Vale ressaltar a importância do seguimento do presente estudo, a fim de buscar a ampliação da discussão.

Referências

1. Dázio EMR, Alves CAM, Rosado SR, et al. Vivências de familiares frente à situação de hospitalização. *Enfermagem Brasil* [internet] 2015 [acesso em 2020 out 20] 4(1):53-60.
2. Guedes, HHS. Mesa Redonda: desafios à formação em serviço: a inserção do assistente social nas residências multiprofissionais e em serviço social na saúde. In: *Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde*, 2009 jun 8-10; Olinda. Brasília: UFESS, 2017. p. 140-154.
3. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2013.
4. Triviños ANS. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: editora Atlas, 1992.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*. 30 Dez 2013. [acesso em 2020 set 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente da Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*. 3 Out 2011. [acesso em 2020 set 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html
7. CFESS (Brasil). Resolução nº 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos (as) Assistentes Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 30 Mar 1993. [acesso em 2020 nov 3]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=95580>
8. Fagundes PF, Scandol EMR. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serviço Social e Saúde* [internet] 2018 [acesso em 2020 set 9] 17(1):181-2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>
9. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde* [internet] 2020 [acesso em 2020 set 23] 18(s1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.pdf>

10. Longhi MG. Os dilemas de Ruth: conexões entre saúde, família e cuidados. Revista Mundaú [internet] 2019 [acesso em 2020 out 4] (6):145-158. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/revistamundau/article/view/7544/6666>
11. Yasbek, MC. As classes subalternas como expressão de um lugar social: a exclusão integrativa. In: Yasbek, MC. Classes subalternas e assistência social. 9. ed. v. e ampl. São Paulo: Cortez, 2016. p. 79-101.
12. Martins, JS. O lugar social dos excluídos e subalterbizados: seu perfil, sua versão. In: Yasbek MC. Classes subalternas e assistência social. 9. ed. v. e ampl. São Paulo: Cortez, 2016. p. 103-189.
13. Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Seguridade Social. Diário Oficial da União. 44 Jul 1991.
14. Mioto RCT, Prá KR. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: Mioto RCT, Campos MS, Carloto CM, organizadores. Familismo Direitos e Cidadania contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
15. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva [internet] 2010 [acesso em 2020 nov 8] 15(5): 2297-2305. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci_abstract&lng=pt
16. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Capinas: Editora Alínea, 2013.
17. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADS. Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. Revista Latino-Americana de Enfermagem [internet] 2020 [acesso em 2020 set 22] 28:e3325. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3325.pdf
18. Seibert D, Mangini FRN, Kocourek S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do Serviço Social. Barbarói [internet] 2019 Jan/Jun [acesso em 2020 nov 3] (53): 272-290.