



Isabelle Guedes dos Santos Bianco

Trabalho em rede no processo de desospitalização: construindo caminhos para a garantia de direitos

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2020



Isabelle Guedes dos Santos Bianco

**Trabalho em rede no processo de desospitalização:
construindo caminhos para a garantia de direitos**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profª Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Orientadora

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profª Mariana Setúbal Nassar de Carvalho

IFF

Profª Sindely Chahim de Avellar Alchorne

Departamento de Serviço Social- PUC- Rio

Rio de Janeiro, 17 de fevereiro de 2020

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Isabelle Guedes dos Santos Bianco

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2016. Especializou-se em Serviço Social em Clínica Médica pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ em 2018.

Ficha Catalográfica

Bianco, Isabelle Guedes dos Santos

Trabalho em rede no processo de desospitalização : construindo caminhos para a garantia de direitos / Isabelle Guedes dos Santos Bianco ; orientadora: Nilza Rogéria de Andrade Nunes. – 2020.

115 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Desospitalização. 3. Direito à saúde. 4. Trabalho em rede. 5. Cuidado. I. Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Agradecimentos

A felicidade em finalizar essa etapa é imensa. Agradeço primeiramente à Deus que ilumina minha caminhada.

Ao meu amor, Luis, pelo apoio em todos momentos. Obrigada pelo companheirismo, generosidade, escuta, amor, incentivo e paciência nesse período. Você foi crucial para que eu concluísse essa etapa.

Aos meus pais, Márcia e Rivaldo, por sempre incentivarem as minhas escolhas, pelo amor e apoio incondicional em toda minha vida. A minha irmã, Mariana, por sua amizade e apoio sempre.

A minha orientadora querida, professora doutora Rogéria Nunes, a quem tenho muita admiração e respeito. Obrigada por tantos ensinamentos durante esses dois anos, pelo seu incentivo, sua generosidade e disponibilidade a qualquer tempo.

Às professoras de minha banca de qualificação e defesa, professora doutora Mariana Setúbal e professora doutora Sindely Alchorne, pelas contribuições tão ricas neste trabalho e pela disponibilidade.

Aos profissionais da Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES), por terem me recebido de braços abertos e pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Aos colegas de turma e ao Departamento de Serviço Social da Puc-Rio.

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

Resumo

Bianco, Isabelle Guedes dos Santos. Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. **Trabalho em rede no processo de desospitalização: construindo caminhos para a garantia de direitos**. Rio de Janeiro, 2020. 117p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho tem como objetivo de analisar como se constitui o processo de desospitalização em um hospital federal do Rio de Janeiro. A desospitalização geralmente envolve usuários com alguma condição de dependência que necessitam acessar o direito à saúde em sua integralidade e, muitas vezes, são impossibilitados de continuar o cuidado, devido aos aspectos relacionados à determinação social da saúde. Nessa perspectiva configuram como objetivos específicos deste trabalho: 1) Compreender quais são os desafios, potencialidades e estratégias utilizadas pelos profissionais ao trabalhar com a rede de serviços, tanto na política de saúde quanto intersetorialmente; 2) Entender quais as principais redes acionadas pela equipe e em que medida tem proporcionado o direito à continuidade do cuidado de usuários desospitalizados e 3) Refletir sobre a contribuição de uma equipe multiprofissional para a construção do trabalho em rede, visando a integralidade do cuidado. Essa pesquisa teve como lócus a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES) do Hospital Federal de Bonsucesso, localizado no município do Rio de Janeiro. Como procedimentos de investigação, utilizamos duas técnicas: entrevista não estruturada com roteiro pré-elaborado, que foi realizada individualmente com sete profissionais da EADES, e a observação participante. Os resultados apontam que o trabalho em rede abarca as redes internas e externas, sendo as principais dificuldades ao trabalhar em rede a precarização das políticas públicas associadas ao modelo neoliberal, a pessoalidade presente neste trabalho e as dificuldades de comunicação entre as equipes. Destacamos a necessidade de pensar a desospitalização a partir da ótica de políticas públicas e o cuidado garantido como um direito.

Palavras-chave

Desospitalização; direito à saúde; trabalho em rede; cuidado.

Abstract

Bianco, Isabelle Guedes dos Santos. Nunes, Nilza Rogéria de Andrade (Advisor). **Networking in the de-hospitalization process: bulding paths to guarantee rights**. Rio de Janeiro, 2020, 117p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The present work aims to analyze how the dehospitalization process is constituted in a federal hospital in Rio de Janeiro. Dehospitalization usually involves users with some condition of dependency who need to access the right to health in its entirety and are often unable to return home and continue care due to social and economic aspects. From this perspective, the main objectives of this work are: 1) to understand what are the challenges, potentialities and strategies used by professionals when working with the service network, both in health policy and intersectorally; 2) understand the main networks triggered by the team and the extent to which it has provided the right to continuity of care for hospitalized users; and 3) reflect on the contribution of a multiprofessional team to the construction of networking, aiming at comprehensive care. This research had as its locus the Decentralization and Health Education Support Team (EADES) of the Federal Hospital of Bonsucesso, located in the city of Rio de Janeiro. As investigation procedures, we used two techniques: open interview, with pre-elaborated script, which was conducted individually with seven professionals who compose EADES and the participant observation. The results indicate that the main difficulties in working in networks are associated with the precariousness of public policies, the personality present in this work and the difficulties between the teams. In this sense, we highlight the need for a public agenda to think about dehospitalization, so that care is thought as a right.

Keywords

Dehospitalization; right to health; networking; care.

Sumário

1. Introdução	15
2. Desospitalização e direito à saúde: um diálogo necessário	21
2.1. Reflexões sobre a Humanização	26
2.2. Desospitalização... O que é?	28
3. Desospitalizou... e agora, quem cuida?	39
3.1. Um cenário transições demográficas e epidemiológicas	39
3.2. De que cuidado estamos falando?	44
3.3. O cuidado como uma questão pública	49
4. Falando de redes e sua importância no processo de desospitalização	54
4.1. Trabalhando com os três l's	59
5. Trabalho em rede no processo de desospitalização	69
5.1. Procedimentos metodológicos	69
5.1.2. Participantes da Pesquisa	70
5.1.3. Período da Coleta de Dados	71
5.2. Aspectos éticos	71
5.3. Entrando no campo: a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES)	71
5.3.1. Conhecendo o locus da pesquisa: impressões a partir de um olhar externo	73
5.4. Análise das entrevistas	78
5.4.1. Precarização e pessoalidade: duas faces do trabalho em rede	78
5.4.2. As possibilidades que se transformam em estratégias	82
5.4.3. Explorando a ideia de rede: a formação das redes internas	85
5.4.4. A importância da Educação em Saúde	88
5.4.5. "Nós fazemos a referência " e a contrarreferência	92

5.5. Dinâmica do trabalho em rede a partir das necessidades do usuário	95
6. Considerações Finais	99
7. Referências Bibliográficas	103
8. Apêndices	114

Lista de figuras

Figura 1 – Poesia Visual	31
Figura 2 - Fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	42
Figura 3 - Uma primeira (e imprecisa) representação da rede: pontos interligados por linhas.	54
Figura 4 - Duas formas organizacionais em sua representação básica: a hierarquia (vertical) e a rede (horizontal)	55
Figura 5 - Demanda por home care aumenta e inspira investimento em saúde no país	114
Figura 6 - O que saber para empreender em 2019	114

Lista de gráficos e tabelas

Gráfico1- Levantamento Bibliográfico realizado na base de dados EBSCO	19
Gráfico 2- Pirâmide Etária Absoluta – Brasil – Projeção 2060	40
Tabela 1 – Pesquisa Bibliométrica base de dados	16

Lista de Siglas

AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPERJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
EADES	Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde.
EBSCO	Business Source Complete
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
KPS	Escala de Performance de Karnofsky
LBV	Legião da Boa Vontade
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde

OSS	Organização Social de Saúde
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNHAHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

*Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho
caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.*
Paulo Freire

1

Introdução

O presente trabalho versa sobre a temática da desospitalização no que tange à garantia de direitos. Temos como objetivo central analisar como se constitui o trabalho em rede no processo de desospitalização; e como objetivos específicos: compreender quais são os desafios, potencialidades e estratégias utilizadas pelos profissionais ao trabalhar com a rede de serviços tanto na política de saúde quanto intersetorialmente; entender quais as principais redes acionadas pela equipe e em que medida tem proporcionado o direito à continuidade do cuidado de usuários desospitalizados; refletir sobre a contribuição de uma equipe multiprofissional para a construção do trabalho em rede, visando a integralidade do cuidado.

No contexto brasileiro, a desospitalização aparece associada à Política Nacional de Humanização (2003) associada à humanização da assistência por meio da substituição do ambiente hospitalar pelo domicílio. No entanto, partimos da análise de que a desospitalização tem sido percebida em dois prismas distintos. O primeiro é no âmbito da saúde pública, em aparece associada a humanização e ao direito à alta hospitalar responsável, instituída pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), em 2013, que envolve a articulação em rede e continuidade do cuidado. O segundo prisma é o da ótica privatista, que percebe a desospitalização reduzida à uma ferramenta de gestão hospitalar que propicia a rotatividade de leitos, ao mesmo tempo que transfere a responsabilidade para as famílias.

Partimos da ideia de que a desospitalização está associada a própria efetivação do SUS em sua integralidade. Portanto, deve ser pensada como uma modalidade de saúde e, consequentemente, responsabilidade do SUS, e não uma simples transferência do cuidado para as famílias. Nesse sentido, deve ser associada à humanização e à integralidade, no sentido oposto do que seria uma alta precoce ou uma transferência de cuidado.

Compreendemos que a desospitalização é um processo que tensiona com questões de ordem social, biológica e econômica (ROCHA, 2016). Por isso, pressupõe um trabalho em rede com ações intersetoriais, visando a integralidade do cuidado. A desospitalização é, portanto, associada a uma forma responsável de

conceder a alta hospitalar. De maneira geral, os usuários envolvidos nesse processo possuem alguma condição de dependência em razão de condições crônicas que se evidenciam quando associadas as expressões da questão social.

Consideramos necessário pontuar a diferença entre quatro termos que abordaremos neste trabalho e que, *a priori*, podem parecer sinônimos: alta hospitalar, alta social, alta responsável e desospitalização. A alta hospitalar é o momento, que o usuário está “apto”, no que diz respeito aos cuidados médicos, em sair do hospital. No entanto, nem sempre o usuário que recebe alta hospitalar tem condições de continuar o cuidado e acaba retornando precocemente para a instituição. A desospitalização está relacionada aos usuários que irão demandar de cuidados continuados quando saírem da instituição. Por isso a necessária articulação com a rede de serviços, visando que o usuário tenha acesso aos serviços da rede que necessita. A alta responsável surge dentro da PNAHOSP, numa tentativa de que a alta seja trabalhada de uma maneira digna, no qual haja orientações por parte da equipe, articulação em rede e a garantia de continuidade do cuidado. E a alta social é um termo que vem sendo associado ao Serviço Social, quando os usuários apresentam questões não biológicas que impedem a alta hospitalar. Geralmente, o usuário passa a ser visto pelos demais profissionais e pela instituição como um “problema social”, o que, muitas vezes, ocasiona a culpabilização do indivíduo e a fragmentação do cuidado.

Podemos dizer que a alta hospitalar é o último momento da desospitalização. Iniciar um processo de desospitalização é começar a construir, conjuntamente com a família do usuário, as possibilidades de cuidado no domicílio, entender quais são as condições e trabalhar as diversas questões que irão perpassar esse processo e que irão dialogar com outras políticas públicas, uma vez que ter saúde implica em uma série de determinações que estão para além da simples ausência de doenças (NUNES; ROCHA; FERNANDES, 2019). Em muitas situações, o usuário não sairá do hospital com alguma dependência e/ou não necessitará continuar o cuidado e, portanto, não passará pelo processo de desospitalização. Mas, a alta deve ser realizada de maneira responsável, de modo que o usuário e família recebem todas as orientações e sejam encaminhados para a rede.

Diante do cenário atual de retrocesso dos direitos sociais, desmonte das políticas públicas e das diversas tentativas de privatização do SUS, refletir sobre

uma demanda que tem como bojo central as condições de vida da população e, portanto, com a garantia dos serviços públicos de qualidade, não só é um desafio, mas também uma forma de resistência. O que nos coloca, enquanto profissionais que atuam na saúde ou em outras políticas sociais, uma urgente necessidade de articulação e luta pela garantia, de fato, de serviços públicos gratuitos e de qualidade.

Nesse sentido, gostaríamos de abordar um pouco do caminho que motivou a escolha desta temática que origina-se a partir da experiência vivenciada como residente multiprofissional no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Assim, o período em que estive inserida no setor da Clínica Médica no hospital supramencionado, me possibilitou a observação de uma demanda crescente posta aos assistentes sociais: pacientes que recebiam alta médica, mas que, por diversos fatores, como dependência de cuidados, ausência de um cuidador, precarização da rede de serviços, entre outras, eram impossibilitados de retorno ao domicílio, levando ao prolongamento da internação. Essa dificuldade no processo de desospitalização, que é realidade em muitos hospitais de alta complexidade, era nomeada pela equipe de saúde do HUCFF como internação social.

Logo, surgiram inúmeras inquietações sobre duas principais questões: a dificuldade que a equipe apresentava em trabalhar a alta hospitalar em casos em que o direito à saúde necessitava ser efetivado integralmente; a responsabilidade pela resolutividade desses casos, que no contexto em tela, recaía sob o assistente social. Ainda sem ter a proximidade com a categoria desospitalização, no contexto da residência, trabalhei com a categoria alta social, problematizando o trabalho do assistente social na alta hospitalar. No entanto, após pesquisas e leituras realizadas no mestrado, decidimos ampliar o debate da alta para a equipe multiprofissional, entendendo que o termo “alta social” leva a uma associação direta, por parte de outras categorias profissionais, ao assistente social. Adotamos, então, a categoria desospitalização, que é um tema que vem sendo debatido, ainda que timidamente, por diferentes categorias profissionais, no qual se inclui o Serviço Social, apesar que tem sido muito frequente no campo da saúde, dado as transições demográficas e epidemiológicas que demandam um cuidado integral e o contexto de desigualdade social em nossa sociedade.

Esse estudo tem relevância em três âmbitos: pessoal, social e acadêmico. Em relação ao primeiro, para além de olhar profissional enquanto assistente social, que vem acompanhado de reflexões sobre a precarização da política de saúde, desigualdade social e violação de direitos sociais, as situações vivenciadas pelos usuários em internação social me despertavam um extremo incômodo e, ao mesmo tempo, me faziam refletir o quão injusta e desumana se configuravam aquelas situações para os usuários e que alguma coisa deveria ser feita. Em tempos obscuros e de retrocessos em que vivemos, é importante se posicionar e lutar pela garantia das políticas públicas. A partir de nossa compreensão sobre o que entendemos como desospitalização, é indispensável que, ao trabalhá-la, haja a existência de dois aspectos: o trabalho em rede e ações intersetoriais que, ao nosso ver, tem uma relação direta com a garantia da qualidade dos serviços prestados, que se configura como um dos princípios do código de ética do assistente social.

No que se refere ao âmbito social, acreditamos que a realização do estudo poderá impactar diretamente aos profissionais de saúde, usuários e a instituição. O Ministério da Saúde (2002) define que uma internação prolongada é aquela com um período igual ou superior a trinta dias. A realidade de pacientes que estão em condições clínicas de alta hospitalar, mas que não tem a possibilidade de retorno ao domicílio e/ou continuidade no tratamento, é muito presente em instituições hospitalares. Isso geralmente acontece em razão de diversos motivos, como a condição de dependência/perda de autonomia, que faz com que o usuário necessite de cuidados contínuos; impossibilidade da família arcar com os custos do cuidado ou até mesmo a falta de condições estruturais no domicílio para receber os usuários dependentes de cuidados; processos que marcam a ausência do Estado e políticas públicas que subsidiem as famílias.

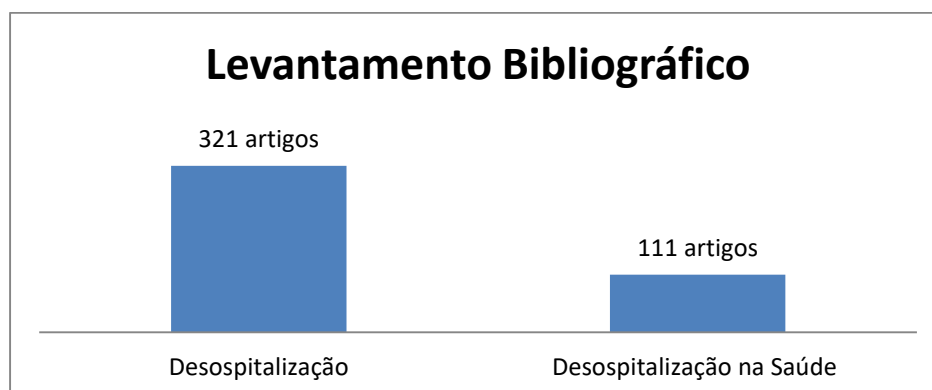
A permanência do paciente internado que possua condições clínicas de alta hospitalar é prejudicial ao mesmo, visto que, além de questões subjetivas consideráveis, quando o paciente está lúcido, o risco de infecção é alto e as condições de dignidade humana são expressamente violadas. Entretanto, conceder a alta hospitalar para pacientes que não possuam as mínimas condições de continuidade no cuidado, transferindo a responsabilidade para a família também é uma forma de violar direitos. Dessa maneira, a relevância do estudo direciona-se às diversas categorias profissionais que atuam em instituições hospitalares e que, em seu cotidiano, trabalham a desospitalização. Direciona-se também,

especificamente, aos assistentes sociais, pois será ressaltada a importância do trabalho interdisciplinar e refletida sobre a contribuição nesse processo, e aos pacientes, que terão profissionais mais qualificados para atendê-los, partindo do pressuposto que o estudo e reflexões sobre uma determinada demanda possibilita a qualificação do atendimento.

