



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Alves Machado, Wiliam César; da Silva, Vera Maria; da Silva, Rafael André; Ramos,
Ricardo Luiz; Almeida de Figueiredo, Nêbia Maria; Martins da Silva Castelo Branco, Elen;
Krauss Rezende, Luciana; de Almeida Carreiro, Mônica
Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis
encaminhamentos para reabilitação
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 10, outubro, 2016, pp. 3161-3170
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047756019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação

Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: necessary referrals to rehabilitation

William César Alves Machado ¹

Vera Maria da Silva ¹

Rafael André da Silva ¹

Ricardo Luiz Ramos ²

Nébia Maria Almeida de Figueiredo ¹

Elen Martins da Silva Castelo Branco ³

Luciana Krauss Rezende ⁴

Mônica de Almeida Carreiro ¹

Abstract *The present qualitative study was conducted in the second semester of 2014 via interviews with 12 doctors and 13 nurses working as managers at a large hospital that serves as a reference center for urgent and emergent care in the Zona da Mata region of Minas Gerais State, Brazil. The study sought to identify the criteria that doctors and nurses use to discharge individuals with disabling neurological injury with instructions related to accessing physical rehabilitation programs. Thematic content analysis was used to examine data. The results show that the participating hospital managers still have difficulties providing adequate referrals to specialized rehabilitation services and that their patients' autonomy and independence for self-care are impaired as a result. We concluded that in addition to involving relatives and other caregivers in the discharge of patients with a neurological injury that impairs their self-care abilities, managers should assess the accessibility of the patient's home and make adequate referrals to rehabilitation services in the community in light of the poor dispersal of information about what is available within the Care for People with Disability Network.*

Key words Hospital management, Disability assessment, Discharge planning, Rehabilitation centers

Resumo *Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa realizada no segundo semestre de 2014, mediante entrevistas com 12 médicos e 13 enfermeiros gestores atuantes em Hospital de grande porte, referência na área de urgência e emergência para a Zona da Mata Mineira. Buscou identificar os critérios utilizados por médicos e enfermeiros para o preparo da alta de pessoas com lesão neurológica incapacitante e indicação para acesso a programa de reabilitação física. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. Os resultados mostram que os gestores hospitalares ainda encontram dificuldades para proceder ao encaminhamento adequado dessas pessoas para serviços especializados de reabilitação, o que compromete a autonomia e independência para o autocuidado. Conclui-se que os gestores além de envolver cuidadores e familiares no preparo da alta de pessoas com lesão neurológica que resulta em incapacidades para o autocuidado, deveriam avaliar as condições de acessibilidade em seus domicílios e fazer encaminhamentos adequados para serviços de reabilitação disponíveis na comunidade, a despeito da pouca divulgação acerca dos fluxos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.*

Palavras-chave Gestão hospitalar, Avaliação da deficiência, Planejamento da alta, Centros de reabilitação

¹ Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. R. Doutor Xavier Sigaud, Urca. 22290-180 Rio de Janeiro RJ Brasil. wilmachado@uol.com.br

² Universidade Estadual de Roraima. Boa Vista RO Brasil.

³ Departamento de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

Introdução

Com a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência¹, mudanças são necessárias nas relações de integração dos serviços e pontos de atenção do sistema de saúde, com vistas na agilização dos encaminhamentos das pessoas com perfil de potenciais usuários dos programas de reabilitação disponíveis na comunidade.

Dados do censo demográfico de 2010² revelam que as pessoas com deficiências e incapacidades representavam 14,5% da população brasileira e atingiram marca de 45,5 milhões, ou seja, 23,9% dos 190,7 milhões de brasileiros.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS)³, qualquer país em tempos de paz apresenta cerca de 10% de sua população com graus variados de incapacidade. Nesse sentido, para a adequada recuperação do papel desses indivíduos na família e na sociedade, há necessidade de intervenções terapêuticas apropriadas realizadas em tempo hábil, tendo como princípio o conveniente preparo dessas pessoas e seus familiares para receber alta hospitalar.

Muito frequentes têm sido as queixas dos clientes, famílias e cuidadores, quanto aos procedimentos adotados por médicos e enfermeiros no preparo da alta hospitalar de pessoas com lesões neurológicas incapacitantes, em particular quanto à sintomática falta de conhecimento sobre o assunto e pelas dificuldades desses profissionais para orientar e/ou encaminhá-los para programas de reabilitação referenciados⁴.

