



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**PROGRAMA ADULTO CRÍTICO**  
**NÚCLEO – SERVIÇO SOCIAL**

**JOELSA AZEVEDO DE FARIAS**

**A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM  
UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: TRABALHO COLETIVO COMO  
ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE**

**Porto Alegre**  
**2019**

JOELSA AZEVEDO DE FARIAS

**A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM  
UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: TRABALHO COLETIVO COMO  
ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de pós-graduação Lato-Sensu com ênfase no Programa Adulto Crítico, de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Ma. Carmen Lúcia Nunes da Cunha  
Coorientador: Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Porto Alegre

2019

### CIP - Catalogação na Publicação

AZEVEDO DE FARIAS, JOELSA

A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR:  
TRABALHO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À  
FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE / JOELSA AZEVEDO DE FARIAS. --  
2019.

50 f.

Orientador: CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, RESIDENCIA INTEGRADA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - PROGRAMA ADULTO CRITICO,  
Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. AVC. 2. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA. 3. INTEGRALIDADE.  
4. SERVIÇO SOCIAL. I. NUNES DA CUNHA, CARMEN LUCIA,  
orient. II. Título.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Admissão na Emergência HCPA por AVC - Março a Junho/ 2019 .....	25
Gráfico 2: Medias das idades ( n 27).....	23
Gráfico 3: Assistência ao AVC na Emergência do HCPA - Março a Junho/ 2019.....	27
Gráfico 4: Escala NIHSS de déficit neurológico 59,2% (n 16) .....	28

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Escala NIHSS de déficit neurológico (n 27).....	28
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil da amostra (n 27) dos pacientes com AVC - Março a Junho/ 2019 .	24
Tabela 2: Fatores de risco prévios para AVC (n 27) - Março a Junho/ 2019.....	25
Tabela 3: Admissão por AVC no HCPA com alta do SE - Março a Junho/ 2019 .....	26
Tabela 4: Acesso ao HCPA vítimas de AVC – Março a Junho/ 2019.....	30
Tabela 5: Transição do Cuidado do SE HCPA à RAS – Março a Junho/ 2019.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
1.1 Justificativa.....	8
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
2.1 Trabalho multiprofissional e trabalho interprofissional na assistência aos pacientes com AVC.....	12
2.2 Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a assistência integral aos pacientes com AVC.....	15
2.3 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC.....	17
2.4 Transição do Cuidado à Rede de Atenção à Saúde .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
3.1 Geral.....	19
3.2 Específicos .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	20
4.2 Campo de Estudo.....	20
4.3 Participantes.....	20
<b>4.3.1 Critérios de Inclusão</b> .....	<b>20</b>
<b>4.3.2 Critérios de Exclusão</b> .....	<b>20</b>
4.4 Coleta de Informações .....	21
4.5 Análises das Informações .....	21
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>22</b>
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO ON LINE</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS INSTITUCIONAIS</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS</b> .....	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo analisou sob a perspectiva do Serviço Social a assistência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em um Serviço de Emergência Hospitalar, abordando o trabalho coletivo como estratégia de enfrentamento à fragmentação do cuidado em saúde às vítimas da doença.

Conforme conceitua a Rede Brasil AVC<sup>1</sup> (2019), a doença pode ser definida como o surgimento de um déficit neurológico súbito causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central que é dividido em dois subtipos: o isquêmico que ocorre pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no seu território vascular e o hemorrágico é causado pela ruptura espontânea de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóide). Segundo a referida ONG, os fatores de risco mais associados ao AVC são semelhantes àqueles observados em outras patologias vasculares, a saber: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, idade avançada, tabagismo e história pregressa de doença vascular (cerebrovascular e/ou cardiovascular). Nesse sentido, o controle dos fatores de risco cardiovasculares, também, é fundamental para a adequada prevenção da doença, com vistas a diminuir o risco de ocorrência do evento aumentando, desta forma, a qualidade de vida da população.

A temática da pesquisa surgiu a partir da vivência profissional na inserção da residente do primeiro ano no Programa Adulto Crítico, no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O presente estudo foi realizado no referido cenário de prática profissional, onde o trabalho é realizado por equipe multiprofissional composta por médicos de diferentes especialidades, equipes de enfermagem e de nutrição, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes administrativos, equipes de exames e higienização (HCPA, 2018).

---

<sup>1</sup> A Rede Brasil AVC é uma Organização não Governamental (ONG) criada com a finalidade de melhorar a assistência global ao paciente com AVC em todo o País. Disponível em: <http://www.redebrasilavc.org.br/institucional/quem-somos/>. Acesso em: 20 out. 2019.

O Serviço de Emergência, criado em 1989, faz parte da Rede de Atenção a Urgências, é caracterizado pelo atendimento público de urgência durante 24 horas nas especialidades clínica, cirúrgica, ginecológica e pediátrica, a pacientes procedentes de Porto Alegre e da Região Metropolitana, assim como de outros 59 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, é composto pelos setores de Acolhimento e Classificação de Risco, Unidade de Decisão Médica (UDM), Sala de Internação Breve (SIB), Unidade de Cuidados Intermediários (UI), Unidade Vermelha (UV), Sala de Observação Pediátrica e Sala de Procedimentos Pediátricos, com 41 leitos adultos e 09 pediátricos. Esse serviço é a principal porta de entrada para os pacientes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo referência para atendimento nas linhas de cuidado em adultos, para além do Acidente Vascular Cerebral, também, para Síndrome Coronariana Aguda, Insuficiência Respiratória Aguda, Sepses e Abdômen Agudo, contando com leitos de terapia intensiva para o cuidado do paciente crítico. (HCPA, 2018)

Entende-se a importância do trabalho coletivo como estratégia de aprofundar a discussão acerca do princípio da integralidade, pois esta se configura como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), que, juntamente com os princípios da universalidade e da equidade, objetivam garantir ao indivíduo o acesso à assistência à saúde que ultrapasse a prática curativa em detrimento das dimensões psíquicas e sociais oriundas do modelo biomédico, com foco na doença e não no paciente. Na Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o princípio da integralidade da assistência é entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Buscamos neste estudo contribuir para a continuidade e expansão da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, que ocorreu a partir das reivindicações populares da época, redefinindo o horizonte da saúde pública com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, adotando a concepção ampliada de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (1978), em seu conceito ampliado, considera saúde não, simplesmente, ausência de doença, mas define como um completo bem-estar físico, social e mental. Nesta concepção saúde é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda,

transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso a bens e aos serviços de saúde individual e coletivo.

Nesse sentido, conforme abordam Backes et al. (2009), a saúde enquanto um direito social e como resultante das condições de vida da população, implica no dever do Estado em promover condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos viabilizando, desta forma, o pleno desenvolvimento do ser humano mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

### 1.1 Justificativa

A relevância do tema proposto deve-se ao fato do HCPA ser um hospital de alta complexidade que compõe a Rede de Atenção às Urgências do SUS, a qual tem como finalidade priorizar as linhas de cuidados cardiovascular e cerebrovascular, dentre outras. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) aponta que as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos e incapacidade adquirida em todo o mundo. Considerando a alta prevalência do AVC na população, sabe-se que é de suma importância a assistência ao paciente vítima de AVC de forma rápida e integral, na perspectiva das múltiplas dimensões da vida dos sujeitos.

No entanto, observou-se que havia pouca atuação da equipe multiprofissional na assistência aos pacientes com AVC no Serviço de Emergência, sobretudo do/a assistente social, pelo desconhecimento dos casos da doença admitidos no hospital e da necessidade de intervenção da equipe. Sendo atribuição do/a profissional assistente social na área da saúde “conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença” (CFESS, 2010, p. 30), considera-se fundamental a sua intervenção profissional com vistas à mediação ao acesso a bens e serviços essenciais à cidadania dessa população.

Além da alta taxa de mortalidade, outro fator que deve ser considerado é que segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), um grande número de pessoas vítimas de AVC fica dependente de cuidados e incapacitadas para o trabalho, necessitando acessar os direitos sociais garantidos na Constituição

Federal de 1988, sobretudo os da Política de Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). Conforme apontam as estatísticas, a imensa maioria dos sobreviventes de AVC necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, sendo que aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessita de auxílio para caminhar. (BRASIL, 2013)

Com esta pesquisa se pretendeu contribuir para qualificação da assistência no SE aos pacientes com AVC, na perspectiva do trabalho coletivo, analisando, também, a transição do cuidado pós-alta hospitalar à Rede de Atenção em Saúde, com vistas ao adequado controle dos fatores de risco para doenças cerebrovasculares, contribuindo na prevenção da reincidência de novos eventos de AVC. De acordo com o estudo de Acosta (2016), a transição do cuidado é definida como um agrupamento de “ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro de um mesmo local”. (ACOSTA, 2016, p. 12). Nesse sentido, destaca-se a importância do/a assistente social, enquanto integrante da equipe multiprofissional, participar do processo de planejamento de alta hospitalar, bem como no envolvimento e construção dos cuidados em saúde no SE.