Por fim, no que se refere ao âmbito acadêmico, verifica-se uma escassa produção sobre o tema, tanto no meio acadêmico geral, onde a maioria das pesquisas que referem sobre desospitalização é dentro do campo da saúde mental, quanto no âmbito do Serviço Social.

Assim, ainda no que diz respeito ao âmbito acadêmico, iniciamos esta pesquisa a partir de um levantamento bibliográfico sobre o tema, buscando artigos científicos da área da saúde, em períodos indexados nas bases EBSCO, Scielo e Scopus. Destacamos o levantamento que realizamos na base dados EBSCO, realizada em outubro de 2018, onde foram encontrados 321 artigos utilizando o descritor “desospitalização na saúde”. Aplicando o método do operador lógico booleano¹ “(*desospitalização saúde*) NOT *mental*”, excluímos os artigos que tratavam da desospitalização no campo da saúde mental restando 111.

Gráfico 1- Levantamento Bibliográfico realizado na base de dados EBSCO.



Fonte: elaboração própria (2019).

Portanto, pode-se perceber que dos 321 artigos encontrados sobre desospitalização na saúde na base EBSCO, 210 tratavam da desospitalização no campo da saúde mental. Já dos 111 artigos que falavam de desospitalização na

¹ Os operadores booleanos são: AND, OR, NOT. Geralmente são utilizados para delimitar a pesquisa.

saúde, observamos, além de repetições, que alguns traziam o tema da desospitalização com enfoque em crianças, idosos e em cuidados paliativos, que foram excluídos. Ao final, selecionamos 8 artigos, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 – Pesquisa Bibliométrica base de dados EBSCO.

Operador booleano	<i>Desospitalização na saúde</i>	<i>(Desospitalização Saúde) NOT mental</i>	Artigos Selecionados
Base Ebsco	321 artigos	111 artigos	8 artigos

Fonte: elaboração própria (2019).

Alguns dos artigos selecionados nesta revisão bibliográfica contribuíram para as reflexões conceituais acerca da desospitalização, que foram realizadas no capítulo 1. Sublinhamos, a partir dos artigos levantados, o protagonismo que a categoria de enfermeiros tem assumido na discussão dessa temática. Nessa base de dados supracitada, não encontramos nenhum trabalho produzido por assistentes sociais². De modo inicial, indicamos a clara necessidade de estudar mais sobre o assunto, pensando na importância que essa temática tem para os usuários e no cotidiano dos serviços de saúde.

Diante do exposto, com o intuito de buscar respostas para os questionamentos que nortearam esta pesquisa, dividimos este trabalho em quatro capítulos. O primeiro discorre o diálogo necessário da desospitalização com a efetivação do direito à saúde em sua integralidade. Apontando, nesse sentido, o sucateamento da política de saúde vinculada a política neoliberal, a iniquidade em saúde e reflexões conceituais sobre o que é a desospitalização.

No segundo capítulo, moldado pelas reflexões sobre a centralidade da família e as transições demográficas e epidemiológicas presentes em nossa

² 16 Destacamos os trabalhos de conclusão de residência das assistentes sociais LEAL (2014) CUNHA (2018) e BIANCO (2018) referente à atuação do Serviço Social na alta hospitalar.

sociedade que vão demandar a vigência do cuidado integral, nos debruçamos sobre a definição do conceito de cuidado.

No terceiro capítulo são abordadas as questões referentes ao trabalho em rede, que é o nosso objetivo primário no processo de desospitalização. Portanto, além de apontarmos reflexões teóricas sobre o conceito de rede, nos debruçamos pelo caminho de discuti-lá por meios dos três i's: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

No quarto e último capítulo apresentamos reflexões sobre a observação participante e análise sobre os dados obtidos na pesquisa de campo. Verificamos, dentre diversos elementos, quais foram os desafios, possibilidades e estratégias do trabalho em rede, como se dá a dinâmica deste trabalho e acompanhamento da continuidade do cuidado, entre outros.

Assim, diante dos aspectos apresentados, esperamos que as reflexões trazidas neste trabalho contribuam aos profissionais que trabalham na desospitalização e aos usuários que necessitam desse serviço, no sentido que tais reflexões não sejam esgotadas aqui, mas outros trabalhos sejam produzidos sobre a temática.

2

Desospitalização e direito à saúde: um diálogo necessário

A desospitalização tem como intencionalidade a garantia da continuidade do cuidado aos usuários que, geralmente, encontram-se em condição de dependência. Quando falamos na garantia do cuidado, pensamos no cuidado em sua totalidade, a partir do conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, entendemos que a desospitalização conecta-se com o direito à saúde em sua integralidade, implicando na necessidade de efetivação dos direitos sociais e de políticas públicas. Portanto, configura-se como um processo que deve envolver a alta responsável, uma vez que os usuários devem sair da instituição somente quando tiverem condições dignas de continuidade do cuidado, mediante a articulação em rede.

Isto posto, consideramos necessário retomar a discussão sobre o direito à saúde enquanto garantia constitucional. A saúde é garantida como direito universal no Brasil desde 1988, em que relaciona-se com a condição de cidadania. A saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, compõem o tripé da seguridade social brasileira. É por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que se efetivam as ações e serviços de saúde que abrangem todo o país.

A organização do SUS é regida por princípios e diretrizes norteadores das ações e serviços de saúde prestados. São eles: universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e regionalização e participação da comunidade. Isso quer dizer que, com o SUS, a saúde passa ser universal, ou seja, todo cidadão tem direito a saúde. A saúde passa a ser integral na medida em que a população usuária dos serviços de saúde devem ser percebidas em sua totalidade, tendo todas as suas demandas atendidas e acesso a todos os níveis de complexidades (básica, média e alta complexidade). A equidade, que deve estar presente nas ações e serviços de saúde, considerando o alto índice de desigualdade social no país; não é viável falar em igualdade e sim, em equidade, pois parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades (BARATA, 2001, p. 140).

Essas ações e serviços devem ser prestadas pelo Estado (com responsabilidade compartilhada entre os entes federados) integralmente, de modo

descentralizado e hierarquizado e com a participação dos cidadãos na perspectiva do controle social, que são garantidos pelos espaços, ainda que contraditórios (CORREIRA, 2013), dos conselhos e conferências de saúde.

A conquista do SUS é indissociável do movimento da reforma sanitária, que constituiu-se ainda nos 1970, período em que o país encontrava-se sob o regime ditatorial. O movimento sanitário era composto, principalmente, por trabalhadores da saúde e visava transformações estruturais, colocando em questão o paradigma vigente que entendia a saúde como ausência de doença.

A reforma sanitária trouxe à tona a proposta do conceito ampliado de saúde, em que temos a consideração da determinação social como influência direta no processo saúde-doença dos indivíduos, como expressa o artigo terceiro da lei que regulamenta o SUS:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a *organização social e econômica do País* (Art.3, Lei 8080/90, grifos meus).

Dessa maneira, ter saúde passa a não ser sinônimo de ausência de doença, mas relaciona-se a organização social e econômica do país. Ser saudável implica a garantia de outros direitos sociais e o reconhecimento das condições de vida da população, a partir de uma concepção que ultrapassa dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2015, p. 36).

A saúde em sua dimensão ampliada se expressa, especificamente, pelos princípios da integralidade e equidade. São necessárias transformações que ultrapassem o setor da saúde e que caminhem no sentido de redução das desigualdades sociais e garantam à população o acesso a políticas públicas de qualidade, como educação, habitação, transporte, lazer, entre outros. No contexto de um hospital federal do Rio de Janeiro, um dos profissionais que trabalha no setor de desospitalização, refere em sua fala à implicação da determinação social na saúde, e consequentemente, na desospitalização: “Que estrutura é essa? Tem luz? Tem água encanada? Tem esgoto? Cabe uma cadeira de rodas ou não? Tem luz entrando? Circula ar?” (participante 3).

A citação do participante 3 é a realidade de muitas famílias brasileiras que se encontram em situação de precarização das condições de vida no contexto de

um país que ocupa a posição de nono mais desigual do mundo (OXFAM, 2018). Entendemos que as desigualdades sociais são geradas pelos processos que determinam a estruturação da sociedade e, em virtude das disparidades no processo de reprodução social, terão reflexões na saúde, em que serão chamadas de iniquidades (BARATA, 2009).

Assim sendo, ressaltamos que mesmo com o acesso universal e igualitário à saúde e o desaparecimento da exclusão formal, a iniquidade ainda perdura (BARROS; SOUSA, 2016). A iniquidade configura-se como uma injustiça no repartir e no acesso às riquezas e ao poder, com a estratificação social sendo concebida como resultado de desigualdades em relação à escolaridade, ocupação e renda que surgem de contextos sociopolíticos desfavoráveis (BORDE *et. al*, 2015, p. 849). No contexto brasileiro, ao nosso ver, a iniquidade social está muito longe de desaparecer, uma vez que o modelo de desenvolvimento adotado em nosso país promove as iniquidades, o que impacta nas condições de vida e de saúde (falta de água, uso inadequado do solo, saneamento básico...) (WESTPHAL, 2018).

Consideramos que a compreensão acerca das desigualdades sociais constitui elemento essencial para a garantia de direitos e importante fundamento para as políticas públicas (NUNES, ROCHA; FERNANDES *et.al*, 2019, p 11) e a implementação da Constituição Federal de 1988 como um ponto de partida no caminho para a redução dessas disparidades sociais. Entretanto, a sua implementação e a das leis que regulamentaram o SUS no início dos anos 1990, ocorreram na antessala da virada neoliberal, sendo, na prática, afetadas pela contrarreforma do Estado antes de sua consolidação (CISLAGHI, 2018, p. 11).

Na esfera social, a atuação do Estado passa a ser focalizada e minimalista, sem objetivar a ampliação de direitos, ao mesmo tempo em que há o aumento da pobreza. Nesse contexto, a saúde passa a ser tensionada pela disputa de dois projetos (BRAVO, 2006): o projeto sanitário, que representa o projeto da Reforma Sanitária em defesa de uma saúde universal, integral e de qualidade e o projeto privatista, que é aliado ao projeto neoliberal, que intenciona transformar a saúde, assim como todas as políticas sociais, como fonte lucro. É importante ressaltar que a partir dos anos 2000 tem-se a proposição de flexibilizar a Reforma Sanitária, com o chamado SUS possível que passa a ser orientado por uma terceira via, ou seja, não há a preocupação com a superação do capitalismo (BRAVO, 2013).

Nessa reconfiguração do Estado, a ideologia neoliberal fortalece-se, transformando tudo em mercadoria, inclusive as políticas sociais: do fornecimento de água, de luz, à educação e à saúde (TEIXEIRA, 2013, p. 63). Sendo assim, concordamos com Sara Graneman (2008), quando destaca que:

Quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social também o Estado tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital (GRANEMAM, 2008, p. 03).

Na medida que a saúde vai sendo compreendida como um campo lucrativo, há uma pressão no Estado em direção a medidas de incentivo ao capital privado, bem como de diminuição da participação do setor público na prestação de serviços (LADEIRA, 2018, p. 31). Portanto, observa-se gradativamente a sobreposição do projeto privatista na saúde, que ganha continuidade nos governos pestistas, que apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, continuaram cumprindo um papel funcional ao capitalismo no Brasil (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

A mercantilização dos serviços de saúde consolida-se como tendência à estratégia de valorização do capital, o que compromete as possibilidades de direcionamento das políticas em questão, de acordo com as necessidades sociais (LADEIRA, 2018, p. 30). Na virada dos anos 2000, Maria de Fátima Andreazzi (2013) destaca três fenômenos significativos que refletem a mercantilização da saúde:

A consolidação do grande capital na área de serviços de saúde e sua maior vinculação a empresas de seguros de saúde, na conformação tradicional do capital financeiro; a privatização através de terceirização e concessão de serviços estatais a empresas privadas com e sem fins lucrativos; entre esses as Fundações Privadas de Direito Privado e as Organizações Sociais de Saúde; a participação do gasto privado no orçamento das famílias de mais baixa renda a despeito da cobertura formal tanto do SUS quanto seguros privados de saúde (ANDREAZZI, 2013, p. 42 a 45).

Todos esses aspectos abrem espaços para o capital privado, que veio apoderando-se no setor saúde com incentivo estatal e segue alinhado ao subfinanciamento do SUS. Pouco tempo depois da garantia do direito à saúde, faltaram investimentos na rede pública de serviços de saúde, em recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de verbas para o custeio e manutenção dos serviços existentes (PAIM, 2015, p. 43). O desfinanciamento da saúde corrobora a construção de uma opinião pública que tornou-se anti-SUS, atribuindo

ao SUS todas as mazelas da saúde (FLEURY, 2013, p. 07). Ao mesmo tempo, a privatização dos serviços aparece como a grande saída para resolver os “problemas” no âmbito da saúde, já que o modelo empresarial é o “tipo ideal” para a “boa administração”, coerente com a lógica mercantil (TEXEIRA, 2013, p. 65).

Observa-se, então, a ascensão de um “novo” modelo de gestão na saúde (TEIXEIRA, 2013) em que o Estado transfere suas responsabilidades para outros setores, como por exemplo, as Organizações Sociais de Saúde (OSs) em que o investimento e o custeio são do Estado, tratando-se de uma terceirização de gestão (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). As OSs são responsáveis por grande parte da gestão na atenção básica. Outro exemplo é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que, como noticiou o jornal *Correio Braziliense*³ em julho de 2018, era responsável pela gestão de 75% dos hospitais universitários do Brasil. O desmonte e tentativa de privatização da saúde é continuado por todos os governos que seguem desde os anos 1990. No entanto, ressaltamos que no governo de Michel Temer, há aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13).

Todas essas questões colocam um espaçamento entre a garantia do direito e a sua efetivação. Podemos dizer que o SUS ainda não se efetivou de fato e essa privatização “velada”, conjuntamente com o desfinanciamento do setor saúde, trouxeram rebatimentos tanto que diz respeito à restrição do acesso, pois todos têm direito, mas em virtude da precariedade dos serviços, nem todos conseguem atendimento, quanto em relação ao campo da qualidade dos serviços públicos de saúde com impactos direto no trabalho, gestão e cuidado em saúde (CASTRO *et al.*, 2018, p. 68).

Apesar disso, ressaltamos que há resistência frente à privatização e desmonte da saúde. A concretização dos preceitos da reforma sanitária continua sendo bandeira de luta para muitos profissionais que batalham por um SUS

³ Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/eu-estudante/trabalho-e-formacao/2018/07/08/interna-trabalhoeformacao-2019,693662/40-dos-50-hospitais-universitarios-federiais-estao-sob-gestao-da-ebserh.shtml>. Acesso em agosto, 2019.

gratuito, universal, integral e contra a onda privatizante que se alastra continuamente com a intenção de transformar a saúde em mercadoria. A respeito disso, destacamos um dos movimentos mais importantes que tem sido feito resistência por todo o Brasil que é a *Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde*, que é composta por diversos fóruns estaduais, lutando por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

Outra iniciativa que emerge nesse contexto de sucateamento é a Política Nacional de Humanização (PNH). Implementada no ano de 2003, a PNH advém uma iniciativa de materializar os princípios e diretrizes do SUS no cotidiano serviços de saúde, bem como melhorar os modos de gestão e cuidado (BRASIL, 2003, p. 01). Para fins deste trabalho, a PNH é de extrema importância, pois é a partir dela que, no contexto brasileiro, surge a ideia de desospitalização. Isso nos remete pensar na contrariedade de criar iniciativas para viabilizar o cuidado no domicílio mediante ao retrocesso de políticas públicas que possam auxiliar nessa provisão do cuidado.

2.1

Reflexões sobre a Humanização

O termo *humanização* é polissêmico (FERREIRA; ARAÚJO, 2014), o que pode levar a uma dificuldade de compreensão de seu significado. Consideramos duas questões importantes no debate da humanização. A primeira diz respeito ao diálogo com a categoria “desumanização”, tendo em vista a contraditoriedade expressa na necessidade de implantar uma política que tenha o intuito de “humanizar” as ações e serviços. Diego Souza e Jane Maurício (2018, p. 501) entendem esse ponto não como uma mera questão epistemológica, mas reflexo do caráter contraditório da forma de sociabilidade que converte o cuidado em um processo desumano. Assim, uma das demandas da humanização é responder às necessidades do setor hospitalar no que tange ao enfrentamento da “desumanização” dos serviços (CASTRO, *et.al*, 2018).

Nessa mesma linha de pensamento, Josiane Ferreira e Gessi Araújo (2014) destacam que é preciso enfatizar a humanização a partir do reconhecimento da categoria “desumanização”, trazendo o questionamento sobre a viabilidade da primeira a partir da constatação da segunda. Já Ana Maria Vasconcelos (2006)

acredita que a busca pela humanização dentro da sociedade capitalista acabará resultando em uma prática conservadora que contribui para manter a ordem vigente:

A busca de humanização das relações no capitalismo só pode se dar desconsiderando que, nessa organização social, o fato de, isoladamente, ser possível humanizar relações pessoais, não resulta na humanização das relações sociais dominantes; relações baseadas na exploração do homem pelo homem. Assim, essa busca resulta numa prática conservadora visto que, em última instância, contribui para conservar a ordem vigente (VASCONCELOS, 2006, p. 15).