Investigando as associações entre as orientações passadas pelos enfermeiros, suas formas de implementar e gerenciar o cuidado para com pessoas com lesão medular em regime de internação, estudo realizado nos Estados Unidos⁵ mostrou que quanto mais tempo o enfermeiro se dedica ao processo de orientação para o cuidado domiciliar, envolvendo cuidadores, melhores são os resultados de autonomia funcional para o autocuidado e aceitação das novas condições de vida.

Sabe-se que a dualidade de liderança na gestão hospitalar é composta de especialistas, tanto por médicos como enfermeiros, que são tomadores de decisões que envolvem a dimensão administrativa, inclusive, no que diz respeito ao preparo dos clientes para a alta hospitalar. Contudo, essas lideranças tendem a se orientar pela lógica imediatista de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e, frequentemente, não tomam

conhecimento do disponível em termos de serviços complementares de saúde extramuros hospitalares, resultando em altas sem a devida orientação dos clientes e seus familiares⁶.

Tendo em vista que o preparo da alta dos clientes das instituições hospitalares envolve direta ou indiretamente outros profissionais da equipe, cumpre destacar o princípio da integralidade, pois este remete inexoravelmente à compreensão de que a integração de serviços por meio de redes assistenciais, é fundamental⁷.

Em se tratando da oferta de intervenções terapêuticas para atender essa demanda, deve-se recorrer à reabilitação, como área de conhecimento e prática responsável por possibilitar à pessoa o treino de novas habilidades que tornem possível o enfrentamento destes obstáculos cotidianos^{8,9}.

É preciso esclarecer que a reabilitação, enquanto serviço, é um conjunto de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde e bem estar, bem como de sua família e comunidade^{10,11}.

Do mesmo modo, vale destacar que a implantação da Gestão da Qualidade em hospitais requer o comprometimento de toda sua estrutura administrativa quanto às mudanças necessárias para tal iniciativa, pois são necessários esforços constantes para incorporar, em toda a equipe e níveis hierárquicos, os conceitos da busca de melhoria contínua¹².

Estudos realizados em vários países, visando aprimoramento de instrumentos de avaliação do tempo de permanência das pessoas nas fases de reabilitação aguda, internadas em hospitais especializados da Alemanha¹³, ou voltados para a identificação de melhores práticas interprofissionais das equipes de reabilitação no Canadá¹⁴, demonstram a premência da adoção de novas condutas multiprofissionais que favoreçam a redução de custos e a melhoria do nível de satisfação dos clientes, dos familiares e da comunidade.

Do ponto de vista da Atenção Básica, pesquisa voltada para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e cuidados primários analisou indicadores em 44 relatórios de alta hospitalar de cinco regiões da Itália¹⁵, confirmando pequenas variações no ranking de desempenho dos serviços oferecidos à população das áreas urbanas e rurais, além de se mostrar eficaz para avaliação de custos, gestão e nível de satisfação dos usuários.

Concebida como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários sabe-

res das equipes multiprofissionais, no caso deste estudo aquelas atuantes em serviços hospitalares de urgência e emergência, buscando meios para que os fluxos sejam sistemáticos e viabilizem o atendimento da demanda¹⁶.

Considerando as mudanças propostas pela Portaria nº 793/2012¹ e as demandas a serem compartilhadas na gestão dos serviços de saúde, o objetivo deste estudo é identificar os critérios utilizados por médicos e enfermeiros para o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante e indicação para acesso aos programas de reabilitação física.

Método

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência⁴, tendo como participantes enfermeiros e médicos gestores de unidades de internação da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG. Unidade hospitalar de grande porte e referência na Zona da Mata Mineira.

Participaram deste estudo 13 enfermeiros e 12 médicos, atuantes em cargos de gestão hospitalar de unidades de urgência e emergência, de internação clínica, cirúrgica e de tratamento intensivo, cujas funções envolvem o preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante e respectivos encaminhamentos para serviços especializados disponíveis na comunidade.

A diversificação dos cenários terapêuticos deve-se à compreensão de quão relevante deve ser o envolvimento dos profissionais no atendimento às dúvidas dos familiares dessas pessoas, considerando que tais lesões requerem orientação para cuidados domiciliares de longo prazo.

Critérios de inclusão

Estar exercendo função de gestor de unidade de internação da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, ser responsável pelo preparo da alta de clientes com lesão neurológica incapacitante, ser maior de 20 anos, concordar em participar e assinar o termo de comprometimento livre e esclarecido.