Sendo atribuição do/a assistente social o desvelamento das condições de vida e trabalho dos usuários, este/a profissional pode contribuir significativamente, nos processos de trabalho coletivo, na transição do cuidado, de forma a viabilizar a vinculação dos pacientes à Rede de Atenção à Saúde (RAS), na articulação com serviços socioassistenciais do território, bem como com as orientações sociais, com vistas à ampliação do acesso aos direitos dos indivíduos e da coletividade.

Conforme a Constituição Federal de 1988 são direitos sociais: “educação, formação e trabalho; saúde, previdência social e seguridade social; alimentação; moradia e transporte; acesso a lazer e cultura; segurança; proteção aos direitos da maternidade e da criança; assistência aos desamparados”. (BRASIL, 1988, Art. 6) Tendo em vista a complexidade multifatorial, sobretudo social, que envolve a vida dos pacientes vítimas de doenças cerebrovasculares, faz-se necessário uma articulação efetiva entre as políticas públicas intersetoriais, bem como um planejamento interprofissional de alta hospitalar. O impacto socioeconômico mundial que a doença vascular representa como causa crescente de morte e incapacidade permanente exige uma atenção especializada ofertada na atenção hospitalar

iniciada a partir do Serviço de Emergência, conforme o preconizado na Linha do Cuidado do AVC.

Diante desse cenário de processo de trabalho coletivo, o presente estudo traz como problema de pesquisa: Como ocorreu a assistência aos pacientes admitidos por AVC no HCPA com alta hospitalar do Serviço de Emergência? Para discussão deste questionamento propõem-se as seguintes questões norteadoras: 1. Quais as características da população admitida por AVC no HCPA e a sua forma de acesso ao Serviço de Emergência? 2. Quais as vulnerabilidades sociais registradas pela equipe no Serviço de Emergência do HCPA e a atuação do/a assistente social na assistência ao paciente com AVC? 3. Quais as recomendações da equipe assistencial na transição do cuidado pós-alta hospitalar do Serviço de Emergência à Rede de Atenção à Saúde?

A importância desse estudo está relacionada à expectativa de que uma melhor compreensão de como ocorre a assistência aos pacientes admitidos por AVC no Serviço de Emergência HCPA, os encaminhamentos realizados à Rede de Atenção à Saúde na alta hospitalar, bem como o conhecimento das principais características destes pacientes contribua para qualificar os processos de trabalho coletivo, para adoção de medidas preventivas à reincidência da doença e eventos adversos aos usuários do SUS. Visando à segurança do paciente nesse cenário minimizar a taxa de mortalidade por AVC, a reincidência de novos eventos e o alto custo implicados com readmissões frequentes e evitáveis que contribui para a superlotação no Serviço de Emergência. Esperamos que esse trabalho contribua para o aprimoramento do SUS, qualificando o cuidado em saúde no Serviço de Emergência do HCPA, incentivando o trabalho interprofissional na assistência aos pacientes vítimas de AVC, como forma de enfrentamento da fragmentação na configuração do campo da saúde.

Com base em descritores selecionados no DECS: "acidente vascular cerebral" and "integralidade em saúde" ou "acidente vascular cerebral" and "emergências" os artigos encontrados tinham como viés de estudo a fisiopatologia da doença, bem como a utilização de terapia trombolítica no tratamento. Tais achados demonstram a relevância dessa pesquisa, pois traz a perspectiva da integralidade em saúde no atendimento de urgência aos pacientes com AVC, por equipe multiprofissional, nos Serviços de Emergência. Recente busca, realizada pela residente, em base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos

Estados Unidos da América MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO - Scientific Electronic Library Online e BVS- Biblioteca Virtual em Saúde Brasil resultou em poucas publicações sobre a integralidade da assistência aos pacientes vítima de AVC em Serviços de Emergência, especificamente, demonstrando uma importante lacuna no conhecimento científico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Trabalho multiprofissional e trabalho interprofissional na assistência aos pacientes com AVC

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), documento síntese da Conferência Internacional de Saúde, ocorrida no Cazaquistão na década de 1970 e realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi um marco histórico, pois naquele momento a saúde passou a ser entendida como bem-estar completo e multifatorial da população. Desponta então a relação entre saúde, desenvolvimento social e qualidade de vida, evidenciando, a necessidade de uma organização multiprofissional na atenção à saúde, responsabilizando, assim, diversos setores sociais no envolvimento e construção dos cuidados em saúde.

A Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde ocorrida em 1986 na cidade de Ottawa discutiu a saúde como “qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social” (BACKES et al., 2009, p. 112). Isso implica assistir o cidadão segundo suas necessidades humanas, que exige políticas públicas para o seu enfrentamento em todos os ciclos de vida, considerando que o usuário está inserido em um contexto social, familiar e cultural, o qual interfere em sua qualidade de vida e desenvolvimento humano.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trazem princípios e diretrizes para a operacionalização do SUS, além disso, considera os determinantes e condicionantes sociais como fundamental para saúde individual e coletiva, pois interfere no processo saúde doença. Concorda-se com Closs (2013) quando afirma que a materialização do SUS se dá mediante

[...] a identificação e atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde/ doença, a atuação em equipe multiprofissional, o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e promoção em saúde, a construção de inovações no campo da saúde e do planejamento em saúde (políticas, programas e serviços), e a contribuição para o fortalecimento do controle social. (CLOSS, 2013, p. 49).

Para Acosta (2016), apesar de a integralidade ser um dos pilares fundamentais do SUS, na prática a integração e articulação entre os serviços de

saúde ainda não se realizou, uma vez que, “a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, bem como a hegemonia do modelo biomédico e a conseqüente fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano dos serviços” (ACOSTA, 2016, p. 37). O SUS preconiza a integralidade à saúde e incentiva o vínculo entre os usuários da Rede de Atenção em Saúde e o Estado, através de uma maior participação da sociedade civil no controle social<sup>2</sup>, a fim do fortalecimento e consolidação do Estado Democrático de Direito, da organização e do funcionamento do SUS.

Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a conceituação das RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 04). Neste sentido, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde foi criada a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129 de 2005, é orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Esta modalidade de ensino abrange diversas profissões da área da saúde como Programa de Pós-Graduação Lato Sensu, com vistas à consolidação do SUS, sustentado pela proposta da Reforma Sanitária Brasileira iniciada na década de 1970, em sua concepção ampliada de saúde, visando “superar a fragmentação e especialização em áreas, congregando diferentes profissões numa formação pautada pelo trabalho em equipes multiprofissionais” (CLOSS, 2013, p. 24), pensando uma formação em serviço mais ampla e generalista associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial.

Neste contexto, busca-se o ensino-serviço com foco na humanização da atenção e ampliação da compreensão da integralidade, ao passo que os processos de trabalho coletivo pode ser (re)construído no cotidiano do serviço e na realidade social dos atores envolvidos. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) houve avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil,

---

<sup>2</sup> O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. Trata-se de importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania. Disponível em: <https://www.cgu.gov.br/Publicacoes/control-social/arquivos/controlsocial2012.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

mas também é evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado.

Entretanto, conforme abordam Araújo et al. (2017), a fragmentação do cuidado é comum no trabalho em equipe multiprofissional, no qual se tem a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados norteiam a atuação de cada categoria profissional. Já o trabalho interprofissional está vinculado: à noção de pluralidade da equipe de saúde, caracterizado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos de tomada de decisão, “a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais” (ARAÚJO et al., 2017, p. 602).

A prática interprofissional no ambiente hospitalar, a partir do Serviço de Emergência do HCPA, traz ganhos significativos ao paciente vítima de AVC e possibilita a assistência integral aos usuários do SUS. A equipe multiprofissional pode intervir, dentre outros, com orientações em saúde, tais como: acesso à dieta enteral pelo Estado, medicamentos disponíveis pelo SUS, educação em saúde ao paciente/familiar no manejo de dispositivos invasivos no domicílio. A articulação das políticas públicas e dos diferentes saberes profissionais para o acesso aos direitos sociais dos usuários são exemplos de como podemos aperfeiçoar a assistência e viabilizar a transição de cuidado efetiva, visando à reabilitação integral desses pacientes, conforme preconiza a linha de cuidado do AVC, assim como os princípios e diretrizes do SUS.

O trabalho coletivo contribui para reabilitação integral dos pacientes, viabilizando a recuperação de habilidades como: comunicação, deglutição e deambulação, reverberando na diminuição do tempo de necessidade de hospitalização, reduzindo custos, promovendo a retomada da independência funcional, motora e a autonomia dos pacientes, melhorando, desta forma sua qualidade vida e de sua família. Incentiva-se o trabalho em equipe, visando ações articuladas e conjuntas de segurança do paciente, no planejamento de alta hospitalar, promoção, prevenção e enfrentamento aos agravos de saúde da população vítima de AVC.