A segunda questão diz respeito a percepção de humanização como algo subjetivo, que tem a ver com “bondade”, “tratar bem o paciente”. Castro, Oliveira e Rezende (2018) criticam a linha de leitura (ligada ao “cuidado ético” e da “humanização da prática”) que centraliza-se nos aspectos subjetivos, deslocando a política de saúde de uma análise subsidiada nos desdobramentos dos conflitos capital/trabalho sobre o processo saúde-doença e necessidades da população (CASTRO; OLIVEIRA; RESENDE, 2018, p. 68).

Portanto, a humanização não se trata apenas de percepções no âmbito individual e de ações de caráter subjetivo (SOUZA; MAURÍCIO, 2018), na medida que dialoga com questões estruturais que envolvem, por exemplo, a precarização dos serviços de saúde. Além disso, articula-se também aos direitos humanos, como o direito à privacidade, à confidencialidade à informação, ao consentimento do usuário nos procedimentos médicos e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais (FERREIRA; ARAUJO, 2014, p. 202).

Nossa compreensão é de que a PNH relaciona-se com as necessidades da população usuária, que intenciona melhorias como em relação à qualidade do atendimento, dos serviços prestados e das condições de trabalho. Sendo assim, concordamos com Ferreira e Araújo quando salientam que:

Como política pública, a humanização via PNH foi pensada como possibilidade de enfrentamento e superação dos desafios apresentados pela sociedade brasileira *quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde*. Trata-se de um movimento de cunho eminentemente político, que tanto denuncia quanto objetiva abarcar as necessidades dos atores envolvidos na produção de saúde (FERREIRA; ARAUJO, 2014, p. 202, grifos meus).

Dessa maneira, podemos dizer que PNH denuncia o modelo hegemônico vigente que promove o sucateamento da política de saúde. Assim, o movimento pela humanização constitui-se uma força e um potencial de crítica e ruptura com

um compromisso mercadológico obrigatório (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1344).

Consideramos que a definição de humanização é importante porque é a partir dela que a noção de desospitalização começa a ser construída. Se entendermos a humanização com algo estritamente subjetivo, a ideia de desospitalização pode ficar descolada do diálogo do direito à saúde e da necessidade de efetivação de políticas públicas de qualidade.

2.2

Desospitalização... O que é?

Discorreremos sob algumas reflexões que podem sugerir explicações para esse questionamento, embora estas sejam dinâmicas, múltiplas e plurais. Nesse sentido, são diversos os aspectos que influem no processo de desospitalização como, por exemplo, o contexto político e econômico, as necessidades sociais, a desigualdade social e as condições biológicas e sociais.

No contexto mundial, a prática de desospitalização aparece pela primeira vez como elemento da assistência psiquiátrica após a Segunda Guerra Mundial (MACHADO, 2003, p. 13), sendo os pacientes psiquiátricos, na sua maioria ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial, o primeiro grupo a participar de um processo de desospitalização (ROCHA, 2016, p. 52). Já no contexto brasileiro da saúde pública, a desospitalização é introduzida na PNH e a partir desta, iremos partir nossa análise. Portanto, na PNH, no que se refere ao âmbito da atenção hospitalar, é enfatizado a “existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares” (BRASIL, 2003). No entanto, como podemos perceber, esse texto é muito restrito e não dá nenhuma definição e/ou diretriz para o trabalho.

Compreendemos que a busca por definições/entendimento é de suma importância, na medida que a desospitalização tem se tornado uma demanda crescente nas instituições hospitalares. Nesse sentido, por meio da reflexão de Pasche e Passos (2008), destacamos algumas apostas abordadas na PNH que, ao nosso olhar, vincula-se com o que temos pensado como desospitalização:

O direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções

e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 95).

Consideramos que essas questões presentes na PNH devem nortear o trabalho na desospitalização. Esta deve ser associada à continuidade do cuidado em rede, corresponsabilização por parte do Estado e garantia de uma gama de direitos sociais. Esses aspectos corroboram com o nosso entendimento de que a humanização não pode ser restringida a uma “boa relação” entre profissionais-usuários, mas articula-se às condições objetivas, a necessidades da população que são implicadas pela precarização das políticas públicas associada ao modelo privatista neoliberal.

Outras legislações são importantes na discussão de desospitalização como: o Programa Melhor em Casa, no ano de 2011, e a Política Nacional de Atenção Hospitalar, em 2013. O Programa Melhor em Casa tem como objetivo proporcionar o acesso à saúde e continuidade do cuidado ao usuário que não tenha condições de se deslocar para o atendimento nos hospital. A humanização é ressaltada pelo Melhor em Casa como um dos benefícios do atendimento domiciliar⁴:

O ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (BRASIL, 2011, p. 03).

O atendimento é feito por uma equipe multiprofissional e como um dos critérios de inclusão, principalmente nas modalidades AD2 e AD3⁵, é indispensável que o usuário tenha cuidador (formal ou familiar) que se responsabilize pelo cuidado no domicílio.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP) tem um papel importante, na medida que institui que os hospitais devem promover a alta

⁴ Segundo Feuerwecker e Mehry (2008, p. 181), no Brasil, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949. No início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*home care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros.

⁵ A atenção domiciliar (AD), no âmbito do SUS, é organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos: AD1, AD2 e AD3 (BRASIL, 2011, p. 5).

hospitalar responsável, que é entendida como transferência do cuidado, devendo ser realizada por meio de:

1) orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; 2) articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e 3) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013).

Logo, a PNAHOSP institucionaliza a garantia de uma alta hospitalar responsável, assim, os usuários devem ter todas as orientações por parte de toda a equipe e a garantia de continuidade do cuidado por meio da articulação com a rede. Temos a compreensão de que a PNAHOSP deve servir como uma das orientações ao trabalhar a desospitalização, especificamente, no que diz respeito à continuidade do cuidado e o direito aos pacientes e familiares a receberem todas as orientações da equipe.

Dessa maneira, conjuntamente com a PNH, o Programa Melhor em Casa, que regulamenta a atenção domiciliar no âmbito do SUS e a PNAHOSP que institui a alta hospitalar responsável, irão reforçar o sentido da desospitalização na perspectiva do direito, configurando-se como uma modalidade de saúde e que deve ser trabalhada, principalmente, mediante a articulação com a rede e a continuidade do cuidado. Desse modo, podemos dizer que a desospitalização configura-se como um processo que se tensiona com questões de ordem social, biológica e econômica que envolve três macroprocessos que objetivam a inclusão da família, o treinamento do cuidador familiar e a organização de rede de atenção à saúde (ROCHA, 2016, p. 7).

A população usuária incluída nesse processo, geralmente tem sua autonomia reduzida em razão de condições crônicas⁶. Esta associa-se a um cenário de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico que vão gerar implicações na organização do SUS (ARAÚJO; JOAZEIRO, 2019). Sendo assim, estas novas necessidades sociais requisitam modificações no modo como vem se

⁶ Mendes (2015, p.33) entende que as condições crônicas vão muito além das doenças crônicas ao envolverem doenças infecciosas persistentes, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas; doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos.

organizando os serviços de saúde que deve descolar-se da dimensão da cura para o cuidado integral. Logo, a demanda por cuidado no domicílio, consequentemente, pelos processos de desospitalização, tende a aumentar. O quadro 1 sinaliza tais questões:

Figura 1 – Poesia Visual



Fonte: Rocha (2016)

Todavia, na maioria das situações que envolvem a desospitalização as condições crônicas irão se evidenciar quando vinculadas à precarização das condições de vida e desigualdade social, ocasionando, muitas vezes, a impossibilidade de retorno ao domicílio e, assim, uma internação prolongada.

A respeito da internação prolongada, o Ministério da Saúde (2002) define como aquela que tem um período igual ou superior a trinta dias. Mas é preciso reconhecer, para além do dado, o que está por trás do prolongamento da internação. Os fatores são múltiplos. Pode ser que, em alguns casos, o motivo seja estritamente biológico. No entanto, de maneira geral, as implicações biológicas e sociais constituem conjuntamente, quando não só a última, o principal motivo do prolongamento da internação.

Desse modo, a pesquisa de Ajimura e Malik (2016) realizada em um hospital universitário de São Paulo, mostrou que 466 pacientes que tiveram alta médica, permaneceram internados, sendo a principal causa a espera pelo transporte por parte dos familiares para levarem o paciente para casa, seguido pelo aguardo de ambulância e pelo suporte da rede (AJIMURA; MALIK, 2016, p. 137). Já na pesquisa de Bianco (2018), foram destacadas a prevalência de três

situações distintas relacionadas ao impedimento da desospitalização em um hospital universitário do Rio de Janeiro:

1) Quando o paciente não tem a possibilidade de *acolhimento por algum familiar*, seja porque não construiu vínculos ao longo da vida, ou por outros fatores; 2) Quando a *família* precisa de um tempo para a organização da casa, às vezes necessitando de reformas para a acessibilidade ou até mesmo dialogar entre os membros da família para a definição de quem será o cuidador do paciente; 3) Quando o impedimento da alta está relacionado a impossibilidade de continuidade do tratamento, pois a *família* não tem possibilidade de trazer o paciente para tratamento ambulatorial, por exemplo (BIANCO, 2018, p. 16, grifos meus).

Nas pesquisas de Ajimura; Malik (2016) e Bianco (2018), três aspectos chamam a nossa atenção. São eles: a centralidade da família na provisão do cuidado, a negação do acesso a uma série de direitos sociais como, por exemplo, transporte, habitação com condições dignas e a desresponsabilização do Estado enquanto provedor de políticas públicas.

É importante destacar que permanecer em uma internação prolongada sem que haja necessidade clínica é prejudicial ao usuário, devido ao risco de infecções, a questões subjetivas importantes e as precárias condições estruturais das instituições, que muitas vezes, não assegura à privacidade e não oferece condições dignas para os acompanhantes. No entanto, conceder a alta hospitalar para usuários que não possuam as mínimas condições de continuidade no cuidado fere o princípio constitucional da dignidade humana.

Ademais, deve-se considerar também o respeito ao direito à convivência familiar e comunitária: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida (...) e à *convivência familiar e comunitária*” (BRASIL, 2003, grifos meus). Os usuários que recebem alta médica, mas permanecem em uma internação prolongada por não terem condições de retornar ao domicílio são privados desse direito que está presente no estatuto do idoso e no estatuto da pessoa com deficiência, respectivamente:

É dever do Estado, da sociedade, da comunidade e da família assegurar, com prioridade, às pessoas com deficiência a plena efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde (...) e *convivência familiar e comunitária*, dentre outros decorrentes da Constituição Federal e das leis, que propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 2015, grifos meus).

Diante disso, entendemos que são primordiais o trabalho em equipe e o planejamento da alta que, por meio da alta responsável e do processo de desospitalização, podem possibilitar que o usuário tenha uma alta com condições dignas. Portanto, estamos apresentando a relevância desta discussão diante da perspectiva da garantia de direitos sociais, uma vez que:

O direito à saúde não se resume ao acesso à saúde. A violação ao direito à saúde se expressa por fatores multifacetados e multicausais, que decorrem das desigualdades socioeconômicas, culturais e espaciais, através de uma trama de relações entre os vários níveis de determinações sociais (NUNES; ROCHA; FERNANDES *et.al*, 2019, p 11).

Contudo, o sentido do trabalho na desospitalização também tem sido descolado de uma lógica de direito para uma lógica privatista. Identificamos que essa apropriação tem se dado da seguinte forma: associado à racionalização dos gastos devido a rotatividade de leitos e a partir da transferência da responsabilidade do cuidado para as famílias (ROCHA, 2016).

Em relação à questão da racionalização dos gastos, destacamos a afirmação de Gonzalo Vecina Neto e Ana Maria Mailik (2007), quando realçam que as iniciativas de desospitalizar, à primeira vista, parece um contra-senso, pois os hospitais vivem de “vender” leitos a serem ocupados. No entanto, os autores apontam que:

Quando há pacientes internados, a tecnologia disponível (drogas na terapêutica e na anestesia, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos menos invasivos) permite reduzir médias de permanência, por meio de altas mais precoces, permitindo considerar superestimados os números de leitos, anteriormente calculados como necessários (VECINA NETO; MALIK, 2007, p. 833).

Essa ideia de racionalização é endossada por Sena, Silva e Castro (2017) apesar de afirmarem que a desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio, destacam que ela busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares.

A preocupação pela liberação do leito é um fator notório na maioria dos hospitais. Isso demarca não só a incorporação de uma lógica mercantil nas instituições públicas de saúde, na medida que Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) nos lembram que a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 11),

como também o sucateamento da política de saúde, que vem sofrendo com a redução dos leitos hospitalares⁷. O boletim informativo nº 4 de 2019 do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess)⁸, vinculado à Fiocruz, demonstrou que entre 2009 e 2017, no sudeste⁹, houve uma queda de 15,2% na taxa de leitos disponíveis ao SUS por mil habitantes, além de um aumento importante (40,5%) nos leitos de UTI disponíveis ao SUS. O documento demonstra também uma redução de cerca de 8% no total de hospitais, mais expressiva nos hospitais disponíveis ao SUS do porte de 50 a 99 leitos (15,9%).

Especificamente no estado do Rio de Janeiro, um levantamento¹⁰ realizado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPRJ), mostrou que há um déficit de 1071 leitos, no qual inclui os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de enfermaria (clínica e cirúrgica), de pediatria e outros.

Diante disso, a problemática que se coloca é que se o usuário sai do hospital sem o funcionamento da rede de serviços, sem nenhum tipo de suporte, a desospitalização poderá cair unicamente em uma perspectiva de responsabilização da família, servindo ao projeto privatista. Na visão de Simão e Miotto (2016), a modalidade de internação domiciliar é uma estratégia decorrente dos preceitos neoliberais e os custos do cuidado pela família é inversamente proporcional ao grau de compromisso do Estado (SIMÃO; MIOTO, 2016, p. 167). Já para Ana Cláudia Nogueira e Márcia Monteiro:

Se por um lado, essa proposta de internação domiciliar ressalta do valor da proximidade e do convívio com os familiares nesse momento singular, bem como a importância da participação da família no processo de cuidado, por outro, considerando-se a realidade brasileira – formada por um contingente de famílias empobrecidas economicamente –, sobrecarrega os membros da família em virtude da falta de suporte por parte do Estado para essa assistência em nível domiciliar, como o *home care* (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2014, p. 151).

Essa discussão sobre a responsabilização da família será abordada de maneira mais aprofundada no capítulo seguinte, mas deixamos claro que

⁷ Como curiosidade, ressaltamos a matéria produzida pelo *Jornal O Globo* em agosto de 2019 no qual informa que o SUS teve uma redução de 43 mil leitos de internação desde 2009, numa queda de 12,7%, em números relativos aos meses de junho dos últimos dez anos.

⁸ Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf. Acesso em setembro, 2019.

⁹ É importante ressaltar que esses dados variam de maneira desigual entre as regiões do Brasil.

¹⁰ Fonte: Site da DEPRJ (05/07/2019).

entendemos que essa responsabilização está em consonância com a lógica neoliberal. Andrezzi e Bravo (2014) nos lembram que:

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 510).

Um estudo apresentado pela revista *Visão Saúde* (2018, p. 51), apresenta a desospitalização como uma possibilidade de melhoria na gestão hospitalar, pois as internações hospitalares custam quase R\$ 50 bilhões aos planos de saúde. Dessa maneira, assim como a desospitalização pode vir a estar se tornando um campo¹¹ fértil para o setor privado, a construção do complexo hospitalar e as práticas voltadas à hospitalização foram também alvo massivo de capital privado. Escorel (2008, p. 391) nos lembra que no período da ditadura militar, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. Nesse período, o setor privado hospitalar conheceu, de fato, condições altamente favoráveis de crescimento (VIANNA, 1998, p. 138). Nesse seguimento, concordamos com Andreazzi e Bravo, quando salientam que:

Há que se levar em conta as conjunturas internacional e nacional do setor, de maturidade do complexo médico-industrial-financeiro da saúde sob a dominância de grandes empresas multinacionais dos países ricos, cujos padrões de atenção à saúde se disseminam em associação com grandes empresas nacionais de seguros e serviços de saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 510).

Quando a desospitalização é trabalhada unicamente na perspectiva de racionalização dos custos e da liberação de leitos, vai no sentido oposto à garantia de direitos sociais. Machado (2003), referenciando Eikermann (2000), refere sobre as consequências negativas da desospitalização orientada para o lucro na experiência mundial:

Negligência terapêutica, abandono social, casos comuns de pessoas desabrigadas, encarceramento devido a problemas policiais e com justiça e outras formas dramáticas de

¹¹ A título de exemplo destacamos um artigo do *Jornal do Comércio* no qual é apresentado alguns “seguimentos mais favoráveis” de investimento em 2019. A desospitalização aparece como um nicho de mercado conjuntamente com “alimentação, cervejaria, drones, etc”.

qualidade de vida, especialmente quando os processos de desospitalização *são determinados pelo exclusivo interesse econômico o que constitui um sério prejuízo para a assistência e particularmente para o paciente crônico* (MACHADO, 2003, p. 26, grifos meus).