Caracterização da amostra

Participaram do estudo 22 gestores do sexo feminino (80%) e 3 do masculino (12%). A ida-

de dos participantes variou entre 27 e 70 anos O tempo de formados variou entre 2 e 45 anos, bem como o tempo de atuação no setor. Quanto ao tempo de atuação na instituição, variou entre 3 e 45 anos.

Produção de dados

Ocorreu em novembro de 2014, através da técnica de pesquisa de entrevista individual, cujo instrumento foi roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. As entrevistas foram agendadas com antecedência, procurando conciliar os compromissos dos participantes e dos pesquisadores, sendo realizadas na instituição hospitalar, em ambiente exclusivo, como medida preventiva a eventuais interrupções.

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas para o Word. O roteiro das entrevistas buscou responder as seguintes questões: Quais são os critérios que você utiliza para determinar alta hospitalar de clientes com sequela neurológica, traumatológica ou incapacitante?; e, Como você procede no preparo da alta desses clientes?

Método para análise dos dados produzidos

Utilizou-se a análise de conteúdo, mais precisamente a análise temática¹⁷, considerando-se suas três etapas: pré-análise (leitura flutuante e formulação de hipóteses), exploração do material (codificação e classificação em categorias), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (processo de reflexão). O texto bruto foi decodificado em categorias de análise temática sobre o que os gestores sabem e fazem acerca dos encaminhamentos dos clientes com alta hospitalar para a rede de cuidados.

A análise das categorias baseou-se nos princípios de igualdade de oportunidades, construção de ambientes acessíveis e inclusão social; atenção integral à saúde, assegurando acesso desde a assistência primária à complexa, reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários, recomendados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscando preservar o anonimato dos participantes nos recortes apresentados nas categorias, decidiu-se pelo uso do seguinte esquema: [Profissão e número de ordem], considerando as legendas ENF. (enfermeiro), MED. (médico).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em

pesquisa envolvendo seres humanos e animais, aprovado pelo CEP UNIRIO.

Resultados

Os dados brutos foram organizados em unidades de registro a partir dos temas que compõe os Quadros 1 a 4.

Quadro 1. Critérios exclusivamente médicos.

Ordem	Unidades de registro
1	<i>Aqui quem determina a alta é o médico [...] pra alta hospitalar a gente se baseia também na escala de Fugulin para fazer as devidas orientações. (ENF. 2)</i>
2	<i>[...] são os médicos que determinam a alta dos pacientes [...] usamos o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). (ENF. 3)</i>
3	<i>Alta é do médico. Faço a evolução diária dos pacientes, de acordo com o Fugulin [...] uso também o Sistema de Classificação de Pacientes. (ENF. 12)</i>
4	<i>A capacidade funcional é avaliada do ponto de vista neurológico pela escala de Hankin e quando o paciente tem uma lesão medular pela escala da American Spinal Association, escala estabelecida pela Associação Americana de Lesões Medulares. (MED. 3)</i>
5	<i>Primeiramente a gente usa a escala de coma Glasgow, se o paciente tem um escore abaixo de 8, ele praticamente não tem chance de alta. (MED. 8)</i>
6	<i>[...] o paciente tem condição de alta hospitalar quando ele não está mais dependente de droga ou de antibióticos venosos, e pode ter um tratamento domiciliar [...] tem condições de ser tratado em casa, ele precisa só de cuidado paliativos, ou de cuidados e avaliação motora. (MED. 10)</i>
7	<i>A agente usa aquele questionário de atividade instrumental de vida diária e atividade de vida diária. A gente consegue com isso ter uma avaliação funcional muito boa do paciente, além das escalas próprias da neurologia, déficit motor, sensitivo são próprios da especialidade, da nossa função. (MED. 11)</i>

Quadro 2. Critérios compartilhados com a equipe.

Ordem	Unidades de registro
1	<i>[...] nossos pacientes aqui são muito dependentes, muitos pacientes sequelados de AVC [...] a gente tem um sumário de alta que é multiprofissional, tem os fisioterapias, o médico, a nutrição e a enfermagem. (ENF. 7)</i>
2	<i>[...] os critérios que você utiliza para determinar a alta tem que ter o acompanhamento do serviço social. (ENF. 10)</i>
3	<i>Não implica apenas na decisão médica quanto ao seu quadro clínico, mas também uma questão multidisciplinar. (MED. 6)</i>
4	<i>[...] a gente discute com as outras especialidades e prepara para alta. (MED. 7)</i>
5	<i>[...] compete à equipe assistencial, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, todos que estão participando do cuidado, a assistente social também, eles é que têm uma função primordial para tentar uma assistência continuada ao paciente pós alta. A gente tem notícias através do serviço social, da dificuldade que tem de encontrar solução para transferência e para local onde este paciente vai ter uma assistência adequada. (MED. 12)</i>

Quadro 3. Participação da família e orientações para cuidados.