## 2.2 Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a assistência integral aos pacientes com AVC

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (1990), o atendimento prestado aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O MS lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa Política Pública, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe a Rede de Atenção às Urgências no SUS. (BRASIL, 2011)

A Rede de Atenção às Urgências (2011) tem como finalidade priorizar as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, além de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência<sup>3</sup> nos serviços de saúde. Nesse contexto, o Serviço de Emergência do HCPA se constitui como porta hospitalar e compõe essa rede, no entanto, as especialidades atendidas neste serviço são: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (até 20 semanas de gestação) e as especialidades não atendidas são:

---

<sup>3</sup> “**Emergência** é quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo; incidente; imprevisto. **Urgência** é quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco até mesmo de morte”. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/gramatica/emergencia-urgencia-qual-diferenca.htm>. Acesso em: 13 nov. 2019.

Traumatologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Segundo Acosta (2016), as principais patologias clínicas do adulto atendidas no referido SE, além de intercorrências dos pacientes oncológicos, são: insuficiência coronariana aguda, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus descompensada, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes infectados com HIV, hemorragia digestiva, crise asmática e AVC.

Através da Portaria nº 1.161, de 07 de Julho de 2005 do Ministério da Saúde, é Instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, no âmbito do SUS, a qual tem por finalidade organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, além disso, visa “ampliar e qualificar a cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil” (BRASIL, 2005, p. 02). Muitos dos fatores de risco para o AVC são considerados doenças crônicas não transmissíveis, que segundo o MS (BRASIL, 2014) são aquelas doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Em Porto Alegre/RS, segundo Acosta (2016), identificou-se que os usuários frequentes do Serviço de Emergência são, em grande parte, idosos e portadores de condições crônicas que demandam atendimento por agudização de problemas crônicos. Nesse sentido a epidemiologia traz uma grande contribuição ao estudar a “frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (BARRETO, 2002, p. 06). Para o autor tem-se a epidemiologia “simultaneamente como disciplina científica (que estuda a saúde, a doença e os seus determinantes) e como campo profissional da saúde coletiva (que produz e analisa informações, desenvolve tecnologias e estratégias de prevenção)” (BARRETO, 2002, p. 06).

São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, “a qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações” (BRASIL, 2014. p. 02). Dentre os princípios

da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, está a “articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção” (BRASIL, 2014, p. 02), fomentando a superação do modelo hegemônico centrado na doença com ênfase do tratamento e intervenção na fase aguda da doença e não na perspectiva de prevenção à saúde.

### 2.3 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC

A Portaria Complementar nº 665, de 12 de abril de 2012, do Ministério da Saúde, dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC, a qual enfatiza o aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população, aumentando, também, os fatores de risco e dimensionando mais ainda os desafios no SUS. O Ministério da Saúde (2013) aponta que nos últimos 15 anos, o advento de novas abordagens da fase aguda, a terapia trombolítica e os cuidados em Unidades de AVC, trouxeram grande avanço do ponto de vista prognóstico aos pacientes. Além disso, aponta ainda que

[...] estatísticas brasileiras indicam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina e Caribe. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030. A mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, a Linha de Cuidados em AVC [...] “propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sócio demográfico considerável” (BRASIL, 2013, p. 04). Destaca-se, por essa razão, a importância de realizar a transição do cuidado que garanta a segurança do paciente e a continuidade do cuidado em saúde no território de origem dos usuários. A alta hospitalar é um período crítico para qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes acometidos por AVC, conforme aborda Acosta (2016, p. 14), pois o paciente ao retornar para seu domicílio precisa se adaptar ao seu novo cotidiano e

os familiares são desafiados a novas rotinas de cuidados que passam desde o uso adequado e gestão de medicamentos até o conhecimento dos serviços disponíveis em seu território para lhe prestar o suporte adequado.

#### 2.4 Transição do Cuidado à Rede de Atenção à Saúde

Estudos apresentados na pesquisa de Acosta (2016, p. 14) indicam que uma transição de cuidado feita de forma inadequada “traz repercussões que incluem desde erros, efeitos adversos e discrepâncias de medicação (KANAN et al., 2013; TROMPETER et al., 2014), até pouca aderência ao tratamento (KRIPALANI et al., 2009) e baixa qualidade de vida (COUZNER; RATCLIFFE; CROTTY, 2012)”. Sabe-se que há maiores probabilidades de readmissões hospitalares nos Serviços de Emergência quando esta transição do cuidado ocorre de forma não planejada. A autora afirma ainda que “os custos do sistema de saúde poderiam ser minimizados se fossem implementadas intervenções de transição do cuidado mais efetivas” (ACOSTA, 2016, p. 15). Transição de cuidado refere ao

[...] intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e conclui quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo desde o planejamento de alta e a educação em saúde do paciente e da família, até a organização logística, a articulação com os serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais atuantes no processo (BURKE et al., 2013; COLEMAN, 2003; PARRY et al., 2008 apud ACOSTA, 2016, p. 12).<sup>4</sup>

A Organização Mundial da Saúde (2003) e a Joint Commission International (2010) têm utilizado a qualidade das transições do cuidado como um dos componentes para avaliação do desempenho de hospitais. O objetivo da transição de cuidado efetiva é garantir que os usuários continuem sendo assistidos de forma integral independente do local ou equipe que estiver responsável por ele. Transições do cuidado seguras de serviços hospitalares para o domicílio consideram aspectos relacionados ao planejamento da alta, educação em saúde aos pacientes e familiares, continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento pós-alta, os quais são importantes indicadores para avaliação da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde.

---

<sup>4</sup> Este é o conceito de transição do cuidado que será baseado neste estudo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar a assistência aos pacientes admitidos por AVC no HCPA com alta hospitalar do Serviço de Emergência, com vistas à integralidade do cuidado em saúde.

#### **3.2 Específicos**

- a) Caracterizar a população admitida por AVC no HCPA e a sua forma de acesso ao Serviço de Emergência;
- b) Identificar as vulnerabilidades sociais registradas pela equipe no Serviço de Emergência do HCPA e a atuação do/a assistente social na assistência ao paciente com AVC;
- c) Identificar as recomendações da equipe assistencial na transição do cuidado pós-alta hospitalar do Serviço de Emergência do HCPA à Rede de Atenção à Saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Estudo quantitativo descritivo transversal retrospectivo realizado a partir do mapeamento da assistência aos pacientes admitidos por AVC no HCPA, com alta hospitalar do Serviço de Emergência. Como fonte para coleta utilizada foram os dados primários institucionais fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico Informações em Saúde (SAMIS) através de query com identificação de paciente. As informações foram extraídas dos prontuários eletrônicos dos pacientes que compõem a amostra.

### 4.2 Campo de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### 4.3 Participantes

Foram analisados 27 prontuários dos pacientes dentro dos critérios de inclusão na amostra.

#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

a) Pacientes admitidos por AVC no HCPA com alta hospitalar do Serviço de Emergência.

#### 4.3.2 Critérios de Exclusão

a) Pacientes admitidos por AVC no Serviço de Emergência do HCPA, que foram transferidos para outra unidade de internação.

b) Pacientes admitidos por AVC no Serviço de Emergência do HCPA que foram a óbito.

#### 4.4 Coleta de Informações

As informações foram coletadas através de prontuário eletrônico no sistema informatizado Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGHuse) dos pacientes admitidos por AVC no Serviço de Emergência do HCPA, no período de março/2019 a junho/2019. Foi disponibilizada pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA a query com a lista atualizada desses pacientes, no período em questão, de onde foi extraída a amostra (n 27) pesquisada neste estudo. Os dados coletados foram registrados em formulário específico elaborados pela pesquisadora (Apêndice A) para este fim, possibilitando, dessa forma, a sistematização em planilha de Microsoft Excel 2010 para posterior análise dos resultados.

#### 4.5 Análises das Informações

Tratando-se de pesquisa documental para a análise de dados numéricos (método quantitativo) utilizou-se o procedimento de estatística descritiva através de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%) para as variáveis categóricas, com média e desvio padrão para as variáveis idades e escala de déficit neurológico National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). As informações gerais da amostra foram extraídas através de query com identificação de paciente disponibilizada pelo SAMIS e coletadas baseadas no roteiro de coleta dos dados em Prontuário On Line (Apêndice A). Do referido documento os dados foram operacionalizados em planilha de Microsoft Excel 2010 e sistematizados de forma detalhada para posterior inferência dos resultados obtidos e interpretados de acordo com os objetivos da pesquisa.