No contexto brasileiro, ressaltamos a pesquisa de Cunha e Moraes (2006) sobre a prestação de serviço de atenção domiciliar por meio de operadora privada. As autoras perceberam que a organização da assistência nesse serviço desenvolve-se a partir do seguinte processo:

Inicia-se com a *alta hospitalar precoce*, seguida da internação domiciliar na qual ocorre o processo de “desmame”, isto é, a redução progressiva das horas de plantão do auxiliar de enfermagem e do número de visitas dos demais profissionais de saúde, durante os internamentos domiciliares, procedendo-se, ou não, ao monitoramento da pessoa atendida e, fazendo-se evidente em todas essas etapas, a *responsabilização da família* nos cuidados com o doente (CUNHA; MORAIS, 2006, p. 1655, grifos meus).

É muito comum que a desospitalização seja confundida com uma alta hospitalar precoce e isso não está descolado do que discorremos acima a respeito da lógica privatista no setor saúde. Contudo, a alta hospitalar e a desospitalização são dois processos distintos e com perspectivas diferentes. O profissional que atua no setor de desospitalização de um hospital federal do Rio de Janeiro enfatiza que: “A ideia não é dar alta, a ideia é desospitalizar” (participante 2).

A alta hospitalar deveria ser a ocasião em que o usuário tenha condições clínicas, sociais, econômicas, entre outras, de retornar ao domicílio e ser trabalhada por toda a equipe. No entanto, na maioria das vezes, ela é definida unicamente pelo médico e, quando tem um “problema” que impeça o usuário de retornar ao domicílio, ela é encaminhada ao Serviço Social, como salienta Matos (2017):

As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – tem sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social (MATOS, 2017, p. 67).

Isso faz com que, no cotidiano dos serviços de saúde, as situações em que o usuário receba alta médica, mas não tenha condições de retorno ao domicílio, seja denominado pelas equipes como: caso social; internação social; paciente social; direcionando a responsabilidade ao Serviço Social, ao passo que a alta hospitalar passa a ser fragmentada em alta médica e “alta social”.

Na saúde, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Em uma pesquisa realizada por Vasconcelos (2002) com assistentes sociais que atuam na saúde no município do Rio de Janeiro, a autora conclui que, na grande maioria das unidades, após a liberação do paciente pelo médico, o processo é todo encaminhado pelo Serviço Social, como: o contato e a preparação para receber o paciente em casa; orientação sobre a continuação do tratamento; providências relacionadas ao transporte para casa. Segundo o Conselho Regional de Serviço Social:

A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe (CFESS, 2010 p.48).

Entretanto, na grande maioria das vezes, essas altas não acontecem concomitantemente, pois mesmo quando o usuário não tem condições, por diversos motivos, de retornar ao domicílio, a alta médica (ou alta clínica) acaba sendo concedida. Como exposto na situação a seguir, no contexto de um hospital federal do Rio de Janeiro:

- Mas o médico disse que ia dar alta hoje. [familiar]
 - Entre a paciente estar de alta clínica e a paciente sair da instituição há um espaço muito grande. [profissional da desospitalização]
- (Notas de campo, 2019).

Nosso entendimento é que a alta hospitalar não deve ser fragmentada, não está restrita a uma ou outra área específica e não é apenas médica e tampouco social (LEAL; XAVIER, 2014). Entendemos que esse equívoco de fragmentação da alta em “médica e social” está relacionado à compreensão do conceito que saúde que ainda se pauta pelo modelo biomédico, em que os aspectos biológicos são considerados mais importantes e o usuário não é visto em sua totalidade.

Dessa maneira, compartilhamos da compreensão de Vasconcelos (2015) e Matos (2017), que entendem a alta social não deve ser responsabilidade somente do assistente social e sim, de toda a equipe, porque o que está em jogo é o usuário como sujeito de direitos e não o usuário como “problema social e/ou institucional” (VASCONCELOS, 2015, p. 532). Assim, o direcionamento dessa demanda ao

Serviço Social expressa duas reduções: a de pôr para o assistente social a resolução dos problemas que são próprios do capitalismo e a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais no capitalismo (MATOS, 2017, p. 67).

É necessário que, nas instituições hospitalares, tenham equipes multiprofissionais que trabalhem/planejem a alta de maneira que essa responsabilidade não caia exclusivamente ao Serviço Social. E esse trabalho deve ser no sentido de buscar coletivamente respostas para a demanda do usuário por condições dignas de alta hospitalar e da requisição institucional pela desocupação do leito com a garantia de não reincidência do problema que levou o usuário à internação (VASCONCELOS, 2015, p. 532).

A alta hospitalar é o último momento da desospitalização. Iniciar um processo de desospitalização é começar a construir, conjuntamente com a família do usuário, as possibilidades de cuidado no domicílio, entender quais são as condições e trabalhar as diversas questões que irão perpassar esse processo e que vão dialogar com outras políticas públicas, uma vez que ter saúde implica em uma série de determinações que estão para além da simples ausência de doenças (NUNES; ROCHA; FERNANDES, 2019).

Em muitas situações, o usuário não sairá do hospital com alguma dependência e/ou não necessitará continuar o cuidado e, portanto, não passará pelo processo de desospitalização. Mas a alta deve ser realizada de maneira responsável, de modo que o usuário e família recebem todas as orientações necessárias e sejam encaminhados para a rede de acordo com as suas necessidades.

Defendemos aqui uma noção de desospitalização na perspectiva do direito, que não se restringe somente ao setor saúde, mas à concretização de outros direitos sociais (habitação, transporte, saneamento básico e etc). Portanto, deve-se visualizar o usuário enquanto sujeito de direitos, no qual as suas condições e as demandas colocadas por sua família necessitam ser vinculadas ao contexto macropolítico, no intuito que se busque uma agenda pública, cobrando uma maior participação do Estado e pactuação entre os gestores.

3

Desospitalizou... e agora, quem cuida?

O cuidado é algo que perpassa diversas esferas da vida social. Essa categoria tem uma dimensão importante no processo de desospitalização e é primordial pensá-la diante das novas necessidades sociais, como as mudanças na demografia e no perfil epidemiológico da população. As mesmas vão colocar o SUS, entre outros atores, na centralidade da dimensão do cuidado¹² integral, como destaca Pautassi (2010):

La preocupación por el cuidado de las personas y las responsabilidades públicas ha adquirido carácter de urgencia debido a los cambios demográficos y las consiguientes demandas y necesidades sociales de cuidado. Cada vez hay más personas dependientes que requieren cuidados especiales y son aun escasos los servicios públicos y privados que están disponibles (PAUTASSI, 2010, p. 15).

Em vista disso, julgamos necessário refletir um pouco mais sobre essas mudanças demográficas e epidemiológicas para, posteriormente, discorrer sobre seus impactos para o cuidado tanto no que diz respeito às famílias quanto para o Estado.

3.1

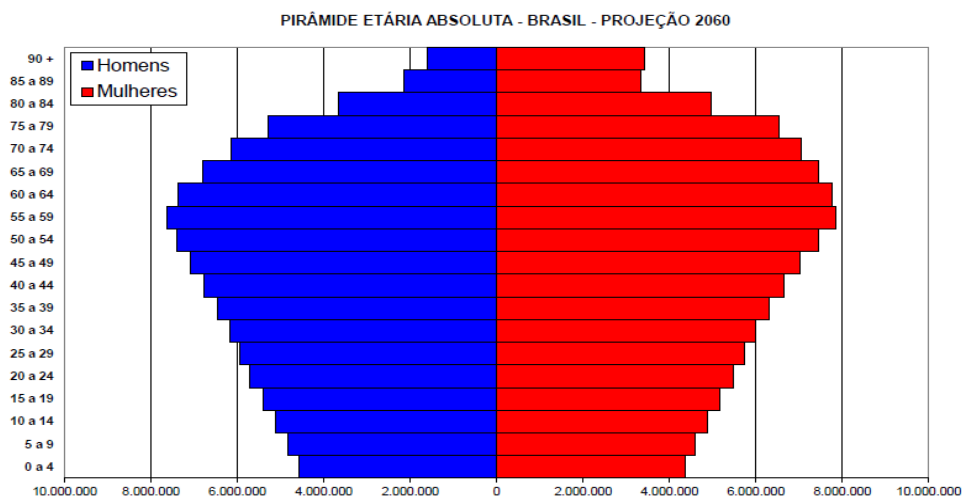
Um cenário transições demográficas e epidemiológicas

Segundo Miranda (2015), a partir de 1970, o Brasil experimentou uma verdadeira revolução demográfica, tendo o seu perfil demográfico transformado de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional para uma sociedade predominantemente urbana (MIRANDA, 2015, p. 14). Órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem produzindo pesquisas que sinalizam que o Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (IBGE, 2015, p.141). Dessa maneira, podemos observar no gráfico abaixo que,

¹² Como já tratado anteriormente, a partir do entendimento da saúde em seu conceito ampliado, compreende-se que continuidade do cuidado refere-se, não estritamente a condições clínicas, mas relacionada acessos à diversos direitos sociais.

em 2060, o número de pessoas idosas será maior do que a de crianças e pessoas consideradas como economicamente ativas¹³ como demonstra o gráfico 2.

Gráfico 2: Pirâmide Etária Absoluta – Brasil – Projeção 2060



Fonte: Instituto Brasileiro de Estatística (2015)

Para Vicente de Paula Faleiros (2014, p. 08), a transição demográfica, ao mesmo tempo que é efeito de determinações complexas, como da economia, da política e da cultura, provoca e exige mudanças na economia, na política e na cultura. Essas considerações, em diálogo com Brito (2008), indicam que a transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a economia e a sociedade brasileiras desde a segunda metade do século passado (BRITO, 2008, p. 06). O autor ressalta ainda a originalidade da transição demográfica no Brasil em que:

Está definida pelas particularidades históricas onde ela se insere, permeadas pelos fortes desequilíbrios regionais e sociais. Nessa perspectiva ela é única, enquanto um processo global que atinge toda a sociedade brasileira, mas, ao mesmo tempo, múltipla, pois se manifesta diferentemente segundo as diversidades regionais e, principalmente, sociais (BRITO, 2008, p. 06).

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que entendemos a longevidade como uma conquista da civilização humana contemporânea (SILVA, 2016, p. 222-223),

¹³ De acordo com o IBGE, pessoas consideradas como economicamente ativas estão na idade entre 15 a 64 anos.

é necessária a discussão sobre as diversas formas desiguais de envelhecer no contexto brasileiro, como destaca Silva:

No Brasil, país de dimensões continentais e atravessado por profundas desigualdades sociais, registram-se diferentes e heterogêneas formas de envelhecer. Estão presentes nesse processo os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos enquanto determinantes do acesso a bens e serviços sociais disponibilizados, revelando uma situação de exclusão de grande parte da população idosa dos bens essenciais à existência humana (SILVA, 2016, p. 225).

Concomitantemente às transições demográficas, nossa sociedade vem passando também por transições epidemiológicas¹⁴. Mendes (2015, p. 37) analisa que o Brasil apresenta uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas. Segundo dados da OMS¹⁵, as DNCT são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no mundo (o equivalente a 41 milhões de pessoas). Isso inclui 15 milhões de pessoas que morrem prematuramente, ou seja, com idade entre 30 e 69 anos. Mais de 85% dessas mortes prematuras ocorrem em países de baixa e média renda.

No ano de 2019, as DCNT's entraram na lista da Organização Mundial de Saúde, por meio de um plano estratégico, que tem como objetivo enfrentar dez questões que impactam diretamente na saúde. As DCNT têm gerado um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza (MALTA *et al.*, 2014, p. 4342). O Ministério da Saúde (2018) define como principais fatores de risco para as doenças crônicas:

¹⁴ Segundo Mendes (2015, p. 37), a situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, pois inclui uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas.

¹⁵ Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875. Acesso em setembro de 2019.

Figura 2: Fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: Secretaria de Vigilância de DCNT (2018)

Ao vislumbrar as doenças crônicas e seus fatores de risco, destacamos nossa compreensão de sua relação com a determinação social da saúde e as iniquidades sociais. Salientamos que optamos por utilizar o termo determinação social ao invés de determinantes sociais por entender que a perspectiva de determinação é mais ampla, uma vez que busca trazer para o plano da consciência, uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social (ROCHA; DAVI, 2014, p. 134).

Essa relação entre as DCNT'S e a determinação social da saúde vai de encontro à uma perspectiva que entende os fatores de risco como estilos de vida e escolhas individuais. A respeito disso, Barros e Sousa (2016) enfatizam que:

Embora variações biológicas como sexo e idade determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis (BARROS e SOUSA, 2016, p. 15).

Portanto, entendemos que o aumento da prevalência das doenças crônicas associa-se à determinação social da saúde, sendo a população mais pobre a que paga o maior tributo em termos de saúde, acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, entre outras (SCOREL, 2008). As DCNT's aprofundam as iniquidades sociais e constituem um obstáculo para os esforços na luta contra a pobreza e desigualdade (MALTA, et.al, 2014). A autora refere ainda que:

As tecnologias mais efetivas para a redução da carga de DCNT são aquelas que trabalham com os *fatores determinantes e condicionantes* da saúde individual e coletiva, elaborando

políticas públicas orientadas pela ótica da *integralidade* e adequadas às realidades de cada região de saúde (BRASIL, 2008, p. 30, grifos meus).

Logo, uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2015, p. 34). Assim, a demanda de atendimento para o SUS de pessoas com doenças crônicas será cada vez maior, o que necessita de maior investimento nas ações de promoção da saúde, na perspectiva de integralidade, superando foco no curativismo que ainda permanece sendo o foco principal, senão único, na promoção da saúde¹⁶ (DAL PAI; SCHRANK; PEDRO, 2005, p. 83).

Entretanto, essas necessidades sociais não tem ganhado devida atenção, visto o desfinanciamento na política de saúde que vem tomando maiores proporções, prejudicando diretamente a efetivação do direito à saúde. Um dos desmontes recentes mais devastadores é a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, que congela os gastos por vinte anos em determinadas políticas sociais, dentre elas, a política de saúde. Concordamos com Vieira e Benevides (2016, p. 08), quando apontam que o congelamento não leva em conta as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país. Os autores também destacam que:

Em uma situação de restrição orçamentária importante, é provável que as ações e serviços de prevenção e promoção à saúde sejam mais afetados, o que não é uma boa escolha em saúde pública. É muito mais barato promover e prevenir do que tratar pacientes crônicos, cujos agravos poderiam ter sido evitados (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 15).

Assim, o parco investimento nas ações de promoção à saúde que, ao nosso ver, tende a piorar cada vez mais, soma-se à precarização da rede de serviços e a ausência de serviços públicos para aqueles pacientes que são cronicamente adoecidos e necessitam de cuidados contínuos.

Com isso, o cuidado domiciliar assumido pelas famílias se expande, em especial, na saúde com o aumento de doenças de caráter crônico e a própria necessidade por serviços de saúde ao se garantir a sobrevivência das pessoas. Uma das saídas encontradas para estas novas configurações no âmbito da saúde é a institucionalização do *home care* que trata do

¹⁶ A Política Nacional de Promoção da Saúde objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. (BRASIL, 2010, p. 17). A promoção da saúde e as ações integradas são de extrema importância tanto no âmbito da prevenção das doenças crônicas agindo na determinação social, quanto na possibilidade de proporcionar o bem-viver para os usuários que já se encontram em condições crônicas.

cuidado à saúde em domicílio, por meio de prestação de serviços que visam à continuidade do tratamento hospitalar (WISE, DAL PRA E MIOTO, 2017, p. 10).

Antes de continuarmos a discussão sobre essa questão do cuidado domiciliar e como a família tem sido responsabilizada pelo mesmo, é importante demarcarmos qual o entendimento que cuidado adotado neste trabalho.

3.2

De que cuidado estamos falando?

No senso comum, quando falamos em cuidar, logo associamos a quem cuida e quem é cuidado, para aliviar ou curar uma doença ou melhorar uma disfunção (FALEIROS, 2013, p. 85). Especificamente no campo da saúde, o significado de cuidado conversa com ideia de integralidade e equidade. Nesse sentido, cuidado pode ser entendido como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO, 2007, p. 18). Por *direito de ser*, a autora compreende como o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente.

Compreendemos que o ato de cuidar ultrapassa questões relacionadas somente ao processo saúde-doença, mas se conforma como uma necessidade que constitui a essência do ser social, sendo fundamental a sua reprodução. Tal compreensão fundamenta-se na perspectiva de Rachel Passos (2018), que desenvolve a hipótese de que cuidado é uma necessidade ontológica do ser social. Assim, sua viabilização resulta da cooperação entre os indivíduos, tendo como objetivo a perpetuação da espécie e a reprodução de um determinado modo de produção e de sua sociabilidade (PASSOS, 2018, p. 65).

Ainda de acordo com autora, a perpetuação da espécie está relacionada à necessidade de sobrevivência dos indivíduos que não podem trabalhar para suprir as próprias necessidades ontológicas primárias na atribuição que é determinada socialmente à quem irá exercer o encargo de cuidar (PASSOS, 2018). Com base nessas reflexões, podemos pensar a relação do cuidado como o processo de desospitalização. São pessoas que não tem condições de satisfazer suas necessidades ontológicas primárias, seja devido às fases naturais da vida (infância e velhice), seja por adoecimento ou por outras limitações impostas social ou biologicamente (PASSOS, 2018), necessitando de que outro as realize. E,

enquanto relação social, na sociedade capitalista, esse cuidado é socialmente determinado como uma atribuição feminina e, nesse sentido, executado pelas mulheres da família e/ou que compõem a rede do usuário.

Assim, na discussão sobre o cuidado, é preciso localizá-lo dentro na sociedade capitalista em que vivemos, em um contexto neoliberal, uma vez que seu enfrentamento se faz dentro dos limites colocados por essa formação socioeconômica, que não tem como centralidade o atendimento das necessidades humanas (WIESE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017, p. 01).