Ordem	Unidades de registro
1	<i>A gente comunica a família, avisa a família, explica todos os cuidados, o quadro do paciente, o que ele vai necessitar, a dependência que está.</i> (ENF. 3)
2	<i>[...] a todo momento que o paciente está internado a família tem que estar envolvida, porque não é só na hora da alta não, tem que acompanhar, tem que se envolver.</i> (ENF. 9)
3	<i>Convoco a família e discuto o que pode ser feito em casa, se tiver condição suporte em domicílio [...] eu encaminho para domicílio.</i> (MED. 3)
4	<i>[...] se não tiver, eu convoco o serviço social do hospital.</i> (MED. 3)
5	<i>Geralmente a gente reúne as equipes multidisciplinares com os familiares.</i> (MED. 8)
6	<i>O próprio médico e a enfermagem, tudo isso para orientar em relação aos cuidados em domicílio.</i> (MED. 8)
7	<i>Eu procuro orientar a família no cuidado dos pacientes, até o próprio paciente no cuidado.</i> (MED. 9)
8	<i>[...] que eu entendo que possa limitar ou incapacitar o paciente [...] há uma tentativa que o próprio paciente tenha o autocuidado.</i> (MED. 9)

Quadro 4. Encaminhamentos aos serviços da atenção básica.

Ordem	Unidades de registro
1	<i>A gente encaminha até mesmo para uma UBS de referência.</i> (ENF. 2)
2	<i>[...] orientando familiar e paciente sobre o direito que ele tem, a medicação que vai ser fornecida para ele pela rede do SUS.</i> (ENF. 5)
3	<i>Eu oriento a família a procurar o programa de saúde da família na UBS local, para que ela tenha o atendimento de um cuidador em casa.</i> (MED. 4)
4	<i>[...] oriento a família a procurar os direitos dela também.</i> (MED. 4)
5	<i>[...] se existe no bairro, na UBS, local cuidado para esse paciente.</i> (MED. 4)
6	<i>[...] tem que criar uma estrutura residencial e uma equipe multidisciplinar para os cuidados.</i> (MED. 6)
7	<i>[...] há necessidade de adaptar as condições residenciais.</i> (MED. 6)
8	<i>[...] tirar degraus, de aumentar o tamanho das portas, de tornar-se um piso antiderrapante, colocar barras em banheiros.</i> (MED. 6)
9	<i>[...] preparo da alta para a família é adequar o ambiente para as pessoas que vão necessitar deste ambiente.</i> (MED. 6)

Com análise dos conteúdos, a organização dos temas constantes nos quatro quadros possibilitou emergir duas categorias temáticas: 1)

Critérios exclusivamente médicos e critérios compartilhados com a equipe; 2) Preparo da alta e seus desdobramentos.

Discussão das categorias

Categoria 1: critérios exclusivamente médicos e critérios compartilhados com a equipe

Os dados que compõem as categorias mostram que alguns gestores médicos e enfermeiros compartilham da compreensão de que a alta de clientes com lesão neurológica incapacitante deve ser da competência exclusiva do médico. (ENF 2, ENF 3, ENF 12, MED 3, MED 8, MED 10, MED 11), identificando ainda, que o saber médico é absoluto como historicamente está construído o que contradiz os princípios da integralidade e intersetorialidade em saúde^{7,18}.

Quanto a isso, corrobora com resultados deste estudo quando se sabe que médicos atuantes em serviços de emergência de hospitais dos Estados Unidos¹⁹, frequentemente, utilizam critérios clínicos para alta dos pacientes, decisões compartilhadas com equipe, inclusive, fazendo encaminhamentos para os serviços afins com possibilidade de dar continuidade ao tratamento da clientela como o nosso SUS propõe. Reiterado por estudo realizado nos Estados Unidos, demonstrando que existem evidências de que o procedimento está mais avançado, observado pela redução de eventos adversos e satisfação dos pacientes quanto ao grau de conhecimento sobre as suas condições²⁰.