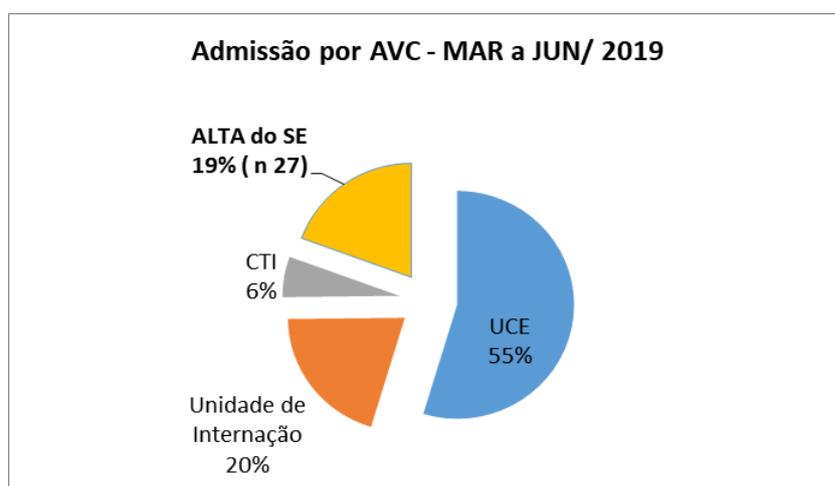
## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa foi submetida através do Projeto nº 2018/0687, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição nº CAAE 5209218400005327 e pelo parecer nº 3.110.261 em 19 de março de 2019. De acordo com as Resoluções nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contêm os aspectos éticos que devem orientar as pesquisas envolvendo seres humanos, os quais foram rigorosamente observados neste estudo. Para prevalecer o compromisso ético da pesquisadora com os sujeitos pesquisados foi mantido durante todo o processo o respeito e a privacidade dos indivíduos e um cuidado rigoroso no tratamento dos dados coletados. Neste trabalho, também, foram observados os aspectos éticos que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos através do Termo de Compromisso para uso de Dados Institucionais (ANEXO A) e Termo de Compromisso para utilização de Dados (ANEXO B). Esta pesquisa não oferece potenciais riscos ou dano significativo, bem como não acarretou incômodo aos sujeitos pesquisados, uma vez tratar-se de pesquisa documental, foi mantido o sigilo dos dados de identificação dos participantes garantindo a proteção dos incluídos na amostra.

## 6 RESULTADOS

Neste estudo foi identificada uma população de 139 pacientes admitidos por AVC (CID I64) no Serviço de Emergência no HCPA, entre os meses de março a junho/2019. Verificou-se que o período de internação hospitalar variou de um a cinco dias de permanência no Serviço de Emergência, sendo a média de internação na unidade de três dias (72 horas).

Gráfico 1: Admissão na Emergência HCPA por AVC - Março a Junho/ 2019



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Da população de 139 pacientes admitidos por AVC (Gráfico 2) no período especificado, 55% (76) pacientes foram transferidos para Unidade de Cuidados Especiais (UCE), 20% (28) foram transferidos para unidade de internação (andar) e 6% (8) transferidos para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Desta forma, 19% (27) pacientes admitidos por AVC no HCPA, com alta hospitalar do Serviço de Emergência, se enquadraram no critério de inclusão compondo, assim, a amostra analisada nesta pesquisa.

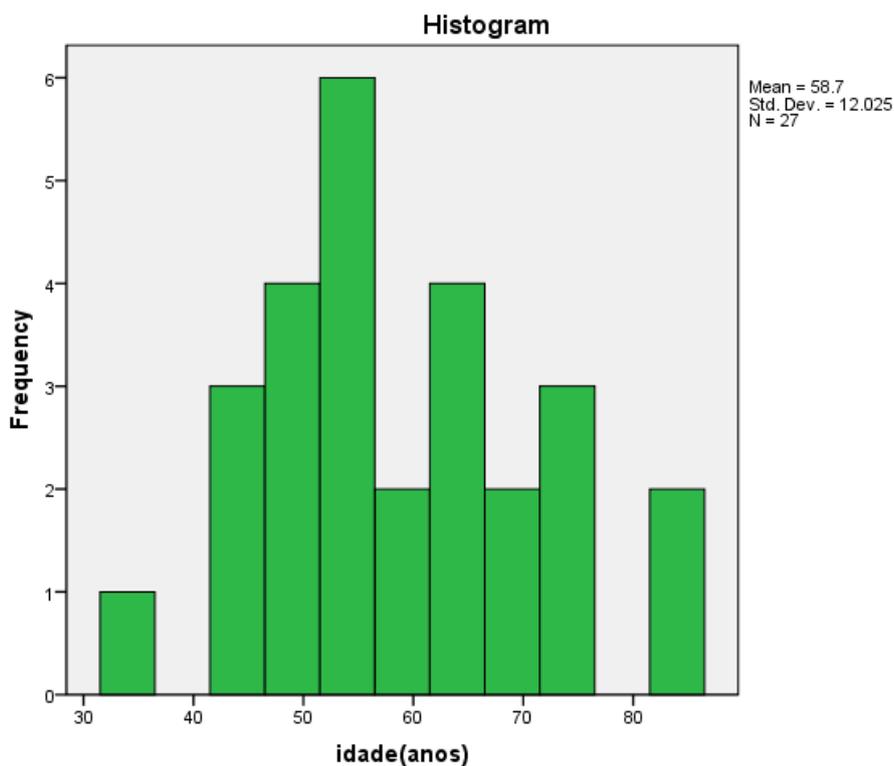
Tabela 1: Perfil da amostra (n 27) dos pacientes com AVC - Março a Junho/ 2019

<b>Características da amostra</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
<i>Feminino</i>	16	59
<i>Masculino</i>	11	41
<b>COR</b>		
<i>Branco</i>	18	67
<i>Pardo/Preta</i>	9	33
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<i>Casados/Companheiros</i>	12	44
<i>Solteiros</i>	7	25
<i>Separados/Divorciados/Viúvos</i>	8	29
<b>REGIÃO DE PROCEDÊNCIA</b>		
<i>Porto Alegre/RS</i>	24	89
<i>Metropolitana</i>	2	7
<i>Interior</i>	1	4
<b>REDE DE APOIO FAMILIAR</b>		
<i>Um ou mais filhos</i>	18	67
<i>Não consta informação</i>	8	29
<i>Não possui filhos</i>	1	4
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Considerando as características generalistas dos 27 prontuários examinados obteve-se o seguinte perfil da amostra (Tabela 1): sexo feminino 59% (16), masculino 41% (11), sendo brancos 67% (18), pretos/pardos 33% (9), estado civil casado ou constando companheiro 44% (12), solteiros 25 % (7), separados, divorciados ou viúvos 29% (8). Referente à região de procedência a grande maioria era da cidade de Porto Alegre/RS 89% (24), região metropolitana 7% (2) e somente 4% (1) do interior do RS. Quanto à rede de apoio familiar teve registro de um ou mais filhos 67% (18), não consta esta informação no prontuário de 29% (8) e não possuíam filhos 4% (1).

Gráfico 2: Média de idades (n 27)



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A faixa etária de idades dessa pesquisa (Gráfico 1) ficaram: entre 50 a 59 anos 30% (8), de 60 a 69 anos 26% (7), entre 40 a 49 anos 22% (6), entre 70 a 79 anos 7% (2) e octogenários 11% (3). Apenas 4% (1) tinham entre 30 e 40 anos. A média de idade da amostra foi 58,7 anos com desvio padrão 12,025.

Tabela 2: Fatores de risco prévios para AVC (n 27) - Março a Junho/ 2019

<b>Fatores de risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>AVC prévio à internação</i>	7	25
<i>1º AVC</i>	20	75
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<i>HAS e/ou DM</i>	17	63
<i>Cardiopatias / outros fatores</i>	10	37
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<i>Tabagismo e/ou SPAs</i>	13	48
<i>Cardiopatias / outros fatores</i>	14	52
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Referente ao histórico prévio das vítimas de AVCs e fatores de risco (Tabela 2) foi constatado que 75% (20) pacientes foram admitidos no HCPA por primeiro evento de AVC e 25% (7) dos pacientes já haviam tido AVCs prévios à admissão no Serviço de Emergência. Esse fato reforça a importância de redobrar o cuidado após o primeiro AVC, a fim de diminuir a possibilidade de novos eventos. Dos 27 pacientes da nossa amostra 63% (17) portavam pelo menos um dos fatores de risco prevalentes de doenças cerebrovasculares prévios à internação hospitalar, a saber: HAS ou DM (doenças crônicas não transmissíveis). A literatura aponta a HAS como o principal fator de risco para o AVCi, e o alvo mais importante para sua prevenção. Um dado, também, importante a ser considerado é que 48% (13) dos pacientes faziam uso de tabaco ou outras Substâncias Psicoativas (SPAs), também, fatores de risco recorrentes em vítimas de AVC, segundo a literatura.