Assim, especificamente a partir dos anos 1990, após instituição da constituição federal vigente, temos a criação de diversas legislações¹⁷ que passam “institucionalizar” o cuidado e a assistência como uma responsabilidade que deve ser compartilhada pelas seguintes instituições: a família, o Estado, a sociedade e a comunidade¹⁸. Logo, de diferentes formas, outras esferas da sociedade passam a ser incumbidas pelo cuidado com as famílias, comunidades de vizinhos, voluntariado, grupos de auto-ajuda, organizações não-governamentais (SERAPIONI, 2005). Contudo, essa responsabilidade tem sido deslocada majoritariamente para as famílias, uma vez que a instância familiar tem ocupado uma centralidade na esfera das políticas sociais e econômicas nacionais e internacionais, configurando-se como objeto, sujeito e instrumento das políticas públicas (TEIXEIRA, 2015).

Essa perspectiva, que enxerga a família como principal provedora de bem-estar, pode ser denominada como familiarista, contrapondo a perspectiva da social-democracia, que propõe a oferta de serviços públicos universais e, assim, amenizam os custos enfrentados pelas famílias (MIOTO; DAL PRÁ, 2015). Dessa maneira, as famílias são incubidas ao cuidado sem que o Estado lhe forneça subsídios para que este seja provido e, ao mesmo tempo, se ausenta mediante aos serviços públicos que reflete na redução dos serviços públicos, como por exemplo, de internação hospitalar, centros-dia para atendimento de idosos e de pessoas com deficiência, centros de convivência, instituições de longa permanência, entre outros, que deveriam prover o cuidado a diversos segmentos da população (WIESE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017).

¹⁷ A exemplo: Os estatutos: da Criança e Adolescente, do Idoso e da Pessoa com Deficiência.

¹⁸ Ver em Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2006).

Salientamos que compreendemos a família como um espaço complexo, que se constrói e se reconstrói histórica e cotidianamente, através das relações e negociações estabelecidas entre seus membros e outras esferas sociedade, adquirindo um papel público importante na sociedade no que se refere a aspectos sociais, políticos e econômicos (MIOTO, 2010).

Quando falamos na provisão do cuidado na esfera privada, um diálogo importante e imprescindível é sobre a divisão sexual do trabalho. Sustentamos aqui a nossa compreensão de que o cuidado, dentro do sistema capitalista, expressa uma relação de poder que reforça a divisão sexual do trabalho¹⁹ (MARCONDES, 2012). Sendo o tipo de família que se baseia na divisão dos papéis hierárquicos homem/provedor e mulher/dona-de-casa em tempo integral, é o locus preferencial da dominação masculina (OLIVEIRA, 2005, p. 126).

Na sociedade capitalista em que vivemos, o cuidado acabou assumindo o sentido de atribuição feminina, tornando-se parte dos comportamentos que devem ser ensinados e reproduzidos pelas mulheres, reduzindo completamente a sua essência (PASSOS, 2017, p. 251-252) e se constituindo como uma prática social que ancora-se na divisão sexual do trabalho e objetiva atender às necessidades humanas concretas, mas também emocionais e psicológicas (MARCONDES, 2013).

Diferentes elementos que vão influenciar na sobrecarga das mulheres, fatores como idade, a escolaridade e o trabalho remunerado têm efeito relevante sobre o tempo dedicado ao trabalho doméstico (WISE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017, p. 09). Nosso ponto de vista é de que o cuidado executado pelas mulheres configura-se como trabalho familiar, sendo sua execução invisível, desprestigiada e não remunerada e a responsabilidade é das mulheres que compõem o núcleo familiar (MARCONDES, 2012, p. 43/44). Esse trabalho familiar abarca, por exemplo, um conjunto de atividades relacionadas às tarefas domésticas; ao cuidado de seus membros, especialmente os dependentes (MIOTO; DAL PRÁ 2015 APUD MIOTO 2010).

¹⁹ Segundo Hirata e Kergoat (2007, p. 599), a forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher).

Dessa maneira, além do trabalho com as atividades domésticas que é atribuído socialmente à mulher, quando há necessidade de cuidado a algum familiar que encontra-se em condição de dependência, muitas vezes também deve ser exercido cuidados de enfermagem, que vão desde o aprendizado a dar banho no leito, a limpar a sonda, fazer curativos, etc. Geralmente, esses familiares são treinados pelas equipes de enfermagem como parte da atividade de educação em saúde, como em um hospital federal do Rio de Janeiro:

(...) Inclusive, se o familiar já foi treinado ou se tem ainda alguma pendência, a gente coloca qual é a pendência. *Falta treinamento de GTT, falta treinamento de banho, falta treinamento de ferida, falta treinamento de curativo* (participante 4, grifos meus).

A questão que se coloca não é a atividade de educação em saúde em si, pois quando trabalhada a partir de uma perspectiva crítica, se conecta com o direito à informação e ao conceito ampliado de saúde, distanciando-se de processos baseados na transmissão de informações com tendência de culpabilização dos indivíduos pelo seu adoecimento e da centralidade no biologicismo (REZENDE; MORAIS; CASTRO, 2016, p. 335). No entanto, dado o contexto social e econômico que inserem as famílias no Brasil, é necessário problematizar em que condições serão exercidos esses cuidados mais “técnicos”, que acarreta também um aumento dos custos com insumos que, legalmente, teriam que ser fornecidos pelo Estado.

Nesse seguimento, o trabalho familiar executado majoritariamente pelas mulheres, tem uma significativa inflexão na reprodução da sociedade, cumprido um papel “público”, ainda que esse trabalho não seja valorizado e nem sequer considerado como trabalho, mas como algo é atribuição feminina. Portanto, pode-se dizer que as mulheres cobrem a escassez de serviços públicos destinados ao cuidado das crianças e dos idosos ou dependentes e realizam o trabalho de cuidadoras informais sem o reconhecimento social (GUTIERREZ; MINAYO, 2007 apud SANTOLARIA, 2004).

A ausência do Estado que se expressa (desde a efetivação dos direitos sociais essenciais que são garantidos pela Constituição Federal) pela escassez dos serviços e precarização dos que compõem a rede (assistência, saúde, etc.), pela inexistência de políticas públicas que possam amparar o cuidador familiar, entre outros. O Estado deve garantir o funcionamento da rede de serviços para que as

famílias sejam apoiadas na provisão do cuidado. Acreditamos que isso não é suficiente, mas é um começo e que deve ser cobrado coletivamente do poder público, pois tem deixado de cumprir seu dever, como consta nas legislações.

Diante de tais apontamentos sobre a responsabilização família e ausência do Estado, salientamos duas reflexões importantes de Nogueira e Monteiro (2014):

1) Como a família pode dar proteção aos seus membros se são insuficientes as ações destinadas, por parte das políticas sociais, ao grupo familiar?; 2) Em que medida a família brasileira tem hoje condições de cumprir as suas funções, socialmente atribuídas e legitimadas pelo Estado, no que se refere à reprodução social, tendo em vista a realidade brasileira contemporânea, profundamente marcada pelo acirramento da questão social e regressão desse mesmo Estado no campo dos direitos sociais? (NOGUEIRA e MONTEIRO, 2014, p. 146).

Isto posto, tais considerações ratificam a necessidade de ter como fundamento teórico-metodológico uma teoria crítica que perceba realidade para além de um processo fragmentado, o que pode contribuir para a reprodução de um discurso de culpabilização das famílias que não conseguem prover o cuidado como se fossem questões individuais, desconsiderando as condições sociais e estruturais implicadas.

A nossa compreensão de que a responsabilidade da proteção social não está restrita às famílias e, portanto, a solução dos mesmos extrapola as suas possibilidades individuais (MIOTO, 2010, p. 172), nos possibilita fazer uma conexão com as potencialidades da existência da rede como forma de garantia de direitos e corresponsabilização por parte do Estado, acerca do cuidado, objetivando uma divisão justa de responsabilidades. Esse fator poderá ter efeitos na desigualdade no âmbito privado, tendo em vista que as famílias estão clivadas pelos três grandes eixos da desigualdade, que são classe, gênero e etnia, além das diferentes formas de organização e de relações com as políticas sociais (WISE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017, p.02).

Diante disso, para sair de uma lógica familiarista, não há outro caminho, senão a busca por uma divisão de responsabilidades mediante a uma maior participação do Estado. Para isso, é necessário que o cuidado adquira um status público na sociedade e seja compreendido, nos termos de Marcondes (2012), como uma questão social e política.

3.3

O cuidado como uma questão pública

Na contramão do contexto político vigente, que privilegia a transferência do cuidado para a esfera privada, trazemos como ponto chave a concepção que apreende o cuidado como um direito, portanto, deve ser garantido pelo poder público. Apesar de desafiador, Wise, Dal Prá e Miotto (2017, p. 02), enfatizam que em muitos países há avanços legislativos que direcionam para o reconhecimento do cuidado como um direito e da necessidade de se pensar de modo mais equitativo a responsabilidade do cuidado, tanto no interior da família como entre as instituições públicas. Nesse sentido:

El derecho al cuidado, a su vez, debe ser considerado en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía, desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados (BATTHYANY, 2015, p. 11).

Assim, essa perspectiva parte da ideia de que o cuidado deve ser considerado com um direito universal, vinculado à cidadania e que dialoga com a dignidade humana. Deve ser considerado, assim, tanto um direito daquele que necessitar receber o cuidado quanto uma possibilidade de escolha por parte das famílias que irão prover o cuidado. Sabe-se que as famílias quando, por inúmeras razões, apresentam dificuldades na prestação do cuidado, acabam sendo culpabilizadas, pois essa impossibilidade é vista, de modo superficial e fragmentado, como um “caso da família”, um problema individual. Desse modo, Batthyany (2015) ressalta que:

La discusión sobre el cuidado ha conducido a colocarlo como un problema de política pública al que deben responder los Estados. No se trata, por tanto, de un problema individual y privado al que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, sino que se trata de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y, por ende, sociales. Reducirlo a una dimensión individual deja a las mujeres expuestas a negociaciones individuales y desventajosas (BATTHYANY, 2015, p. 14).

De modo geral, em nossa sociedade, a família ainda é vista como o “melhor lugar” para o cuidado. É importante refletir que, além da exacerbada desigualdade social no qual estão submetidas a maior parte das famílias brasileiras, onde, muitas vezes, não apresentam condições em prover o cuidado, é necessário romper com o modelo idealizado de família, nos moldes sociedade

burguesa conservadora, que enxerga que a família é sempre o melhor lugar para estar, pois não podemos desconsiderar que, dependendo da família, muitas vezes este é o lócus das doenças, dos problemas sociais e até da ausência de cuidados, em todos os âmbitos da convivência familiar (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2014, p. 151).

A consideração do cuidado enquanto direito tem potencialidades para acabar com uma naturalização de obrigações que são socialmente e historicamente definidas como funções da família, por exemplo, o ato de cuidar. Isso, consequentemente, trará impactos na divisão sexual do trabalho, principalmente no que diz respeito a realização do trabalho praticado no domicílio. Além disso, destacamos duas pontuações de extrema importância levantadas por Wise, Dal Prá e Miotto (2017). A primeira é a garantia do cuidado em diferentes etapas da vida sem que esteja submetido à lógica de mercado, renda ou de formação e vínculos afetivos. A segunda é o direito de escolha, por parte da família, se o cuidado acontece ou não e isso trará impactos diretos na sobrecarga das mulheres.

Assim, ao ser encarado como uma questão coletiva, o cuidado sai do âmbito familiar como seu lócus central, tendo potencialidades tanto para garantir uma maior igualdade a quem necessita receber os cuidados, como poderá contribuir para uma maior autonomia das mulheres que tem essa tarefa de cuidar, como socialmente atribuído a elas. Corroborando com essa ideia do cuidado com uma responsabilidade coletiva, Caldas (2003), que realizou um estudo sobre idosos com dependência, enfatiza que a última precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública. Para a autora, é possível estabelecer políticas públicas que envolvam mecanismos de apoio institucional e comunitário às famílias que cuidam e aos idosos que não possuem uma família que assuma os cuidados (CALDAS, 2003, p. 778).

Destarte, pensando na responsabilização do Estado em relação ao cuidado, algumas iniciativas foram tomadas direcionado aos usuários que necessitam de cuidados contínuos, como a pessoas em condições crônicas. Temos como exemplo a Portaria nº 2809/2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse documento, é enfatizado que a continuidade do cuidado deve estar inserida no processo assistencial dos serviços de saúde, estando em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Além disso, apresenta, dentre outros pontos importantes, as diretrizes dos cuidados prolongados, que devem ser realizadas mediante a garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; garantia da alta hospitalar responsável; corresponsabilização da família no cuidado e intersetorialidade.

Outro documento importante é o intitulado “Diretrizes e Recomendações do Cuidado Integral com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, do Ministério da Saúde, que tem o intuito de:

Iniciar uma reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), bem como para propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas já existentes a fim de convocar as diversas áreas do governo, organizações não-governamentais e a sociedade para a composição de uma rede de compromisso e solidariedade direcionada à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT (BRASIL, 2008, p. 10).

Esses documentos abordam questões importantes para se pensar no cuidado integral e mais igualitário entre famílias e Estado. No entanto, a efetivação dessas diretrizes/recomendações é entravada pelas orientações da ofensiva neoliberal que responsabiliza as famílias em relação a determinadas ações de proteção social, refletindo na intensificação de cuidados domiciliares com diferentes segmentos da população, os quais deixam de ser atendidos pela rede de serviços (WISE, DAL PRÁ E MIOTO, 2017, p. 10).

Dessa maneira, os impactos da política neoliberal irão refletir, principalmente, de duas maneiras no cuidado: a primeira é em relação a responsabilização das famílias e ausência do Estado. A segunda refere-se à precarização e privatização da rede existente, principalmente na saúde, gerando rebatimentos na prestação de serviços para a população e nas condições de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços dessa rede. Bianco (2018) relata, a partir da experiência no contexto de um hospital universitário do Rio de Janeiro, que nas situações em que os usuários com algum tipo de dependência necessitavam de acolhimento institucional²⁰, as possibilidades com a rede eram

²⁰ Ver na Política de Assistência Social, no que se refere a proteção social especial de alta complexidade.

verificadas especificamente pelo assistente social e na ocasião foi identificado que:

1) As instituições de longa permanência existentes no município do Rio de Janeiro é escassa, o paciente continua internado por muito tempo devido impossibilidade da transferência; 2) As instituições de acolhimento pertencentes à Secretaria Municipal de Assistência Social informaram que acolhem usuários independentes, que não necessitam de cuidados de saúde, dessa forma salienta que a responsabilidade seria da Secretaria de Saúde; 4) A Secretaria Municipal de Saúde destaca que já houve a existência das antigas casas de apoio para acolhimento de pacientes dependentes, com sua condição de saúde agravada, no entanto, tais casas foram descredenciadas do Estado, devido as condições precárias em que funcionavam, voltando a responsabilidade para a assistência (BIANCO, 2018, p. 18).

Dessa maneira, verifica-se não só a desorganização dentro da rede que compõem os serviços sociais, como a precarização, configurando na restrição do acesso a direitos e inviabilizando a continuidade do cuidado. Especificamente em relação a rede de atenção à saúde, não é raro vermos as clínicas de família e postos de saúde fechados devido à falta de recursos e profissionais com salários atrasados. A título de exemplo, recentemente, no município do Rio, tivemos a suspensão de um programa importantíssimo para a desospitalização e continuidade do cuidado, o Programa de Atenção Domiciliar do Idoso (PADI), em razão do término do contrato com a antiga Organização Social de Saúde que administrava o programa²¹.

Outro aspecto que também é um dos rebatimentos da política neoliberal, é em relação às condições de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços que compõem a rede, principalmente a de atenção à saúde. Verifica-se, na atenção básica de saúde, que uma grande parte de profissionais são contratados, havendo por parte das OSs uma inequívoca flexibilização das relações de trabalho *vis-à-vis* ao regime jurídico dos funcionários públicos. Têm sido altos os índices de rotatividade apresentados (BRAVO; ANDREAZI, 2014, p. 506).

Essa rotatividade prejudica o acompanhando e a continuidade do cuidado, já que se torna difícil o estabelecimento de vínculos, que é outra dimensão importante. E para os profissionais que estão submetidos a precárias condições de trabalho, é importante refletir sobre como exercer esse cuidado diante de

²¹ A suspensão ocorreu em agosto de 2019. O programa já foi retomado.

condições de trabalho configuradas por instabilidade de vínculos, insegurança nos salários, precarização de recursos humanos e materiais, entre outros.

Tais questões nos fazem refletir que pensar o cuidado dentro do processo de desospitalização envolve fazer mediações com o contexto macrosocietário, discorrendo sobre a precarização que atinge os serviços públicos existentes na rede e as condições de trabalho os profissionais. Isso gera rebatimentos diretos para os usuários que necessitam de cuidados contínuos e não conseguem acessar seus direitos e as famílias acabam arcando com os cuidados. Diante disso, é necessário que sejam cobrados, em caráter coletivo, as demandas que são coladas pelas famílias e que perpassam a questão do cuidado e a efetivação dos direitos, principalmente, no que se refere à garantia dos serviços públicos de qualidade.