Nesse particular, como observado no Quadro 2, os gestores participantes deste estudo também se mostram abertos à adoção de critérios compartilhados com a equipe, como relatados pelos (ENF 7, ENF 10, MED 6, MED 7, MED 12), consultando demais membros da equipe sobre possíveis contribuições a serem agregadas ao processo de alta, o que demonstra haver evolução em termos de reconhecimento de que o conhecimento no setor saúde não se esgota em uma ou outra área profissional específica. Posturas que prenunciam sintonia com princípios da integralidade e da interdisciplinaridade podem oferecer aos clientes e seus familiares mais oportunidades de compreender as orientações passadas diretamente por cada membro da equipe, embora ainda predomine o entendimento de que a gestão hospitalar deva continuar centrada na influência médico/enfermeiro^{6,7}.

Quanto aos critérios métricos adotados pelos médicos, apenas um gestor (MED 8) informou utilizar os parâmetros da escala de coma Glasgow²¹, para determinar ou não a alta desses clientes, enquanto outro (MED 3) relatou optar

pelo uso da escala de avaliação neurológica de *Hankin*²², da *Associação Americana de Lesões Medulares*, como instrumento de avaliação de clientes com lesão neurológica, mais especificamente de pessoas com lesão medular.

Dados deste estudo revelam que dois gestores enfermeiros (ENF 3, ENF 12) se baseiam no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para estabelecer critério para alta dos clientes internados com quadros de lesão neurológica incapacitante. A propósito, o SCP, por meio da Resolução n° 293/04, do Conselho Federal de Enfermagem²³, se constitui uma forma de determinar o grau de dependência de um cliente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente²⁴.

Cabe enfatizar que o (SCP) proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem. Elementos de substantiva relevância para o planejamento e a execução do cuidado e assistência de clientes dependentes, como os focados neste estudo.

É importante destacar que a Enfermagem cuida de clientes em reabilitação, tanto na fase aguda do pós-lesão, como prestando cuidados de longo prazo. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada cliente e família, dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais. O foco é mantido na busca da independência do cliente em relação aos seus limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade²⁵.

Cuidados e assistência especializados envolvem saberes e fazeres prestados por profissionais de diversas áreas de conhecimento. Esforços para viabilizar sua inclusão em programas de proteção, identificação de tecnologias assistivas, avaliação funcional para atividades cotidianas e autocuidado, além de preparo para cuidado domiciliar. Ademais, há que se considerar a importância da intervenção precoce nesses casos, devendo encaminhar essas pessoas para os pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para que recebam atendimentos adequados.

Categoria 2: preparo da alta e seus desdobramentos

No preparo da alta de pessoas com prováveis ou possíveis limitações para cuidados básicos, é imprescindível que a equipe hospitalar busque o envolvimento de membros das famílias e/ou cuidadores domiciliares. Entre os participantes deste estudo, predominou afirmativa dos profissionais de que envolvem a família e cuidadores no processo de alta hospitalar (ENF 3, ENF 9, MED 3, MED 8, MED 9). Foi constatada, inclusive, preocupação de alguns participantes com os desdobramentos da alta com encaminhamento aos serviços/setores da Atenção Básica do SUS (ENF 2, ENF 5, MED 4, MED 6).

O encaminhamento dos clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimentos complementares na Atenção Básica carece da ampliação da perspectiva dos gestores de saúde que atuam na rede hospitalar, compreendendo-o premissa essencial para a consecução das diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência¹. Cabendo aos membros dos Conselhos Intergestores Regionais (CIR) e demais gestores públicos das três esferas de governo, alocar recursos financeiros voltados para ampliar a disseminação dessa política pública, tanto na mídia como nos veículos de divulgação de informações sobre programas de saúde no âmbito do SUS.

O preparo da alta hospitalar de pessoas com lesão neurológica incapacitante, quando realizado de forma adequada, envolvendo o cliente, seus familiares e pessoas significativas, é decisivo para facilitar acesso aos programas de reabilitação física e à intervenção precoce. É importante considerar que, em reabilitação, o processo de tomada de decisão envolve vários passos^{8,10,11,26}, a partir da obtenção de dados iniciais, determinação da natureza e gravidade dos problemas, predição de risco, estabelecimento dos objetivos da intervenção, desenvolvimento do programa e seleção de ações específicas para cada reabilitando. Devido ser implementadas estratégias terapêuticas de reabilitação, mesmo as mais elementares, antes dos clientes com incapacidades funcionais receberem alta hospitalar.

Os participantes deste estudo informaram que além de envolver cuidadores domiciliares e o próprio cliente no processo de orientação para alta hospitalar, solicitam apoio do serviço social da instituição para possíveis esclarecimentos acerca dos serviços disponíveis na comunidade (MED3). Da mesma forma, foi manifestada preocupação com as orientações dos cuidados

a serem prestados nos domicílios (MED9), bem como no empenho para que esses clientes sejam preparados para o autocuidado (MED9).