Tabela 3: Admissão por AVC no HCPA com alta do SE - Março a Junho/ 2019

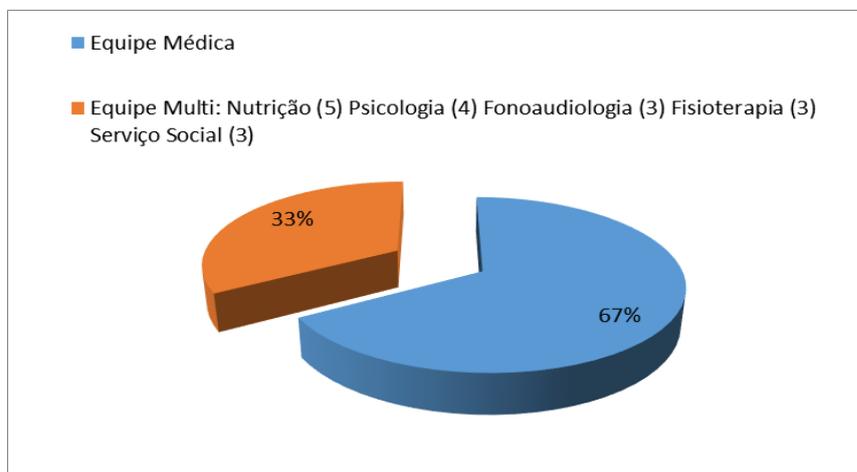
<b>Diagnósticos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>AVCi</i>	14	52
<i>AVCi (Trombolizado)</i>	3	11
<i>AIT</i>	4	15
<i>Outras etiologias</i>	5	18
<i>Alta a pedido (sem investigação)</i>	1	4
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Da amostra dos 27 prontuários se confirmou diagnóstico de AVC isquêmico (AVCi) em 63% (17) pacientes (Tabela 3), sendo que destes, 11% (3) pacientes estavam dentro da janela de tempo terapêutica, bem como dentro dos critérios estabelecidos e foram submetidos à terapia trombolítica aumentando, desta forma, as chances de melhor perspectiva prognóstica conforme aponta as pesquisas. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para uso de Trombólise no AVCi Agudo (2012), a tomografia computadorizada (TC) de crânio configura-se como método mais utilizado na avaliação inicial do AVCi agudo, pois tem capacidade de demonstrar sinais precoces de isquemia. Dos pacientes analisados 15% (4) foram diagnosticados com Acidente Isquêmico Transitório (AIT) com recuperação total dos déficits em poucas horas do evento. Após serem submetidos a exames de neuroimagem, 18% (5) dos pacientes não apresentaram sinais de doença cerebrovascular aguda em evolução, caracterizando, desta forma, déficits

neurológicos de outras etiologias. Por fim, um paciente desistiu da investigação e teve alta hospitalar a pedido do Serviço de Emergência após assinar termo de desistência do tratamento.

Gráfico 1: Assistência ao AVC na Emergência do HCPA - Março a Junho/ 2019



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

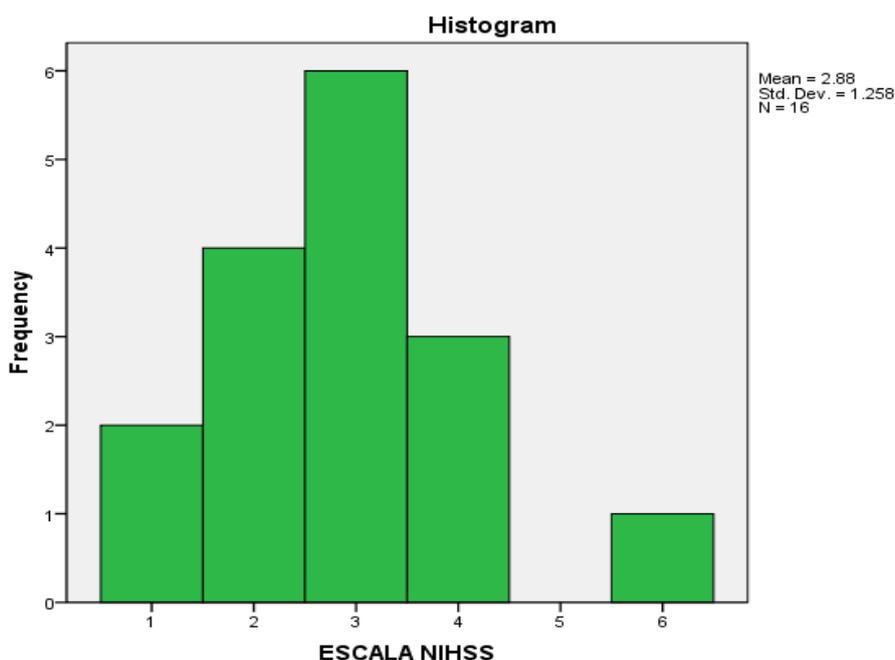
Observou-se neste estudo (Gráfico 3) que apenas 33% (9) dos pacientes foram avaliados pela equipe multiprofissional do Serviço de Emergência HCPA, sendo esta composta pelos serviços de Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social, Enfermagem e Farmácia. Dado que contrasta com um percentual de 67% (18) pacientes que foram avaliados apenas pela equipe médica. Dos pacientes admitidos no SE 59,2% (16) tiveram alta para o domicílio, com registro em prontuário de perda ou diminuição de funcionalidade, apresentando sequelas leves a moderadas prévias e/ou decorrentes do evento AVC na alta hospitalar, fato que evidenciou a necessidade, também, de avaliação multiprofissional, no entanto, a assistência ao AVC no SE ficou limitada à intervenção médica.

Quadro 1: Escala NIHSS de déficit neurológico (n 27)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	40.7	40.7	40.7
	1	2	7.4	7.4	48.1
	2	4	14.8	14.8	63.0
	3	6	22.2	22.2	85.2
	4	3	11.1	11.1	96.3
	6	1	3.7	3.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Gráfico 2: Escala NIHSS de déficit neurológico 59,2% (n 16)



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

O grau de comprometimento neurológico (Quadro 1 e Gráfico 4) pode ser avaliado pelo médico neurologista, o qual utiliza escalas que buscaram padronizar e tornar rápido e efetivo o exame, sendo a mais utilizada a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), que tem grande utilidade diagnóstica, prognóstica e na avaliação sequencial do paciente. Trata-se de uma escala com pontuação que varia de zero a 42 pontos, representando a maior pontuação um comprometimento neurológico mais severo. O escore considera déficit leve NIHSS <5, moderado

NIHSS entre 5 e 17, grave NIHSS entre 17 e 22 e muito grave NIHSS > 22. Pacientes com pontuação <4 são potencialmente propensos a ter bons resultados clínicos. Nesse estudo, dos 59,2% (16) pacientes que apresentaram perda ou diminuição de funcionalidade, a média de NIHSS foi 2,88 com desvio padrão 1,25 na alta hospitalar, o que é considerado um déficit neurológico leve segundo o escore.

Tabela 4: Acesso ao HCPA vítimas de AVC – Março a Junho/ 2019

<b>Formas de acesso/Transferência da RAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Demanda espontânea</i>	15	56
<i>SAMU Protocolo de AVC</i>	5	19
<i>Unidade de Pronto Atendimento</i>	3	11
<i>Hospitais</i>	2	7
<i>Atenção Primária à Saúde</i>	2	7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Referente ao acesso ao Serviço de Emergência do HCPA (Tabela 4), 56% (15) dos usuários chegou para atendimento por demanda espontânea sozinho/acompanhado ou trazidos pelo SAMU. Os demais 44% (12) usuários foram encaminhados de outro serviço da RAS das seguintes formas: 19% (5) dos usuários por Protocolo de AVC trazidos pelo SAMU, 11% (3) usuários chegaram transferidos de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 7% (2) foram transferidos de outros Hospitais de Porto Alegre/RS; por fim, 7% (2) dos usuários chegaram à Atenção Hospitalar transferidos da APS.

Tabela 5: Transição do Cuidado do SE HCPA à RAS – Março a Junho/ 2019

<b>Recomendações na Alta Hospitalar (AH)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Especialidade médica do ambulatório HCPA</i>	10	37
<i>UBS Santa Cecília</i>	2	7
<i>Rede ambulatorial do SUS (APS)</i>	8	30
<i>Rede ambulatorial HCPA para reabilitação</i>	4	15
<i>Rede de Atenção às Urgências Psiquiátricas</i>	1	4
<i>Nenhuma (desistência do tratamento)</i>	2	7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Concernente à transição do cuidado à RAS (Tabela 5), observou-se que 37% (10) dos pacientes que foram recomendados às especialidades médicas do HCPA, 50% (5) destes já possuíam vínculo ambulatorial prévio vigente com o hospital e outros 7% (2) tinham vínculo com UBS Santa Cecília, que é a unidade de referência dos usuários que residem no território, no qual se localiza o HCPA. Também foram encaminhados 37% (10) pacientes à rede ambulatorial do SUS através da APS do território de origem dos usuários. Pacientes que pediram alta hospitalar por desistência do tratamento não foram recomendados a nenhum serviço da RAS, ou seja, 7% (2) não foram encaminhados à rede para continuidade do cuidado.

Verificou-se que dos 27 pacientes analisados 59% (16) receberam alta hospitalar do SE apresentando sequela leve à moderada na alta hospitalar do SE, destes, 15% (4) foram encaminhados para reabilitação nos ambulatórios do HCPA, os demais foram encaminhados à rede ambulatorial do SUS. Entretanto, as condições de vida, trabalho e renda, bem como o acesso aos serviços no território pelos usuários, que poderiam ter sido avaliados pelo/a assistente social anterior a alta hospitalar não ocorreu. Desta forma, observou-se que as vulnerabilidades sociais não foram percebidas na admissão do paciente no SE e/ou na avaliação da equipe na unidade, de forma a integrar o/a assistente social, assim como os demais profissionais nos processos de trabalho coletivo. Ficando evidenciado e o desconhecimento por parte da equipe médica sobre as possibilidades de atuação do Serviço Social em equipe multiprofissional do SE na assistência integral ao paciente com AVC. Fato que leva à fragmentação do cuidado em saúde e a centralidade da intervenção na equipe médica.