4

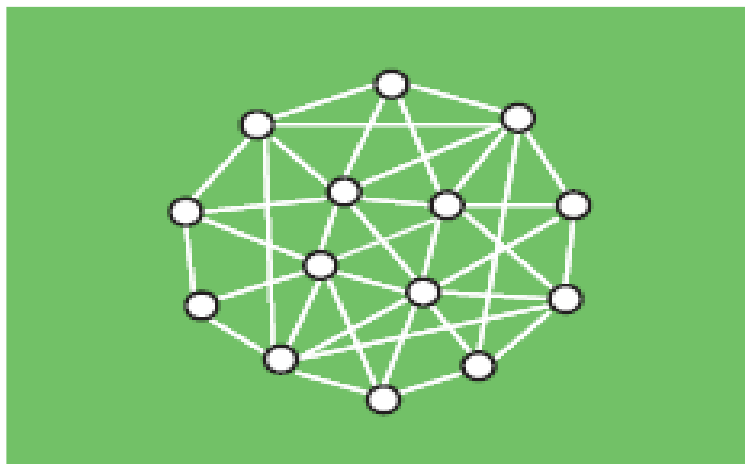
Falando de redes e sua importância no processo de desospitalização

O trabalho em rede é indispensável à desospitalização. Não há como pensar esse processo descolado de uma rede composta por serviços públicos que seja corresponsável pelo cuidado do usuário. Diante do contexto de desmonte das políticas públicas, trabalhar em rede torna-se não só um desafio, mas pressupõe uma compreensão de que as demandas da população usuária atendida devem sair do micro e serem levadas à agenda pública, bem como é necessário pactuações entre gestores para que os usuários tenham a garantia do acesso aos serviços.

Dessa maneira, primeiramente introduziremos conceitualmente o termo da rede e depois discorreremos sobre a articulação do trabalho em rede com a desospitalização, a partir de três categorias: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A palavra rede é muito utilizada em nosso cotidiano, podendo apresentar diversos sentidos a depender do que vincula-se. Por exemplo, estamos falando de rede quando falamos em rede social, rede de computadores, rede elétrica, etc. Desse modo, podemos dizer que a noção de rede nos remete a um amplo significado e que, de maneira geral, todas essas representações podem nos reportar à ideia de uma estrutura em “teia”, formada por pontos que interligam-se, como mostra a figura a seguir:

Figura 3: Uma primeira (e imprecisa) representação da rede: pontos interligados por linhas.



Fonte: Martinho (2003).

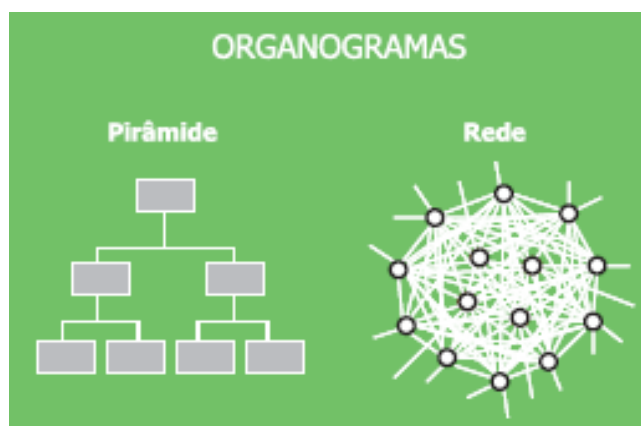
Trazendo para o campo das políticas sociais, essa “teia” deveria ser formada por uma multiplicidade de serviços públicos prontos para serem acessados de acordo com as necessidades do usuário. Conceitualmente, a concepção de rede permeia vários campos do conhecimento, o que a faz possuir um caráter interdisciplinar, tendo como referência teórica diferentes perspectivas filiadas às várias correntes do chamado pensamento sistêmico e às teorias da complexidade (MARTINHO, 2003).

No âmbito das ciências sociais, Manuel Castells (2005) discorre sobre as organizações em rede em diferentes contextos, como no econômico e político, apresenta a ideia de que vivemos em uma sociedade em rede. Esta caracteriza-se por:

Uma estrutura social baseada em redes operadas por tecnologias de comunicação e informação fundamentadas na microelectrónica e em redes digitais de computadores que geram, processam e distribuem informação a partir de conhecimento acumulado nos nós dessas redes (CASTELLS, 2005, p. 20).

Assim, Castells (2005) discute sobre a rede de uma maneira muito ampla, considerando diversos pontos que compõem a sociedade. Trazendo a perspectiva de rede para o contexto do Brasil e apontando-a como algo que é indispensável quando pensamos no trabalho com políticas sociais, Cássio Martinho (2003, p. 42) a define como uma forma de organização caracterizada pela sua horizontalidade, além de ser uma arquitetura plástica, não-linear, aberta, descentralizada, plural, dinâmica, horizontal e capaz de auto-regulação.

Figura 4: Duas formas organizacionais em sua representação básica: a hierarquia (vertical) e a rede (horizontal).



Fonte: Martinho (2003).

A contribuição de Martinho nos faz refletir sobre um aspecto importante quando se pensa nessa forma de organização em rede, que é a superação da estrutura hierárquica em busca da construção da horizontalidade. A partir dessa lógica, temos a ideia de que os pontos da rede devem ser acessados sem que haja hierarquia entre eles e sem precisar seguir determinado fluxo que, em nosso entendimento, pode burocratizar e dificultar o acesso à determinado serviço que compõem essa rede.

Assim como Martinho (2003), Gonçalves e Guará (2010), também entendem rede como uma forma de organização. No entanto, os autores a percebem como uma organização estratégica, uma vez que articula intencionalmente pessoas e grupos e ajuda os atores e agentes sociais a potencializarem suas iniciativas para promover o desenvolvimento pessoal e social (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p. 14).

Outros autores (JUNQUEIRA, 2000, AVELAR; MALFITANO, 2018) irão trabalhar, principalmente, com a ideia de rede social. Para Avelar e Malfitano (2018), a rede social é formada por sujeitos que, por meio de suas ligações interpessoais, permitem a transmissão de recursos. Já para Junqueira (2000), a rede social é composta por um misto de pessoas e organizações que se relacionam com o intuito de responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e a autonomia de cada membro (JUNQUEIRA, 2000, p. 40).

No ponto de vista de Eichner e Fontes (2004), o fenômeno de rede pode ser analisado a partir do indivíduo e da constituição de seus processos interativos (amizade, parentesco, relações de trabalho, ligações territoriais, etc.). Assim, para Andrade e Vaitsman (2002, p. 928), as redes possibilitam o apoio social que materializa-se por meio do compartilhamento informações, do auxílio em momentos de crise e da presença em eventos sociais.

Apesar do debate sobre rede ser muito amplo, nosso intuito aqui não é abordá-lo em profundidade, pois não é o propósito deste trabalho. O nosso recorte incide na relação do trabalho em rede com o processo de desospitalização, que pretende responder a pergunta de pesquisa que norteia este trabalho, ou seja, entender como se constitui o trabalho em rede no processo de desospitalização em um hospital federal do Rio de Janeiro.

Portanto, especificamente no campo da saúde, temos um modelo importante denominado de Redes de Atenção à Saúde (RAS)²², que são definidas por Mendes (2015, p. 47) como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS.

No entanto, salientamos que nosso interesse no debate sobre o trabalho em rede ultrapassa a focalização na RAS, expandindo-se para a rede de serviços em uma dimensão intersetorial. Convenhamos que a integralidade do cuidado e a intersetorialidade são questões necessárias à política de saúde que, enquanto política pública, se relaciona com políticas sociais de combate às vulnerabilidades e as desigualdades sociais (ARAÚJO; JOAZEIRO, 2019, p. 26).

Um ponto de partida para começarmos a trilhar a nossa concepção de rede, nos moldes deste trabalho, é discorrer sobre as suas denominações. Na produção de Gonçalves e Guará (2010), foram caracterizados diferentes tipos de redes existentes: redes primárias ou de proteção espontânea, redes de serviços sociocomunitários, redes sociais movimentalistas, redes setoriais públicas e rede privada. Dentre elas, destacamos para nossa discussão as redes primárias, redes de serviços sociocomunitários e redes setoriais públicas, a saber:

As redes primárias se organizam na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, de proximidade com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade. As redes de serviços sociocomunitários funcionam como uma extensão das redes sociais espontâneas. O que as diferencia é o grau de organização dessas últimas para atender demandas mais coletivas e menos difusas no espaço comunitário. O que lhes garante identidade é a relação comunitária cidadã, solidária no acolhimento das demandas emergentes que resultam da inexistência ou insuficiência das políticas sociais públicas. Já as redes setoriais públicas, são aquelas que prestam serviços de natureza específica e especializada, resultantes das obrigações e dos deveres do Estado para com seus cidadãos (GONÇALVES e GUARÁ, 2010, p. 22, 23 e 25).

Esses três tipos de redes são emblemáticos quando pensamos no cotidiano dos serviços de saúde e com a integração com outras políticas sociais, pois tais redes constantemente são acessadas. Contudo, verifica-se que há uma

²² O autor elenca que uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde são elementos constituintes da RAS. Ver mais em Mendes (2015).

sobreposição principalmente das redes primárias, sociocomunitárias e do terceiro setor em detrimento das setoriais públicas.

Tal condição, ao nosso ver, relaciona-se diretamente com política neoliberal vigente, uma vez que o Estado passa a defesa de alternativas privatistas, que envolvem a família, às organizações sociais e comunidade em geral (YAZBEK, 2014). No contexto de um hospital federal do Rio de Janeiro, essa questão é ressaltada como uma das estratégias utilizadas no trabalho em rede no processo de desospitalização. Uma das participantes da pesquisa realizada conta que, mediante a precarização das políticas públicas, essa rede tem sido mais recorrida:

A gente tem tentando ver novas opções de rede que possa ter. Como, por exemplo, no caso de materiais hospitalares, de curativo. A gente tem visto a rede social, às vezes Igrejas, ONGs. É uma rede mais para o social que, às vezes, dá o suporte a algumas famílias que não conseguem o acesso ao serviço público (participante D).

Dessa maneira, a partir da fala acima, podemos refletir sobre a participação da família, da comunidade e do terceiro setor que têm sido recorridos em virtude da precarização e/ou ausência dos serviços públicos existentes. A partir disso, consideramos necessário ter o entendimento de que, apesar dos aspectos subjetivos relacionados aos laços e formação de vínculos ao longo da vida serem importantes, a noção de rede não deve se restringir a tal questão. Pelo contrário, deve ser direcionada para a possibilidade de que, através da articulação da rede, o usuário tenha acesso integral aos serviços existentes e, assim, a garantia de seu direito.

Nesse sentido, centramos a nossa concepção de rede a partir da intencionalidade da efetivação da integralidade do cuidado e isso pressupõe a garantia de serviços públicos. No capítulo anterior, localizamos a nossa percepção de cuidado e as implicações negativas para os usuários quando a desospitalização é realizada sem que haja condições dignas para continuar o cuidado no domicílio. Diante dessas questões e tendo como base a alta hospitalar responsável, que envolve a garantia da continuidade do cuidado e a articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde (RAS), trazemos à tona a discussão sobre redes e sua importância na desospitalização.

Partimos da ideia de que se o processo de desospitalização for trabalhado sem que seja pensado na organização da rede e sem que haja a garantia do acesso

aos serviços que a compõem, poderá cair em uma perspectiva de responsabilização das famílias. Assim, a partir do prisma da desospitalização como um processo que dialoga com a integralidade do cuidado, consideramos que é indispensável a existência de dois aspectos: o trabalho em rede e ações intersetoriais.

Desse modo, nossa pretensão em apreender o trabalho em rede está relacionada à integralidade do cuidado, a medida que esta não se realiza nunca em um serviço, mas a integralidade é objetivo de rede (CECÍLIO, 2001). Nesse seguimento, compreendemos que:

A integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, os trabalhadores e a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Particularmente, a batalha pela melhoria das condições de vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular de um serviço de saúde ou mesmo exclusivamente na rede de serviços de saúde (COSTA, 2010, p. 30).

Dessa maneira, apontamos o nosso pressuposto de que a integralidade demanda necessariamente um trabalho em rede, que deve acontecer de maneira interdisciplinar e intersetorial, de modo a superar a fragmentação da assistência à população usuária atendida.

4.1

Trabalhando com os três I's

Acreditamos que o trabalho em rede pressupõe a existência dos “três i's”. São eles: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Presumimos que a busca pela integralidade do cuidado pode ser apontada como uma das finalidades do processo de desospitalização. A integralidade deve estar presente em todos os serviços de saúde e no momento da alta hospitalar. Portanto, a população usuária que acessa os serviços de saúde deve ser atendida por uma equipe multiprofissional e, no momento da alta, ter acesso à rede de serviços a depender de suas necessidades de saúde.

A integralidade em saúde, como um dos princípios doutrinários do SUS, representa uma das questões mais importantes no que diz respeito à efetuação do direito à saúde como prática social inerente à condição humana, que exige a garantia de elementos fundamentais para sua concretização (PINHEIRO *et al.*,

2005, p. 15). Portanto, a busca pela integralidade ultrapassa a restrição somente ao acesso aos serviços de saúde, mas caminha para uma dimensão de articulação com a rede intersetorial, a medida que:

O acesso integral ao direito à saúde remete à qualidade de vida e não apenas as ações e serviços nos níveis de complexidade do SUS. A rigor, requer avançar na perspectiva do desenvolvimento de ações intersetoriais com conexão de redes com vistas a articular promoção, proteção e reparação (COSTA, 2010, p. 27).

Dessa maneira, para que o cuidado seja integral, qualquer tipo de fragmentação deve ser superada, a começar pelo atendimento dentro da instituição de saúde e, após sua saída, as suas necessidades devem ser amplamente atendidas pela rede de serviços.

Pensando no conceito de integralidade, há muitas visões no que tange ao seu significado e suas possibilidades. A mesma vem sendo pensada como uma ação social (MACHADO *et al.*, 2005) que tem como tarefa o objetivo de garantir a vida no seu sentido mais amplo (PINHEIRO *et al.*, 2005), constituindo-se como algo que transversaliza todo o “sistema” (MEHRY; CECILIO, 2007, p. 201). Há o entendimento de que, para a sua efetivação, há a necessidade de mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004). Porém, a integralidade tem sido compreendida como um devir, algo que impossível de ser plenamente atingido, mas do qual, constantemente, buscamos nos aproximar (CAMARGO JR, 2007).

Consideramos que a integralidade concerne ao entendimento da população usuária dentro de uma totalidade em que suas diferentes necessidades de saúde devem ser atendidas. Isso demanda a efetivação de diversos direitos sociais garantidos na constituição vigente. Acreditamos que as necessidades de saúde produzidas são determinadas pela ordem social e econômica em que vivemos e se expressa pela desigualdade nas condições de vida da população, o que torna muito desafiador a efetivação da integralidade, já que os problemas são de ordem estrutural. Na visão de Carnut (2017), a integralidade no cuidado cotidiano do SUS ultrapassa a mera formalidade institucional e está atrelado a um grande projeto societário.

No entanto, é importante a discussão dessas questões para que possamos refletir sobre estratégias coletivas, com a finalidade da garantia de direitos e

intencionando novos horizontes. Alguns autores (MEHRY E CECÍLIO, 2007); (CECÍLIO, 2001); (FEUERWERKER; CECILIO, 2005) irão se debruçar sobre a discussão da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde, enfatizando a importância da existência do trabalho em rede.

Compartilhamos da compreensão de Cecílio (2001), quando centra a análise da integralidade a partir de duas dimensões. A primeira é que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se à integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde (CECÍLIO, 2001, p. 5).

No mesmo direcionamento, mas tendo outro referencial de análise, Cecílio e Mehry (2007) discorrem sobre integralidade do cuidado a partir de dois pontos no qual são denominados como “estações”. A primeira é a integralidade pensada *no hospital e a partir do hospital*; e a segunda é e a integralidade tendo como referência a *inserção do hospital no sistema de saúde*. Os autores irão salientar que o cuidado no hospital é necessariamente multidisciplinar e que, dentro da rede, o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de uma forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita (CECÍLIO; MEHRY, 2007, p. 202).

As considerações acima de Cecílio (2001) e Cecílio e Mehry (2007), embasam a nossa compreensão de que a integralidade do cuidado pressupõe a existência do trabalho interdisciplinar e intersetorial. Os autores nos fazem refletir também sobre a responsabilidade que o hospital deve assumir no cuidado do usuário mesmo após a alta hospitalar. Daí, surge mais uma questão importante e que vem sendo bastante discutida no campo da integralidade em saúde: o matriciamento.

O matriciamento ou apoio matricial pode ser entendido como uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede, a partir da valorização da concepção ampliada do processo saúde/doença, da interdisciplinaridade e do diálogo entre as equipes (CASTRO; OLIVEIRA;

CAMPOS, 2016). A ideia de apoio matricial foi proposta originalmente por Campos (1999). O autor pontua que:

Quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência (CAMPOS, 1999, p. 396).

Portanto, a concepção de matriciamento enfatiza aspectos que já vem sendo postos como essenciais para a saúde pública, mas que, de fato, não têm sido objetivados, como, por exemplo, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A responsabilização com o usuário mediante a realização de um trabalho interprofissional e em rede é o ponto central do apoio matricial. Além do compartilhamento e da responsabilização do cuidado por parte das equipes, essa metodologia pode ser considerada como forma de educação permanente, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada (CASTRO; CAMPOS, 2015, p. 456).

Logo, a ideia do matriciamento expressa a tentativa de integralidade do cuidado, de modo que seja assistido em qualquer estação (CECÍLIO; MERHY, 2007) que necessita, de forma que seu cuidado seja compartilhado pelas equipes que compõem o sistema de saúde. A existência de equipes de referência e do matriciamento pode ter como potencialidade a subversão da lógica hierarquizada do sistema de saúde, na medida em que busca a cooperação entre equipes e serviços (MEDEIROS, 2015).