Autocuidado que integra elenco de orientações prestadas pela equipe, em particular o desempenhado pelos enfermeiros. A reabilitação faz parte dos cuidados de enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/cuidador familiar^{10,27}.

Consoante com os resultados do presente estudo, investigação realizada em seis centros de reabilitação dos Estados Unidos²⁸ sobre atendimentos multiprofissionais dispensados a 1.376 pessoas com lesão medular, com avaliação dos resultados no momento da alta após um ano pós-lesão, mostrou que maior ganho funcional está associado a mais tempo de fisioterapia e terapia ocupacional; bem como integração social decorrente de mais tempo em recreação terapêutica proporcionado pela prevenção; e ausência e/ou tratamento adequado da úlcera de pressão, notadamente implementado pela enfermagem.

No que concerne aos encaminhamentos pós-alta hospitalar para serviços da atenção básica do SUS, os participantes deste estudo relataram optar pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – (ENF2), (ENF5), ou orientando os clientes e seus familiares como obter informações sobre direitos para atendimento de cuidador em casa (MED4). Destaque para alusão às questões de acessibilidade, fundamentais para o desempenho do cuidado domiciliar de pessoas dependentes funcionais e mobilidade reduzida, cabendo aos profissionais prestar orientações sobre largura dos vãos das portas, pisos antiderrapantes e instalação de barras de apoio nos banheiros (MED6).

Orientações prestadas pela equipe que visam a promoção da qualidade de vida das pessoas após receber alta e ter de enfrentar o cotidiano. Nesse enfoque, estudo com objetivo de analisar as questões transculturais relacionadas à qualidade de vida (QV) de pessoas com lesão medular (SCI) tece comparações entre os dados obtidos em dois países (Estados Unidos e Brasil), a partir da aplicação do instrumento Internacional Básico de Coleta de Dados SCI QV. As conclusões apontam para a necessidade de aprimoramento do instrumento, considerando a diversidade dos

fatores socioculturais que envolvem a promoção da qualidade de vida de pessoas com lesão medular²⁹.

Sabe-se que muitos fatores podem influenciar a qualidade de vida após o trauma, como a qualidade do atendimento oferecido pelo sistema de saúde, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condição socioeconômica, entre outros. Dessa maneira, a sistemática avaliação dos clientes no pós-trauma pode refletir a condição do atendimento à saúde de uma determinada região, bem como identificar as necessidades de equipamentos e serviços institucionais para a reintegração psicossocial das pessoas após a alta hospitalar³⁰.

Entre os clientes atendidos na urgência e emergência do cenário deste estudo, muitos apresentam quadros com histórico de lesão cerebral, o que requer da equipe a tomada de decisão para devido encaminhamento para serviços da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. Resultados de estudo de evidência baseada em práticas desenvolvidas com pessoas que apresentaram quadros de lesão cerebral traumática, realizado com 2.130 pacientes no momento da alta após nove meses de internação em dez centros de reabilitação dos Estados Unidos³¹, capturou variações de ganhos cognitivos e funcionais entre os indivíduos, possibilitando que as equipes melhorassem a qualidade das práticas de reabilitação, de forma a beneficiar a clientela em todas as suas especificidades.

Como destacado nesta investigação, a elaboração de registros com informações sobre a evolução do quadro de cada cliente contribui para que sejam implementadas estratégias terapêuticas adequadas para o processo de reabilitação. Nesse sentido, estudo prospectivo com 450 adultos após receber alta hospitalar nos Estados Unidos³², visou identificar a prevalência de fatores de risco, mediante consulta dos registros em prontuários sobre as orientações passadas pelos profissionais, e concluiu que o isolamento social e a descontinuidade do tratamento devem-se a não compreensão das instruções dadas pela equipe.

Buscando avaliar efeitos socioeconômicos do acesso de pessoas com lesão medular em dois centros de reabilitação do Estado do Alabama e

de Nova Jersey, nos Estados Unidos³³, estudo revelou maiores probabilidades de as pessoas apresentarem quadros depressivos, insatisfação com a vida, perda da autoestima, para os que residem em regiões onde os serviços especializados são mais escassos nas comunidades. O mesmo pode ser plausível para clientes com lesão neurológica incapacitante que recebem alta da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, considerando se tratar pessoas residentes na zona urbana e rural, comunidades nas quais serviços de saúde e reabilitação podem ou não estar disponíveis quando deles as pessoas mais precisam.