## 7 DISCUSSÃO

Os objetivos específicos discutidos nesse tópico, a saber: caracterizar a população admitida por AVC no HCPA e a sua forma de acesso ao Serviço de Emergência; identificar as vulnerabilidades sociais registradas pela equipe no Serviço de Emergência do HCPA e a atuação do/a assistente social na assistência ao paciente com AVC; identificar as recomendações da equipe assistencial na transição do cuidado pós-alta hospitalar do Serviço de Emergência do HCPA à Rede de Atenção à Saúde, foram baseados nos resultados da pesquisa.

Considerando que o AVC é a 2ª doença que mais mata a população brasileira, além de ser a principal causa de incapacidade no mundo, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) . A OMS estima que, a cada seis segundos, uma pessoa morre por causa do AVC. Isso significa mais de 6 milhões de óbitos por ano em todo o planeta e no Brasil é a segunda maior causa de morte, totalizando mais de 6 mil por ano. Segundo Martins (2016), no Rio Grande do Sul são mais de 19 mil casos da doença por ano, destes, 16 mil são atendidos pelo SUS, sendo 9,5 mil apenas em Porto Alegre e Região Metropolitana.

Ainda de acordo com Martins et al. (2007)<sup>5</sup>, o AVC pode ser evitado com medidas simples de prevenção e controle dos fatores de riscos, que incluem: pressão alta, colesterol elevado, diabetes, tabagismo, obesidade, sedentarismo, má alimentação e fibrilação atrial (frequência cardíaca irregular que provoca má circulação). Em reportagem recente, a mesma autora salienta que as principais sequelas deixadas pela doença são: dormência em um lado do corpo, impossibilidade de andar, dificuldade de fala e compreensão, falta de equilíbrio e coordenação, e problemas de memória. O que impacta diretamente na qualidade de vida dos pacientes e famílias com repercussão socioeconômica.

Nesse cenário, os pacientes que recebem trombolíticos (alteplase intravenosa<sup>6</sup>) apresentaram melhor recuperação dos déficits neurológicos avaliados pela escala NIHSS quando comparado aos que não recebem a terapia trombolítica. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para uso de Trombólise no AVCi

---

<sup>5</sup> Profa. Dra. Sheila Cristina Ouriques Martins: Presidente da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), fundadora da Rede Brasil AVC e representante do Brasil no Comitê diretor da World Stroke Organization.

<sup>6</sup> Alteplase: (TPA, na sigla em inglês) é um medicamento aplicado de forma intravenosa. Uma vez dentro da corrente sanguínea, a substância chega até cérebro e dissolve o coágulo. (SBDCV, 2019).

Agudo (2012) refere que Alteplase é um dos tratamentos utilizados mais efetivos para os pacientes com AVCi agudo no momento, contudo, “não reduz a mortalidade de forma direta; no entanto, atua eficazmente na funcionalidade dos pacientes pela redução de sequelas” e refere, ainda, que determinados fatores devem ser considerados no “risco/benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22, idade > 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabetes mellitus” (BRASIL, 2012, p. 513).

O tratamento trombolítico trará benefícios a pacientes que tenham até 4 horas e 30 minutos de evolução do quadro inicial. Apenas 11% (3) dos pacientes receberam Alteplase no tratamento, este dado corrobora com o que refere a Portaria GM/MS nº 664, de 12 de abril de 2012, na qual consta que este fármaco é utilizado em apenas 5% dos casos, devido ao atraso no reconhecimento dos sintomas e a demora no transporte do paciente até receber o atendimento adequado no Serviço de Emergência. Segundo Araújo et al. (2010, p. 08) a intervenção terapêutica com uso do trombolítico rt-PA nas primeiras três horas de evolução do AVC, pode diminuir os custos com internação devido “redução do tempo de hospitalização e reabilitação e, especialmente, reduzir os custos indiretos (perda de produtividade, absenteísmo, morte prematura), com grande repercussão socioeconômica”.

Os principais fatores de risco para AVC são divididos em não modificáveis e modificáveis. “Os fatores não modificáveis são: idade avançada, o sexo masculino e a raça negra. Já os modificáveis são, principalmente, a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e o tabagismo” (CASTRO et al., 2009, p. 172). Segundo o mesmo autor, a relação entre fatores de risco potencialmente modificáveis com a incidência de AVC, poderia ser reduzida com o controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo e dislipidemias, através da mudança de estilo de vida e hábitos alimentares, visando à prevenção primária da população. Nesse sentido, a Fundação Fiocruz (2005) salienta que, devido à complexidade dos problemas de saúde, para um enfrentamento efetivo é necessário à utilização de múltiplos saberes e práticas, desta forma, um cuidado integral [...] “implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional” (EPSJV, 2005, p. 75).

O percentual de 67% (18) dos pacientes foi avaliado apenas pela equipe médica e 33% (9) foi avaliado, também, pela equipe multiprofissional do Serviço de Emergência HCPA, sendo esta composta pelos serviços de: Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social, Enfermagem e Farmácia. Porém, foi identificado que 59,2% (16) dos pacientes tiveram alta para o domicílio do SE, com registro em prontuário de alguma perda ou diminuição de funcionalidade, apresentando sequelas leves a moderadas prévias e/ou decorrentes do evento AVC na alta hospitalar. Este dado contrasta com o percentual de apenas 33%(9) que foi avaliado pela equipe multiprofissional, ou seja, possíveis necessidades de reabilitação e/ou psicossociais não foram consideradas na avaliação da equipe médica no SE.

Observou-se que as vulnerabilidades sociais, também, não foram percebidas na admissão por AVC no SE e/ou na avaliação da equipe médica, de forma a integrar o/a assistente social no trabalho coletivo considerando o conceito ampliado em saúde. Pensar a inclusão desse paciente, novamente, à sua família/comunidade, realizar uma transição de cuidado em saúde interprofissional, articular com a rede de serviços do território é um fator importante, visando garantir a integralidade da assistência ao paciente com AVC. Para tanto, faz-se necessário compreender assistência em saúde não mais na perspectiva centrada na doença, mas com um olhar ampliado para os problemas de saúde de forma a intervir, efetivamente, conhecendo os possíveis fatores de risco e agir preventivamente, reconhecendo o indivíduo como um sujeito com dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas, fortalecendo a prática profissional na perspectiva da transversalidade das áreas de saberes e horizontalidade das profissões.

Conforme o art. 5º, da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), é objetivo do SUS a identificação e divulgação dos fatores que interferem no processo saúde-doença; entretanto, os determinantes sociais, econômicos e culturais não foram avaliados pelo/a assistente social no Serviço de Emergência, visando atender o preconizado na linha de cuidado integral ao paciente vítima de AVC. Inúmeras condições podem influenciar para o aumento da incidência ou recorrência de novo de AVC na população socioeconômica mais vulnerável. Desta forma, a atuação dos assistentes sociais se faz fundamental para compreensão do contexto socioeconômico, rede de apoio familiar, mapeamento das redes de serviços do território dos usuários, visando à articulação com os diferentes setores sociais, a fim

de garantir a integralidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, busca estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões, contribui para que os usuários do SUS tenham acesso às políticas públicas de proteção social, que, conforme a Política Nacional de Assistência Social (2004) se trata de um conjunto de iniciativas públicas para a provisão de serviços e benefícios sociais, que visam o enfrentamento de vulnerabilidades e risco social decorrentes de carecimentos, fragilidades e situações adversas multifatoriais, às quais os indivíduos estão suscetíveis nos diferentes ciclos de vida (BRASIL, 2005).

Os assistentes sociais contribuem com o planejamento de ações conjuntas, nos processos de trabalho coletivo, na busca por estratégias de intervenção, na articulação com os serviços intersetoriais, que visem garantir a continuidade do cuidado em saúde pós-alta hospitalar do Serviço de Emergência. Sendo assim, são profissionais essenciais no processo da efetivação da integralidade em saúde, na assistência ao paciente com AVC. Incentivar, sempre que possível, o trabalho em equipe multiprofissional, é dever do/a assistente social, de forma a possibilitar a prática interprofissional entre as diferentes categorias, na perspectiva de horizontalidade entre as profissões. Nesse sentido, com trabalho coletivo será possível reduzir: custos com internação hospitalar evitável, superlotação no serviço e aprimorar a qualidade da assistência ofertada aos usuários, especialmente, se tratando de situações de alta complexidade, como nos casos que envolvem o Serviço de Emergência.