Consideramos que a técnica de matriciamento é um avanço no que diz respeito as estratégias de trabalho e gestão dentro do sistema de saúde, que intenta a garantia de um cuidado integral à população usuária. Contudo, é importante pontuar os desafios estruturais existentes, como a precarização do trabalho que, muitas vezes, vão dificultar que essa estratégia de apoio matricial se realize. Para Medeiros (2015, p. 1164), o contexto do trabalho precarizado, aliado à pouca comunicação entre as equipes, costuma produzir um paradoxo que gera um efeito de desresponsabilização em relação ao cuidado integral dos usuários. É importante salientar que essa desresponsabilização é sinalizada pelo autor não como uma culpabilização dos profissionais, mas pela dificuldade de articulação matricial na rede de saúde (MEDEIROS, 2015).

Outro ponto importante nesta discussão de integralidade e que se articula com o matriciamento é a linha de cuidado. Partindo da noção de que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado (FRANCO, 2006), a linha de cuidado pode ser compreendida como uma imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender as suas necessidades de saúde (FRANCO *et al.*, 2011).

A proposta da linha de cuidado centra-se no intuito de atender às necessidades de saúde do usuário, o que ultrapassa o sistema de saúde, mas perpassa diversos serviços públicos, podendo ser trabalhada em qualquer unidade de saúde que o usuário tiver acesso. Quando falamos do contexto hospitalar, é primordial a criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços, visando à integralidade do cuidado (MEHRY; CECILIO, 2007, p. 211).

Assim sendo, esses métodos de trabalho que vem sendo pensados e, muitas vezes, colocados em prática no cotidiano dos serviços, são meios para os quais a assistência em saúde possa se aproximar de algo que seja integral. Pensando na desospitalização situada no contexto no qual nos propomos a discutir, estando esta dentro de uma instituição hospitalar de alta complexidade, é indispensável a corresponsabilização da equipe do hospital com o usuário nos serviços que o mesmo necessitará acessar na rede.

Ressaltamos que as propostas tanto de matriciamento quanto de linha de cuidado tem como foco principal o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Isso é muito importante na medida que, no cotidiano do SUS, a restrição de direitos se expressa em mecanismos e limitados critérios de acesso aos serviços que, muitas vezes, desconsideram as desigualdades sociais existentes e as próprias necessidades de saúde da população (COSTA, 2010, p. 123).

Nesse sentido, a busca pela integralidade, falando a partir da atenção hospitalar, dialoga com a necessidade de superação da fragmentação dentro da própria instituição e com a possibilidade de o usuário acessar diversos serviços, baseado no atendimento de suas necessidades, tendo em vista que, como sinalizam Feuerwerker e Cecílio (2007), a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Esta perpassa pela ideia de que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas

dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO; MEHRY, 2007, p. 200). Assim, entendemos que para que se objetive um cuidado integral após a alta que atenda as necessidades de saúde da população usuária, esse cuidado não pode ter sido exercido de maneira fragmentada no contexto intra-hospitalar, por isso, o trabalho deveria ser interdisciplinar.

Os serviços de saúde (nos diferentes níveis de complexidade) geralmente possuem equipes multiprofissionais que são compostas por diferentes profissionais (assistente sociais, farmacêuticos, psicológicos, fisioterapeutas, etc.). Contudo, a existência de uma equipe multiprofissional não necessariamente constitui um trabalho interdisciplinar, pois a cultura hospitalocêntrica hospitalar tende a fazer com que cada profissional realize suas atribuições separadamente e não haja troca entre a equipe.

A interdisciplinaridade consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde (JUNQUEIRA, 2000). Essa ação possibilita que a capacidade de cada um das áreas pode exercer sua contribuição sem que prejudique seus métodos e conceitos (SILVA; MENDES, 2013, APUD FURTADO, 2007). As autoras indicam ainda que o trabalho interdisciplinar requer o respeito à autonomia e à criatividade de cada uma das profissões envolvidas, cujo relacionamento deve tender à horizontalidade (SILVA; MENDES, 2013, p. 55).

Dessarte, o trabalho interdisciplinar implica a troca de saberes entre a equipe, de maneira horizontalizada, buscando o atendimento integral ao usuário. Logo, acaba sendo uma oportunidade para que a equipe conheça mais sobre as atribuições das outras categorias profissionais no qual relacionam-se e consiga, até mesmo, reconhecer demandas para o atendimento de outros profissionais.

Entretanto, muitos são os desafios para a efetivação do trabalho interdisciplinar no cotidiano dos serviços de saúde. Partimos da ideia de que, na saúde, temos um trabalho coletivo que é permeado por tensões e características próprias da área, mas influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista (MATOS, 2017, p. 42). Nesse trabalho coletivo, as atividades se constituem de modo compartimentalizado, no qual cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes, duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias (PIRES, 2000).

Esse é um dos aspectos que implica na dificuldade de efetivação do trabalho interdisciplinar na saúde. Mesmo com a mudança de paradigma na saúde e todos os avanços advindos com a Reforma Sanitária, como a proposta de um modelo assistencial horizontal e integral, a figura do médico ainda é posta como central nas instituições de saúde. Assim, verifica-se que, na maioria das situações, cabe aos outros profissionais, ainda que mantenham certa autonomia na tomada de decisões, participarem da assistência de maneira subordinada às decisões médicas (PIRES, 2000). Essa centralidade do modelo biomédico, na visão de Campos (1999), tende a reforçar o isolamento profissional e reproduzir a fragmentação dos processos de trabalho (CAMPOS, 1999).

Na maioria das situações, o médico é que tem o poder de decisão, que é reforçado quando as principais coordenações da unidade são de responsabilidade médica (PEREIRA; RANGEL, 2014). Nesse sentido, essa dominância da figura do médico acaba sendo um dos problemas que se defrontam equipes de saúde que pretendem trabalhar de forma integrada e interdisciplinar (CAMPOS, 1999).

Outro aspecto importante que implica diretamente no trabalho interdisciplinar é que a interdisciplinaridade no SUS tenta se construir sobre o terreno árido do déficit crônico de pessoal na saúde, o qual se acirra pela política de sucateamento em curso no setor (SILVA; MENDES, 2015, p. 62). Assim sendo, é fato que, na grande maioria das situações, seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo demandas pontuais com o que temos em mãos (CECÍLIO, 2001) e, desse modo, fragmentando as necessidades de saúde dos usuários.

No que se refere à integralidade do cuidado no momento da alta, no contexto extra-hospitalar, a possibilidade do atendimento às necessidades de saúde do usuário só pode ser atendida em rede. Isso conjectura ações intersetoriais, já que tais necessidades tendem a sair do escopo da saúde, uma vez que, como reforça Duarte (2014), a temática da produção do cuidado não é exclusividade do setor saúde, mas outras ações de suporte e recursos são acionadas na perspectiva de qualidade e condições de vida. Desse modo, partimos da ideia de que a construção do trabalho em rede pressupõe uma horizontalidade e está associada a intersetorialidade, no sentido de pensarmos em proporcionar a integralidade do cuidado ao usuário, já que entendemos a saúde em conceito ampliado.

A discussão sobre intersectorialidade é permeada por diversos pontos de divergência sobre seu conceito. Podemos dizer que a intersectorialidade é um termo polissêmico (AKERMAN *et al.*, 2014; CARMO e GUIZARD, 2017) que tem ocupado um lugar central na agenda contemporânea da política social em razão da complexidade que cerca a questão social hoje, traduzida notadamente no agravamento da pobreza e das desigualdades sociais (MONNERAT e SOUZA, 2014, p.41).

Desse modo, destacamos dois campos em que a intersectorialidade é bastante discutida e que apresentam visões distintas. São eles: os campos da administração e da saúde coletiva. Monnerat e Souza (2014) apontam que no primeiro, prevalece a abordagem que enfatiza a preocupação com a questão da otimização de recursos humanos e financeiros. Já no campo da saúde coletiva, tem prevalecido a concepção de saúde da OMS, no qual compreende a intersectorialidade como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 42/43).

Muito além do que polissemia do termo, Akerman *et al.* (2014) indicam que, apesar de a intersectorialidade ser bastante ressaltada no campo da saúde coletiva, ainda há um vazio teórico. Carmo e Guizardi (2017) parecem endossar essa ideia quando destacam, como resultado de uma pesquisa sobre a intersectorialidade entre a política de saúde e assistência social, que há uma restrita produção acadêmica sobre a questão da intersectorialidade no país nos últimos treze anos. Em vista disso, Akerman *et al.* (2014, p.4294) enxerga que há a presença de um ativismo intersectorial que ainda não se funda numa práxis que tenha potência criativa suficiente para influenciar novas arquitetura de governança das políticas públicas.

Na verdade, uma questão importante a ser destacada e que muito clarifica essa dificuldade com as ações intersectoriais, perpassa pela forma como se constitui a estrutura da própria sociedade em que vivemos. Netto (2005) já dizia que no capitalismo monopolista, as políticas sociais são concebidas de maneira fragmentada, como salienta o autor:

Enquanto a intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as sequelas da “questão social” são recortadas como problemáticas *particulares* (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.) (NETTO, 2005, p. 28).

Portanto, é desafiador pensar na integração das políticas sociais de modo que atenda de maneira total e integral as necessidades de saúde dos usuários, se estruturalmente as políticas sociais são fragmentadas. É importante que os profissionais que atuam em diversas políticas sociais tenham essa consciência e, no cotidiano de trabalho, tentar elaborar estratégias coletivas para que direitos sejam garantidos e a população usuária não seja atendida de maneira fragmentada.

Diante disso, consideramos imprescindível deixar claro que, apesar dos limites da sociedade capitalista em que vivemos, nossa compreensão sobre o significado de intersectorialidade está atrelado à dimensão da efetivação dos direitos sociais de maneira ampliada. Desse modo, concordamos com Junqueira (2000) quando destaca que a intersectorialidade incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. Portanto, supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população (YAZBEK, 2014, p. 98). Nesse sentido, estamos convictos de que a intersectorialidade não pode resumir somente a articulação dos serviços sociais. Esse ponto é reforçado por Bronzo (2007), que refere que para a superação de forma sustentável das situações de exclusão, deve-se desenvolver um conjunto de ações diferenciadas, intersectorialmente articuladas, que exigirá mais do que uma simples conexão ou agregação de setores.

Nesse sentido, embora a lógica intersectorial tenda a ser mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação (INOJOSA, 1999), alguns autores (MONNERAT; SOUZA, 2014; JUNQUEIRA, 2000) salientam o entrave da burocracia estatal como um dos desafios para efetivação da intersectorialidade. Há necessidade de mudanças na cultura institucional burocrática e nas práticas de gestão das políticas sociais. Contudo, o autor reitera que é um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses (JUNQUEIRA, 2000, p. 42). Diante disso, é importante ressaltarmos a personalidade que costuma estar presente nas instituições, uma vez que gestores e trabalhadores tendem a fazer um movimento, involuntário ou intencional, de guarda de suas próprias especialidades, bem como de proteção de seu espaço pessoal, garantindo a impermeabilidade de seus setores e de suas possibilidades de relação interpessoal (CARMO E GUIZARDI, 2017, p. 1275).

Essa questão é enfatizada como um dos desafios ao trabalhar em rede pela equipe de um hospital federal do Rio de Janeiro:

Muda a equipe, as políticas mudam, mudam as pessoas. Hoje está em um lugar, no outro dia não está. Hoje, a rede tá desse jeito, porque a equipe é desse jeito, porque pertence aquele político. Aquele tipo de diretriz que ele privilegia em detrimento de outra que estava anterior (PARTICIPANTE C).

Nesse sentido, consideramos necessário que se tenha uma perspectiva de intersectorialidade que aponte para a democratização do Estado, objetivando a efetivação de direitos sociais e de cidadania (COSTA, 2010, p. 119). Isso indica a necessidade de mudanças na organização dos serviços na macro e na micropolítica:

a) No campo da macro-política, necessariamente, remete ao compartilhamento de poderes fundados no princípio da participação social no processo de formulação, avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde e sua interface com as demais políticas; b) No plano da micro-política, remete ao desenvolvimento da capacidade de análise e habilidades para atuar de forma interdisciplinar como condição para empreender análise ampliada da realidade e intervir de forma global sobre os problemas detectados (COSTA, 2010, p. 135).

Assim, entendemos que a intersectorialidade vai além de uma articulação das políticas sociais, que em sua formação e elaboração são fragmentadas, mas que exige para além de outras questões, como a elaboração de estratégias coletivas de trabalho e uma clara intenção/decisão política (MONNERAT; SOUZA, 2014; YAZBEK, 2014) e que não há dúvidas de que a intersectorialidade aumenta a eficácia e efetividade das políticas sociais e que tem impacto na redução das desigualdades, isto é, tem potencial para a promoção da equidade (COSTA, 2010, p. 129).

Isto posto, o trabalho em rede e as categorias discutidas neste capítulo são essenciais para o processo de desospitalização. A continuidade do cuidado em caráter integral só pode ser garantia mediante a superação da fragmentação do cuidado, o que leva à necessidade de ações interdisciplinares e intersectoriais. Então, reiteramos o nosso prisma de que a desospitalização deve ter como parâmetro o trabalho em rede, a alta hospitalar responsável com condições dignas e, portanto, associado à existência de uma rede de serviços que possibilite a efetivação do direito à integralidade do cuidado.

5 Trabalho em rede no processo de desospitalização

5.1 Procedimentos metodológicos

O estudo em tela apresenta como objetivo entender como se constitui o trabalho em rede no processo de desospitalização em um hospital federal do Rio de Janeiro. Para tal, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, por entender que ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p. 22)

Como procedimentos de investigação, utilizamos duas técnicas: entrevista aberta, com roteiro pré-elaborado, que foi realizada individualmente com sete profissionais que compõem a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES) e a observação participante, no qual a escolha desse procedimento justifica-se por entender que, através dessa técnica, podemos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais importante e evasivo na vida real (NETO, 2002, p. 59/60).

Concordamos com Neto (2002) quando salienta que a opção pelo trabalho de campo pressupõe um cuidado teórico-metodológico com a temática a ser explorada, considerando que o mesmo não se explica por si só (NETO, 2002, p. 56). A partir disso, consideramos que para evitarmos um entendimento superficial sobre o objeto estudado e consigamos pensar na totalidade dos fatos, nossas análises foram norteadas pelo materialismo dialético. Segundo Netto (2009), esse método de pesquisa:

Propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é, capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou. O objeto da pesquisa tem, insista-se, uma existência objetiva (NETTO, 2009, p. 8 - grifos do autor).

Para a análise dos dados, optaremos pela técnica de análise de conteúdo, pois entendemos que a mesma fornecerá elementos para uma melhor análise dos resultados da investigação em razão de suas duas funções, como destaca Gomes (2002):

Atualmente podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. (GOMES, 2002, p.74).

Inicialmente, definimos como as categorias gerais de análise deste trabalho: direito à saúde, desospitalização, família, trabalho em rede, integralidade, intersetorialidade e trabalho interdisciplinar. Uma nova categoria que surgiu ao longo trabalho é em relação ao cuidado. De acordo com Gomes (2002, p. 70), as categorias devem ser definidas pelo pesquisador antes do trabalho de campo (categorias gerais). Após a coleta de dados, ele também deve formulá-las, visando a classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo (categorias específicas) e, por fim, comparar as duas.

Por fim, para manter uma maior fundamentação teórica sobre o tema, foi realizado um levantamento bibliográfico nas principais bases: Ebsco, Scielo e Scopus.

5.1.2 Participantes da Pesquisa

As entrevistas foram realizadas com sete profissionais da EADES. Antes de iniciar a realização das perguntas, foi solicitado a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e supridas as dúvidas quanto ao mesmo. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a posterior análise dos dados.

5.1.3

Período da Coleta de Dados

Iniciamos a entrada no campo e coleta de dados entre os meses de julho a setembro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HFB.

5.2

Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso. Antes da realização das entrevistas, foram entregues o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A participação nesta pesquisa foi voluntária, sendo o entrevistado possuidor de livre escolha para não responder qualquer pergunta ou desistir em qualquer momento da entrevista, no qual será retirado seu consentimento. O anonimato do entrevistado foi garantido com os nomes, que serão fictícios neste trabalho.

Na pesquisa proposta, foram discutidas questões relacionadas ao processo de trabalho da equipe multiprofissional em uma determinada demanda, que tem o intuito de trazer benefícios às diferentes categorias profissionais envolvidas através de reflexões e busca de alternativas e estratégias para intervir na realidade.

5.3

Entrando no campo: a Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES)

Antes de começarmos a falar propriamente do lócus de pesquisa, é importante discorrermos sobre a instituição no qual o campo localiza-se, sendo este um dos hospitais federais de referência no Estado do Rio de Janeiro e em âmbito nacional. O Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) foi criado no ano de 1948, durante o governo do ex-presidente Getúlio Vargas e, na época, era vinculado ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (BRASIL, 2014). Os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP'S) faziam parte da estrutura previdenciária prestada durante o governo de Getúlio Vargas. Os IAPS eram vinculados a categorias profissionais e, assim como as CAP's, também ofereciam serviços médicos, apesar de voltarem-se

prioritariamente para os benefícios e pensões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 358).



Hospital Federal de Bonsucesso. Imagem da internet.

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, o HFB é o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos mensais. Apesar de possuir um perfil predominantemente cirúrgico, conta com uma emergência de porta aberta. Localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, o HFB conta com serviços terciários de referência para a região metropolitana e todo o Estado do Rio de Janeiro, emergência e maternidade de nível III e modalidades extra-hospitalares de assistência (BRASIL, 2014).