Conclusão

Conclui-se que apesar de que alguns gestores não conhecerem os processos/princípios do SUS que orientam a alta de clientes neurológicos para que as informações cheguem com objetividade e sistematicidade nos pontos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, há um esforço conjunto focado em mudanças no entendimento de um trabalho interdisciplinar, identificados nos termos dos quatro quadros como: a) critérios exclusivamente médicos; b) encaminhamentos para critérios compartilhados; c) envolvimento da família e d) articulação com os serviços de atenção em saúde.

Também pulsam nos resultados mudanças no ponto de vista e compreensão dos profissionais de saúde acerca da integralidade do cuidado, que podem contribuir para que haja coerente poder de decisão, com maior compartilhamento das competências que impliquem em expectativas, riscos, saúde, recuperação e reabilitação dos clientes sob suas responsabilidades.

Finalmente, não temos a pretensão de esgotar o tema, mas, apontar algumas contribuições para que as lideranças profissionais que atuam na gestão hospitalar considerem a importância do envolvimento da família para atender as necessidades do cuidado de longo prazo, objetivadas através de orientações no preparo da alta de pessoas com lesão neurológica incapacitante, de modo a que o acesso aos programas de reabilitação ocorra de acordo com o preconizado pelas diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Colaboradores

WCA Machado participou da concepção, delimitação, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, sua revisão e aprovação da versão a ser publicada; VM Silva participou da coleta, análise e interpretação dos dados, redação

e revisão crítica do artigo, sua revisão e aprovação da versão a ser publicada; NMA Figueiredo participou da interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, sua revisão e aprovação da versão a ser publicada; e RA Silva, EMC Branco, MA Carreiro, LK Rezende e RL Ramos participaram da revisão crítica do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
2. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. [Internet]. Brasília: SDH/SNPd; 2012 [acessado 2015 out 21]. Disponível em: <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/cartilhasdeficiente/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia.pdf>
3. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. [acessado 2015 out 18]. Available from: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
4. Machado WCA, Alvarez AB, Teixeira MLO, Castelo Branco EM, Figueiredo NMA de. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [periódico na Internet] 2015 Jan-Mar [acessado 2015 out 16]; 7(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <file:///C:/Users/willian%20machado/Downloads/3344-22595-2-PB.pdf>
5. Bailey J, Dijkers MP, Gassaway J, Thomas J, Lingfelt P, Kreider SED, Whiteneck G. Relationship of nursing education and care management inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: the SCIREhab project. *J Spinal Cord Med* [serial on the Internet] 2012 Nov [cited 2015 Nov 26]; 35(6): [about 7 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522899/?report=classic>
6. Schiesari LMC. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? *Cien Saude Colet* 2014; 19(10):4229-4234.
7. Feldman LB, Cunha ICK, D'Innocenzo M. Validation of the process criteria for assessment of a hospital nursing service. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). [periódico na Internet]. 2013 jul-ago [acessado 2015 out 16]; 21(4): [about 9 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400841&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
8. Silva GA, Schoeller SD, Gelbcke FL, Carvalho ZMF de, Silva EMJP da. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. *Texto & contexto enferm.* [periódico na Internet]. 2012 out-dez. [acessado 2015 dez 15]; 21(4): [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso
9. Alvarez AB, Teixeira ML, Castelo Branco E, Machado WCA. Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: Implicações para o cuidado de enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde.* [periódico na Internet] 2013 out-Dez [acessado 2015 nov 26]; 12(4): [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18107/pdf_65
10. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. O acolhimento e as transformações na prática da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):1893-1902.
11. França ISX, Baptista RS, Abrão FMS, Coura AS, França EG, Pagliuca LMF. The no-care of patients with spinal cord injuries in primary care: bioethical challenges for health policies. *Rev. bras. enferm.* [periódico na Internet]. 2012 mar-abr [acessado 2015 out 16]; 65(2): [about 7 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
12. Alastico GP, Toledo JC. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gest. Prod.* [periódico na Internet]. 2013 Nov [acessado 2015 dez 12]; 20(4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400005&lng=pt&nrm=iso
13. Rollnik JD, Janosch U. Current trends in the length of stay in neurological early rehabilitation. *Dtsch Arztebl Int* [serial on the Internet] 2010 Apr [cited 2015 Nov 30]; 107(16): [about 6 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868985/>
14. Mazer B, Kairy D, Guindon A, Girard M, Swaine B, Kehayia E, Labbé D. Rehabilitation Living Lab in the Mall Community of Practice: Learning Together to Improve Rehabilitation, Participation and Social Inclusion for People Living with Disabilities. *Int J Environ Res Public Health* [serial on the Internet] 2015 Apr [cited 2015 Dec 14]; 12(4): [about 21 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410257/>

15. Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, Arcà S, Carle F, Capasso L, Marzuillo C, Muraglia A, Samani F, Villari P. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *Eur J Public Health* [serial on the Internet] 2014 Oct [cited 2015 Dec 14]; 24(5): [about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168043/>
16. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
17. Bardín L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Silva SA, Valacio RA, Botelho FC, Amaral CFS. Reasons for discharge delays in teaching hospitals. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):314-321.
19. Calder LA, Arnason T, Vaillancourt C, Perry JJ, Stiell IG, Forster AJ. How do emergency physicians make discharge decisions? *Emerg Med J* [serial on the Internet] 2015 Jan [cited 2015 Dec 06]; 32(1): [about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283689/>
20. Eymín G, Aizman A, Lopetegui M y Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev. méd. Chile*. [serial on the Internet] 2014 fev [cited 2015 Dec 20]; 142(2): [cerca de 8 p.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200012
21. Setterval CHC, Sousa RMC de. Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma craniocéntrico. *Acta paul. enferm.* [periódico na Internet]. 2012 maio-jun [acessado 2015 nov 19]; 25(3): [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300008&script=sci_arttext
22. Brito RG, Lins LCRF, Almeida CDA, Neto ESR, Araújo DP, Franco CIF. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências (Online)* [periódico na Internet]. 2013 out-dez [acessado 2015 nov 20]; 21(4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf>
23. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. [Internet]. [acessado 2015 set 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2932004_4329.html
24. Manenti SA, Ciampone MHT, Mira VL, Minami LF, Soares JMS. The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [periódico na Internet]. 2012 Jun [acessado 2015 out 16]; 46(3): [about 6 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300027&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
25. Borges AMF, Brignol P, Schoeller SD, Bonetti A. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. *Rev. gaúch. enferm.* [periódico na Internet]. 2012 set [acessado 2015 out 16]; 33(3): [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300016-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
26. Curzel J, Forgiarini Júnior LA, Rieder MM. Evaluation of functional independence after discharge from the intensive care unit. *Rev. bras. ter. intensiva*. [periódico na Internet]. 2013 abr-jun [acessado 2015 out 17]; 25(2): [about 5 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
27. Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. *Rev. bras. enferm.* [periódico na Internet]. 2013 set-out [acessado 2015 Oct 16]; 66(5): [cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
28. Whiteneck G, Gassaway J, Dijkers MP, Heinemann AW, Kreider SED. Relationship of patient characteristics and rehabilitation services to outcomes following spinal cord injury: the SCIRehab project. *J Spinal Cord Med* [serial on the Internet] 2012 Nov [cited Dec 02]; 35(6): [about 8 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522893/>
29. Tate D, Forchheimer M. Review of Cross-Cultural Issues Related to Quality of Life After Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* [serial on the Internet] 2014 Mar [cited 2015 Dec 06]; 20(3): [about 9 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257150/>
30. Coura AS, Enders BC, França ISX, Vieira CENK, Dantas DNA, Meneses DJC. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [periódico na Internet]. 2013 out [acessado 2015 out 6]; 47(5): [about 7 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501150&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
31. Horn SD, Corrigan JD, Bogner J, Hammond FM, Seel RT, Smout RJ, Barrett RS, Dijkers MP, Whiteneck GG. Traumatic Brain Injury-Practice Based Evidence Study: Design and Patients, Centers, Treatments, and Outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* [serial on the Internet] 2015 Aug [cited 2015 Dec 22]; 96 (Supl. 8): [about 8 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26212396>
32. Albrecht JS, Gruber-Baldini AL, Hirshon JM, Brown CH, Goldberg R, Rosenberg JH, Comer AC, Furuno JP. Hospital discharge instructions: comprehension and compliance among older adults. *J Gen Intern Med* [serial on the Internet] 2014 Nov [cited 2015 Dec 06]; 29(11): [about 7 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238191/>
33. Botticello AL, Chen Y, Cao Y, Tulskey DS. Do communities matter after rehabilitation? The effect of socioeconomic and urban stratification on well-being after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* [serial on the Internet] 2011 Mar [cited 2015 Dec 02]; 92(3): [about 7 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668343/>

Artigo apresentado em 08/01/2016

Aprovado em 27/06/2016

Versão final apresentada em 29/06/2016