A baixa escolaridade sobressaiu na amostra: dos usuários da amostra 55% (15) possuíam apenas o ensino fundamental, não era alfabetizado 4%(1), tinham o ensino médio 30%(8), com ensino superior apenas 7% (2) e não foi registrada a informação em 4%(1). De acordo com dados sociodemográficos a população com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade tende a ser mais vítima de AVC. Essas características estão relacionadas às desigualdades sociais presentes no sistema de produção capitalista contrastando com a riqueza socialmente distribuída no país. As múltiplas situações de violação de direitos que as famílias mais vulneráveis estão vivenciando ultrapassa a satisfação de uma necessidade imediata (alimentação ou transporte, por exemplo), requer um posicionamento crítico do/a assistente social e domínio dos instrumentos técnicos em matéria de Serviço Social para identificar as expressões da questão social vivenciada pelos usuários, para intervir na realidade social buscando estratégias individuais e coletivas para o

enfrentamento desta realidade. Para tanto, é direito e compromisso do/a assistente social o aprimoramento profissional de forma contínua, conforme preconizado no Código de Ética Profissional (CFESS, 2011).

O/a assistente social trabalha no âmbito das políticas sociais, com recursos institucionais e/ou da sociedade civil organizada para dar conta das complexas demandas que lhes são apresentadas no cotidiano dos serviços, não devendo restringir sua intervenção profissional às abordagens que tratam as necessidades sociais como problemas e responsabilidades individuais e grupais, entretanto, deve-se priorizar sempre a autonomia dos sujeitos, conforme preconiza o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o projeto ético político da profissão, destacam-se no contexto histórico os desafios teóricos, políticos e técnico-operativos postos ao/a assistente social na sua inserção em processos de trabalho coletivo. Baseado nos Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Política de Assistência Social (CFESS, 2011), às situações de violação de direitos extrapolam as possibilidades de uma única política social e requer enfrentamento através de um conjunto de políticas públicas que garantam direitos e respondam as diversas e complexas necessidades básicas da vida social, a começar pela política econômica, que deve se comprometer com geração de emprego e renda e distribuição da riqueza socialmente produzida (BRASIL, 1988, Art. 6).

A autora Yamamoto (2012) aborda que a questão social está diretamente vinculada ao sistema capitalista de produção, no qual se refletem as expressões das desigualdades sociais, provenientes da relação entre capital x trabalho e dos efeitos que este produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras. Alguns exemplos de violação de direitos podem estar relacionados com ausência de informação dos usuários sobre direitos sociais, o não acesso a bens e serviços essenciais para suprir necessidades humanas, à dificuldade de compreensão sobre os fatores de risco da doença, precarização ou negação de acesso aos serviços públicos de saúde na APS, ausência de educação/orientação em saúde multiprofissional ao paciente/família, dentre outras. Essa população geralmente apresenta mais comorbidade prévias e chega mais tardiamente para atendimento de urgência, o que dificulta a efetividade das ações necessárias para um melhor prognóstico após um AVC.

Contudo, em países que possuem um sistema universal de saúde, como é no Brasil, os mais pobres têm a possibilidade de chegar aos serviços de saúde, ainda

que tardiamente, fato que indica uma ampliação do acesso à saúde pública no país, ainda que precarizado. De acordo com Martins et al. (2007), estudos internacionais evidenciaram que pacientes sem seguro saúde têm menos acesso aos cuidados ambulatoriais preventivos de doenças crônicas, desta forma, aderem menos aos medicamentos e recomendações médicas quanto à modificação de hábitos e estilo de vida.

O SE tem como característica o alto custo para o hospital com exames, bem como, na maioria das vezes, a falta de continuidade no atendimento após alta hospitalar, leva à baixa adesão ao tratamento pela população. A insuficiência de profissionais e infraestrutura, bem como a fragmentação das redes de atenção, provocam fragilidades, como a superlotação das unidades hospitalares. Conceitualmente, superlotação de um serviço, conforme aborda Kruel (2018), refere-se quando há mais pessoas ocupando um determinado espaço do que comporta e a realização dos processos operacionais está muito próxima ou além da capacidade de alocação. Nos hospitais a superlotação representa uma ocupação de 85% a 90% da capacidade das unidades hospitalares, segundo a autora.

Segundo estudo de Kalil <sup>7</sup>et al.(2018), que refere a literatura apontando a superlotação como sendo um problema mundial e multifatorial complexo onde há mais demanda pelos serviços do que oferta de leitos, evidenciando a relação entre superlotação dos serviços de atendimentos de urgência e emergência com a baixa efetividade organizacional e da própria fragilidade da rede de serviços. De acordo com o autor dentre as principais causas da superlotação dos Serviços de Emergência estão

[...] “longo tempo de permanência nas Emergências por falta de leitos para efetivação de internação nos sistemas de saúde em geral; o excesso de regulação inadequada para os serviços de urgência gerando grande demanda de pacientes com situações não urgentes, bem como o excesso de solicitações de exames de imagem de alto custo para o hospital; a deficiência no acesso e na resolutividade das demandas na APS em termos de prevenção e manejo de doenças crônicas; as internações que poderiam ser evitadas em atendimentos ambulatoriais”. (KALIL et al. 2018, p.)

Nesse contexto de superlotação na atenção hospitalar, surge como estratégia a metodologia Lean nas Emergências, que se trata de um projeto do Ministério da

---

<sup>7</sup> Mauro Bins Kalil: coordenador do Serviço de Atenção Domiciliar Melhor em Casa - Porto Alegre/RS

Saúde, implementado pelo Hospital Sírio-Libanês em SP, para reduzir a superlotação nas emergências de hospitais públicos e filantrópicos. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi selecionado para fazer parte da iniciativa e desde novembro/2018 iniciou a implementação do projeto no Serviço de Emergência. Segundo o MS, a metodologia Lean é uma filosofia de gestão para aperfeiçoamento de processos, baseada no que agrega valor ao paciente, buscando eliminar desperdícios e engajar a equipe para aumentar a qualidade de atendimento prestada. Adoção desta iniciativa tem demonstrado bons resultados estratégicos, de acordo com os indicadores institucionais HCPA (2019), diminuindo índices de superlotação no Serviço de Emergência em até 72hs. Além disso, observou-se uma melhora considerável da comunicação entre as equipe, após a implantação do Projeto Lean na Emergência do HCPA.

Considerando que 88% dos usuários da pesquisa são provenientes da capital, pode-se pensar como estratégia de transição de cuidado segura, a vinculação dos pacientes com necessidade de atenção domiciliar o ao Programa Melhor em Casa do Governo Federal, que desde outubro/2018 contempla 100% do território de Porto Alegre/RS. Em 2011, o MS criou por meio da Portaria nº 2.527/2011, o Programa Melhor em Casa (PMC), redefinindo a atenção domiciliar no âmbito do SUS, sendo mais um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE) que abrange todas as faixas etárias, com doenças crônicas, agudas ou crônicas agudizadas. O PMC trata-se de uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção e promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo a continuidade de cuidados no domicílio. Segundo o MS (2012, s/p apud MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 159), a assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar “tende a humanizar o cuidado, (re)colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos como objeto de intervenção”.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído por equipes multiprofissionais de atenção e apoio domiciliar, que atuam de forma complementar aos cuidados realizados na APS e os serviços de urgências, podendo ser substitutivo ou complementar a internação hospitalar dependendo de cada situação avaliada pela equipe conforme critérios para a inclusão no PMC. Kalil, Mahmud e Nunes (2018), afirmam que, o SAD minimiza intercorrências clínicas, diminui os riscos de infecções hospitalares decorrentes de longos períodos de internação do

paciente, em especial, de idosos, e oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e seus familiares, no entanto, para inclusão ao PMC é necessário ter a presença de cuidador para pacientes dependentes.

A existência de cuidador como condicionalidade para vinculação ao PMC vai ao encontro à crítica feita por Mioto e Dal Prá (2015) no livro “Familismo Direitos e Cidadania: contradições da política social”, na qual aborda a família como principal instância de provisão de bem-estar social, desconsiderando a questão central que é a sobrecarga dos familiares em relação aos cuidados e a responsabilização das famílias no âmbito das políticas sociais. Segundo a autora, “sob a égide do cuidado, se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias” (MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 150), os quais podem ser tanto custos financeiros, como emocionais ou de trabalho que implica tanto em trabalho familiar, como em recursos materiais da família que são, na maioria das vezes, inexistentes ou escassos.

Nesse sentido, o cuidado é ampliado com os auxílios da rede social primária (família extensa, amigos, vizinhos, comunidade...) na perspectiva da solidariedade, isentando a responsabilização do Estado de promover condições dignas de acesso universal e igualitário às ações e serviços, que exigem políticas públicas de qualidade para enfrentamento das demandas de saúde. Nesse cenário, onde o aumento e complexidade das demandas são contínuos e as necessidades de uso de tecnologias em saúde são crescentes, principalmente, pelas mudanças demográficas do país, com o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento humano, os desafios de acesso à saúde são inúmeros.

Um dos desafios dos sistemas de saúde é manter a qualidade da assistência em uma conjuntura de cortes de investimentos na área da saúde, a diminuição do financiamento em Políticas Sociais, que vem sofrendo fortes ataques do poder público com o contingenciamento de verbas, sobretudo nas Políticas de Seguridade Social e Educação. Como resultado deste cenário, vivenciamos a precarização dos sistemas de saúde, flexibilização das relações de trabalhos, retração de direitos e o sucateamento do setor público, com a “quebra da centralidade do Estado na provisão de bem-estar, em favor do mercado e dos setores não governamentais e não mercantis, como atores fundamentais nas decisões e práticas da política social” (MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 148). Desta forma, os serviços de saúde são cada vez mais desafiados a articular uma transição de cuidado efetiva a fim de potencializar

os recursos escassos, de forma a viabilizar o acesso universal à saúde e a assistência integral aos usuários do SUS.

Nesta pesquisa identificou-se que novos pacientes foram referenciados para continuidade do cuidado nos ambulatórios do HCPA, perfazendo um total de 62% os que foram encaminhados ou permaneceram vinculados ao HCPA após alta hospitalar do Serviço de Emergência. Observou-se que um percentual considerável destes pacientes permaneceu vinculado ao serviço especializado do HCPA, sendo assim, esse fato tende a fragilizar a vinculação do usuário com a APS, que tem a longitudinalidade como característica central do cuidado.

Conforme aborda Cunha e Giovanella (2011), a longitudinalidade consiste na relação entre o médico e o paciente que se estende além de episódios específicos de doença, baseia-se no reflexo de um senso de vinculação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do médico generalista ou equipe de APS. Trata-se do acompanhamento sistemático do paciente ao longo do tempo, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos, ficando implícita, desta forma, uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente.

Os benefícios apontados na literatura como relacionados à transição do cuidado adequada são “promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobre uso dos serviços de saúde e ainda provável redução dos custos do cuidado” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1035). Este vínculo com médico regular necessário para estabelecimento de confiança na relação médico-paciente que deveria ser fortalecida na APS - unidade assistencial de referência do usuário - é substituído pelo vínculo com serviços de saúde de maior complexidade, neste caso com o HCPA. Nota-se que os serviços de urgência e/ou emergência passam a ser referência para a maioria das demandas de saúde dos usuários, o que acaba por descaracterizar a Atenção Hospitalar, que deveria ser uma área de passagem, onde ocorre o atendimento de situações de agravamento de saúde que podem causar risco de vida, sofrimento intenso ou perda de autonomia e/ou capacidade funcional.

Somando-se a isso, a redução de investimento público em serviços essenciais para a população, culmina na dificuldade de acesso e/ou precarização dos serviços de saúde na APS, como, por exemplo, a falta de médicos nos

territórios, corrobora para que os usuários cheguem aos Serviços de Emergência com situações de saúde muito graves ou avançadas, necessitando de atendimento urgente de maior tecnologia. Neste cenário é que se dá a superlotação dos Serviços de Urgência, bem como perpetuação do modelo de atenção biomédico com viés intervencionista com foco na doença, que reforça a fragmentação da atenção, além de fragilizar a APS como responsável pela coordenação do cuidado na RAS.

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou analisar a assistência aos pacientes admitidos por AVC no HCPA com alta hospitalar do Serviço de Emergência, com vistas à integralidade do cuidado em saúde. Diante do exposto, concluiu-se que às principais características da população admitida no SE foi evidenciado: média da idade de 58,2 anos, sexo feminino, procedentes de Porto Alegre e a baixa escolaridade. A forma de acesso mais frequente foi através de demanda espontânea do usuário pelo Serviço de Emergência do HCPA.

Com relação às vulnerabilidades sociais identificou-se que não é rotina no SE a percepção pela equipe na admissão do paciente ou na avaliação clínica, a relevância de uma assistência integral ao paciente vítima de AVC. Sendo assim, pode se dizer que não houve uma transição de cuidado efetiva e sim apenas uma recomendação médica à rede de atenção do SUS, sem a devida articulação entre os serviços visando à continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

A ausência de uma comunicação efetiva entre as equipes e relações fragilizadas pelo estresse decorrente da superlotação do Serviço de Emergência hospitalar, refletem em obstáculos para assistência integral ao paciente com AVC. Desta forma, como estratégia para a qualificação da assistência aos pacientes com AVC no SE do HCPA, sugere-se o fortalecimento do trabalho em equipe interprofissional e a atuação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde se faz essencial nesse processo.

Finalizando, como forma de aprofundamento do tema, sugere-se a continuidade da pesquisa ouvindo os atores envolvidos nos processos de trabalho coletivo no Serviço de Emergência do HCPA e/ou os usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas**: do serviço de emergência para o domicílio. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ARAÚJO, Denizar Vianna; TEICH, Vanessa; PASSOS, Roberta Benitez Freitas; MARTINS, Sheila Cristina Ouriques. Análise de custo-efetividade da trombólise com alteplase no Acidente Vascular Cerebral. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; FORTE, Franklin Delano Soares. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SANTOS, Sílvia Maria de Azevedo dos. Conceitos de saúde e ao longo da história sob o olhar epidemiológico doença e antropológico. **Revista da Enfermagem - UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan/mar. 2009.

BARRETO, Mauricio L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 04-17, nov. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. **Portaria Complementar nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 664, de 12 de abril de 2012**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Tromb--lise-no-Acidente-Vascular-Cerebral-Isqu--mico-Agudo.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.161, de 07 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1161\\_07\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1161_07_07_2005.html). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, Joana Angélica Barradas de; EPSTEIN, Marina Gabrielle; SABINO, Gustavo Barros; NOGUEIRA, Gabriela Lico Oliveira; BLANKENBURG, Cristina; STASZKO, Kamila Fernanda; ANIBAL FILHO, Walter. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, n. 3, p. 171-173, 2009.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação para a integralidade?** Curitiba: Appris, 2013.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais Política de Assistência Social**. Brasília: CFESS, 2010.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, março, 2011.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV (Org.). **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA. **Serviço de emergência**. Porto Alegre: Portal HCPA, 2018. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/assistencia-servicos-medicos-emergencia>. Acesso em: 25 nov. 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

KALIL, Mauro Binz; MAHMUD, Sati Jaber; NUNES, Thaise da Silva. Transição do Cuidado: interface entre atenção hospitalar e atenção domiciliar na desospitalização segura. In: JOTZ, Geraldo Pereira; CORDEIRO JÚNIOR, Welfane; KRUEL, Alexandra Jochims et al. **Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.

KRUEL, Alexandra Jochims. **Superlotação de Serviços de Urgência: elementos conceituais e embasamento teórico para enfrentamento desse fenômeno**. Porto Alegre: GHC, 2018.

MARTINS, Sheila Cristina Ouriques; BRONDANI, Rosane; FROHLICH, Alan Christmann; CASTILHOS, Raphael Machado; DALLALBA, Cleber Camilo; MESQUITA, Jéssica Brugnera; CHAVES, Márcia Lorena Fagundes; NASI, Luiz Antonio. Trombólise no AVCI agudo em um Hospital da Rede Pública: a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 219–225, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; DAL PRÁ, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, Regina Celia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 147-178.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

REDE BRASIL AVC. **Para pacientes e familiares: O que é AVC?** Porto Alegre: Rede Brasil AVC, 2019. Disponível em: <http://www.redebrasilavc.org.br/para-pacientes-e-falimiaries/o-que-e-avc/>. Acesso em: 07 out. 2019.

THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais.** Rio de Janeiro: JCAHO, 2010.

**APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO ON LINE**

- 1) Sexo: F (  ) M (  )
- 2) Estado Civil: (  ) solteiro (  ) casado (  ) viúvo (  ) separado/divorciado  
(  ) outro
- 3) Raça/Cor: (  ) branco (  ) pardo (  ) preto (  ) amarelo (  ) indígena
- 4) Idade?
- 5) Escolaridade ensino: (  ) fundamental (  ) médio (  ) superior  
(  ) analfabeto (  ) outro
- 6) Região de procedência: (  ) Capital (  ) Região Metropolitana (  ) Interior  
(  ) Outro Estado
- 7) Possui filhos? (  ) Sim (  ) Não (  ) Não consta informação
- 8) De que forma foi o acesso e/ou encaminhamento ao Serviço de Emergência?
- 9) Com quem chegou no Serviço de Emergência?
- 10) É acompanhado previamente por algum outro setor/serviço ambulatorio HCPA?
- 11) Quais as doenças crônicas prévias não transmissíveis e/ principais fatores de risco para o AVC diagnosticados?
- 12) Quais profissionais se envolveram na assistência ao paciente no Serviço de Emergência?
- 13) Quais as necessidades de cuidado domiciliar identificados?
- 14) Qual a recomendação/orientação da equipe assistencial na alta hospitalar?

---

Pesquisadora: Joelsa Azevedo de Farias

Assistente Social CRESS 13135

---

Orientadora/Pesquisadora Responsável

Ma. Carmen Lúcia Nunes da Cunha

Assistente Social CRESS 8461

---

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Alvarenga

**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS  
INSTITUCIONAIS**

**Título do Projeto**

<p><b>A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: TRABALHO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE</b></p>	<p><b>Cadastro no GPPG</b></p>
---	--------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
JOELSA AZEVEDO DE FARIAS	
CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA	

## ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

### Título do Projeto

<b>A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: TRABALHO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
JOELSA AZEVEDO DE FARIAS	
CARMEN LUCIA NUNES DA CUNHA	