Nesse seguimento, dentro da referida instituição, o nosso campo de investigação foi setor de desospitalização denominado Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES). A EADES, após a instituição da Portaria GM/MS 2.527, de 27 de outubro de 2011, determinou o término da prestação de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pelos hospitais da rede federal.

O Serviço de Desospitalização do HFB conta com parte dos profissionais que trabalharam no antigo SAD. Nesse sentido, de 2011 a 2017, se deu como um período de construção da EADES no que diz respeito a sua organização e definição do processo de trabalho, que é composto por três macroprocessos que serão falados mais adiante. No entanto, o serviço só passa a ter uma portaria no ano de 2017. Atualmente, a equipe conta com nove profissionais (um assistente social, um auxiliar administrativo, quatro enfermeiros, uma psicóloga, uma técnica em assuntos educacionais e uma técnica em enfermagem).

A escolha do campo se deu ainda na fase exploratória da pesquisa, a partir de algumas reflexões e leituras que objetivavam a construção do objetivo da pesquisa. Decidimos que para entender melhor a dinâmica do trabalho em rede nesse processo, o ideal seria investigar o trabalho de uma equipe multiprofissional, e não somente do assistente social, que atuasse na desospitalização.

5.3.1

Conhecendo o lócus da pesquisa: impressões a partir de um olhar externo

Iniciamos nosso conhecimento acerca do campo através da leitura da dissertação de mestrado de Rocha (2016), que atualmente encontra-se como coordenador da EADES, para uma maior aproximação com essa temática no que se refere a este espaço de atuação. Nesse sentido, iniciei uma observação, *a priori* para ampliar meu escopo de informações e análises, a fim de evitar somente a realização de entrevistas, o que poderia levar a interpretações que poderiam tender à superficialidade. Dessa maneira, além da realização da entrevista, que é o instrumento principal para a investigação para os objetivos da pesquisa, passei a ir semanalmente a EADES, aproximadamente, em um período de dois meses, na condição de observadora.

Possivelmente, no início, a minha presença pode ter gerado um certo desconforto, o que é normal. Mas fui recebida por profissionais que estavam dispostos a me explicar detalhadamente seu processo de trabalho, o que foi muito rico em diversos âmbitos e, aos poucos, a minha presença foi se tornando familiar. Em relação ao espaço físico da EADES, este é composto por uma grande sala dividida por uma “baia” na qual, de um lado consta um espaço comum integrado com mesas e computadores, onde fica boa parte da equipe e geralmente é o local onde as famílias são recebidas para reuniões. Do outro lado da “baia” há dois espaços: uma copa, que frequentemente se torna um espaço onde os profissionais utilizam para discutir os casos, seja de maneira formal ou informal, e um pequeno espaço com duas mesas que é ocupado por uma parte dos profissionais. A equipe se reveza nos dias da semana, mas há um dia na semana em que são feitos os

*rounds*²³ para a discussão de casos. Recentemente, a equipe conseguiu mais uma sala ao lado que será somente para realização dos encontros familiares.

O programa de desospitalização do HFB é composto por três macroprocessos:

O primeiro é captar a família para esse processo e aí é um dos pontos da rede. A rede familiar. O segundo é rede de atenção à saúde, que é voltado para atender as instituições que vão acolher e não a instituição familiar ou comunitária, mas as instituições estatais. E o terceiro que tem a ver com construção de conhecimento sobre saúde (participante 3).

Durante o período como observadora, tive a oportunidade de participar de alguns deles. Nos encontros familiares que pude presenciar, observei a postura dos profissionais no sentido de romper com a hierarquia do saber, inerente ao campo da saúde, entre profissionais e usuários. Os profissionais procuravam sentar em “roda” e não costumavam utilizar o jaleco. No primeiro momento, achei que era simplesmente porque não era necessário, já que no setor não é realizado nenhum procedimento e não há enfermarias, mas depois eu percebi que é proposital, justamente no sentido de tentar desconstruir essa hierarquia do saber e do poder. Essas posturas observadas nos profissionais justificam a fala de um dos participantes da pesquisa: “Desospitalização é uma desconstrução do modelo vigente. É mudar a cultura institucional. (...) Todos os conhecimentos são necessários para fazer desospitalização” (participante 3).

Assim, o sentido de desospitalização vai muito além de dar alta, mas deve haver uma desconstrução dessa cultura “hospitalocêntrica” que ainda é predominante nas instituições hospitalares. Nos atendimentos aos familiares realizados pela EADES é dado muito valor à escuta, se constituindo como um espaço aberto para que a família tire suas dúvidas não só sobre a continuidade do cuidado pós-alta, mas também no que se refere a questões intra-hospitalares, como diagnósticos e procedimentos. Caso seja necessário, a equipe faz a mediação entre o familiar e o médico. Um elemento muito importante também é a chamada “Rede de Atenção à Saúde” (RAS), que é um documento elaborado pela equipe para o usuário que contém todas as informações, como endereço da rede,

²³ Termo usualmente utilizado no campo da saúde para denominar as discussões de casos/reuniões com a equipe multiprofissional.

quais documentos levar, etc. São as orientações indicando passo a passo para o acesso à rede no pós-alta.

Dessa forma, destacamos a observação de um retorno positivo dos familiares em relação a esse momento no qual a equipe está presente para a escuta, tirar dúvidas e dar orientações. Um familiar afirmou que:

Usuária: É a primeira vez que eu vejo uma equipe trabalhar a alta assim. Quando minha mãe ficou internada em outro hospital, o médico falou que estava e alta e mandou ela ir embora sem nenhuma orientação (Notas de campo, 2019).

A alta hospitalar sem as devidas orientações e articulação para a continuidade do cuidado, ainda é algo trivial e acaba fazendo, muitas vezes, com que o usuário reinterne. Caldas (2003, p. 77) destaca um estudo realizado por Medeiros (1998) com cuidadores, que apontou que no momento da alta hospitalar, os familiares relataram que raramente receberam informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento. A legislação que instituiu, no ano de 2016, a alta hospitalar responsável, ainda é recente e acredito que os hospitais estão reformulando seu processo de trabalho nesse sentido.

Ainda sobre a ocasião da alta, concordamos com Feuerwerker e Cecílio (2005) quando destacam que é necessário pensar a construção da integralidade desde o hospital, sem imaginar uma auto-suficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta (FEUERWERKER; CECILIO, 2005). Dessa maneira, o acompanhamento de uma equipe multiprofissional no momento da alta, faz com que esse momento seja realizado de maneira qualificada e com responsabilidade.

Uma questão importante a ser destacada refere-se ao perfil dos usuários admitidos pelo programa de desospitalização. A desospitalização é uma temática bastante ampla e ao discutirmos no capítulo anterior, direcionamos a um determinado segmento: idosos e pessoas com doenças crônicas, que são os usuários que mais irão demandar um cuidado continuado, que vinculam-se às transições demográficas (IBGE, 2015) e epidemiológicas (MENDES, 2015) em curso no Brasil. A prevalência desse público foi percebida não só a partir da observação participante, mas também foi ressaltada na fala de um dos profissionais a respeito do que os usuários envolvidos no programa de

desospitalização do HFB, no qual são admitidos a partir dos seguintes critérios: “(...) Oncológico, idoso, acamado e longa permanência, cujo tempo definido pela equipe é de 15 dias” (participante 5).

Aliado a isso, uma outra questão importante a ser destacada é em relação ao cuidado. No período de observação, percebeu-se a predominância de mulheres enquanto acompanhantes e cuidadoras dos usuários que eram acompanhados pelo programa de desospitalização, corroborando com a ideia do cuidado enquanto uma necessidade ontológica do ser social (PASSOS, 2018), uma vez que os usuários desospitalização necessitaram que alguém exerça suas atividades ontológicas primárias, e esse papel de cuidado é atribuído socialmente às mulheres. Assim:

Las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado de los — cada vez más— adultos mayores y la aún numerosa población infantil, sin mencionar los cambios en el sistema de salud pública que dejan en manos de los hogares y nuevamente a cargo de las mujeres el cuidado de los procesos de salud-enfermedad (PAUTASSI, 2010, p. 15).

Com isso, no que tange a questão do cuidado produzido pela equipe com os usuários e familiares, observou-se muitos aspectos que tem como base a Política Nacional de Humanização, objetivando a qualidade e dignidade do cuidado em saúde (FERREIRA; ARAUJO, 2014). Destacamos a construção do vínculo, a escuta, corresponsabilização do cuidado e as ações de educação em saúde, entendendo o usuário como sujeito de direitos e com autonomia em seu processo saúde-doença.

No capítulo 1 afirmamos que a PNH deve se constituir como um norte para o trabalho na desospitalização e foram destacados alguns aspectos da política que vale a pena lembrar, como: o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; o trabalho criativo e valorizado (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 95). A partir das observações no campo, tais aspectos foram percebidos no trabalho em rede na EADES.

A respeito da construção do vínculo entre a equipe e os familiares, este é iniciado ainda na internação quando o usuário começa a ser acompanhado pelo programa de desospitalização, continuando tanto no momento da alta hospitalar quando no pós-alta: “A preocupação da equipe é pensar o cuidado do paciente

depois que ele vai embora. Essa sala pode funcionar como um suporte para você” (Notas de campo, 2019).

Acreditamos que essa responsabilização da equipe é um dos fatores que faz com que a família tenha mais segurança em levar o usuário para casa no momento da alta. O compartilhamento da responsabilidade pela equipe, no que se refere a continuidade do cuidado, é demonstrado nas seguintes falas:

A paciente só vai receber alta quando a gente conseguir acessar essa rede (Notas de campo, 2019).

Usuário: Vocês me deram uma direção.

Profissional: Qualquer dificuldade que tiver na clínica da família, liga para a gente que a gente fala com eles (Notas de campo, 2019).

Entretanto, é muito comum que as famílias que acessam o SUS não apresentem condições de continuar o cuidado de seu familiar, uma vez que vivemos em um dos nove países mais desiguais do mundo (OXFAM, 2018), que é produzida pelo modo de organização econômica vigente e reflete diretamente na saúde, sendo denominada como iniquidade (BARATA, 2009). No entanto, como já foi discutido, há uma tendência familiarista que enxerga a família como principal provedora de bem-estar, indo de encontro à perspectiva da social-democracia, que propõe a oferta de serviços públicos universais e, assim, amenizam os custos enfrentados pelas famílias (MIOTO; DAL PRÁ, 2015). Dessa maneira, ao mesmo tempo em que o Estado de ausente, a família é cobrada a dar proteção aos seus membros mesmo que sejam insuficientes as ações destinadas das mesmas por partes das políticas sociais (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2014). Destacamos a fala abaixo:

Se a gente entender que o melhor para o paciente é estar aqui, a gente consegue bancar. A gente consegue, inclusive ajudar a equipe bancar isso, a gente consegue ajudar a família. *A ideia não é dar alta, a ideia é desospitalizar.* Se não vai ser possível desospitalizar, a gente não vai fazer o movimento da alta, entendeu? (Participante 2, grifos meus).

A resposta acima nos remete a duas questões importantes. A primeira é que ela não reproduz a lógica da responsabilização da família pelo cuidado, o que vai ao encontro de nosso entendimento exposto até aqui. A segunda questão é em relação ao entendimento do que é a desospitalização, no qual envolve diversos aspectos de articulação em rede e garantia da continuidade do cuidado, sendo diferente e muito além da alta hospitalar.

Conforme abordado no capítulo 1, ainda é muito presente uma visão que associa a desospitalização à alta precoce, aliada à uma perspectiva que responde a lógica mercantil. No que se refere ao campo, a equipe não corrobora com essa lógica de desocupar leito, como mostra a fala a seguir: “(...) A gente não compactua com isso e não cede a isso, não atende esse tipo de demanda e sempre que nos confundem a gente tem o hábito de explicar: olha, quem cuida disso é regulação, nós cuidamos disso. Nosso papel é preventivo” (participante 3).

De acordo com o exposto, pode-se dizer que a equipe, ao trabalhar desospitalização, não adere a perspectiva de liberação de leito, tendo como uma de suas bases a preocupação com a alta responsável. Demonstra-se por parte da equipe a preocupação da alta com condições dignas, atendendo a requisição institucional pela desocupação do leito, com a intenção de garantia de não reincidência do problema que levou o usuário à internação (VASCONCELOS, 2015). Nesse sentido, o entendimento da equipe sobre desospitalização converge com o discorrido neste trabalho, associada ao direito à saúde na sua integralidade, indo no sentido oposto de a liberação de leito e, consequentemente, a responsabilização das famílias.

5.4

Análise das entrevistas

5.4.1

Precarização e pessoalidade: duas faces do trabalho em rede

A investigação acerca do trabalho em rede é o objetivo principal desta pesquisa. Muito mais do que se deter a um aspecto conceitual sobre o que os participantes entendem como rede, nosso foco era saber, em termos práticos, como de fato acontece o trabalho em rede no processo de desospitalização.

Portanto, nosso primeiro questionamento aos participantes da pesquisa era: quais são os desafios e possibilidades do trabalho em rede? A equipe pontuou três questões principais: a precarização da rede, a pessoalidade presente nesse trabalho e a dificuldade de comunicação entre as equipes.

Acho que o maior desafio nosso é lidar com a precariedade da rede externa. A gente lida bem aqui dentro do hospital, mas a rede externa, a precariedade, está difícil. Principalmente dos outros municípios que não tem nem telefone (Participante 4).

Está muito difícil a gente conseguir essa rede externa por conta da crise na saúde e interna também, porque aqui dentro do hospital a gente também está tendo uns problemas de falta de profissionais, inclusive médicos. A gente está até conseguindo realizar a parte do tratamento do paciente, mas está muito mais lenta do que era antigamente (Participante 6).

Tais respostas dialogam com o que viemos desenvolvendo ao longo deste trabalho, discorrendo sobre a precarização na política de saúde, associada ao modelo neoliberal que se configura como um dos grandes entraves em trabalhar em rede e que, conseqüentemente, impede que os usuários acessem direitos sociais. Essa precarização permeia as relações de trabalho dos profissionais de saúde e se faz presente também nos recursos materiais, como, por exemplo, a ausência de telefone. Outra dificuldade relatada é a pessoalidade ao trabalhar na rede:

O problema é a que a rede muda muito. A gente faz um trabalho que é muito pessoal, a gente tem uma dificuldade muito grande de falar com instituições. A gente acaba falando com as pessoas que estão nessas instituições e as pessoas mudam, elas migram para outra função e essa rede está sempre se reconstruindo (Participante 2).

Não existe a pactuação de rede entre os poderes. E o que acontece, quando a gente trabalha com a rede, a gente constrói através de “por favor”, “como vai”, “eu preciso, eu sou daqui”. Ou seja, a ajuda que eles dão em relação a rede, é voluntária. Isso é um grande desafio da gente (Participante 7).

Os desafios referentes à pessoalidade, destacados pelos participantes 2 e 7, conversam com a análise de Akerman *et al.* (2014), que dizem que a maioria dos estudos apontam que a articulação intersetorial em rede tem sido implementada, predominantemente, de forma pontual, fragmentada e sem mecanismos de sustentabilidade. Essa pessoalidade, ao nosso ver, acarreta duas problemáticas: a primeira é em relação a descontinuidade no trabalho sem que haja estabelecimento de pactuações entre as instituições, o que pode prejudicar a continuidade do cuidado. A segunda refere-se a uma certa associação da rede com questões políticas, que pode fazer com que o acesso a determinado serviço da rede seja levado para o campo do assistencialismo e não como direito.

A respeito disso, concordamos com Costa (2010) quando indica que para superar o voluntariado, a benemerência e o assistencialismo na construção de redes devem constituir uma articulação que, no mínimo, combine dois movimentos:

1) Forçar o Estado brasileiro a assumir o seu papel na garantia da seguridade e proteção social e não de transferência de suas responsabilidades para a sociedade. 2) Agregar saberes e poderes para fortalecer movimentos organizativos e lutas em defesa de direitos e da solidariedade classista, superando o patamar das articulações calcadas no voluntariado e na solidariedade cristã (COSTA, 2010, p. 214).

O último desafio destacado pelos participantes refere-se à comunicação. O participante 1 enfatiza que:

O desafio é e sempre será a comunicação entre as equipes, né? Que é quem está sempre fazendo essa rede funcionar, é quem vai estar sempre vendo, porque, uma coisa que atravessa que é sempre as gestões, né, que mudam. Muda a equipe, as políticas mudam as pessoas, hoje está em um lugar, no outro dia não está. Hoje, a rede tá desse jeito, porque a equipe é desse jeito, porque pertence aquele político, aquele tipo tipo de diretriz que ele privilegia em detrimento de outra que tava anterior (participante 1).

Entendemos que a dificuldade na comunicação está atrelada justamente à pessoalidade e a fragmentação e precarização das políticas sociais. Akerman *et al.* (2014, p. 4296) indica que a existência da “comunicação imperfeita” entre políticas/atores talvez exista também na interface entre as respostas formuladas por governos e as necessidades sentidas/percebidas pelos cidadãos. Nesse sentido, apesar de a rede ser constituída por pessoas, o que envolve uma linguagem de vínculos, das relações sociais entre organizações que interagem mediadas por atores sociais que buscam entender de maneira compartilhada a realidade social, é importante que os objetivos sejam pensados e construídos coletivamente (JUNQUEIRA, 2000).

Após discorrermos sobre esses três aspectos principais que foram postos como desafios pela equipe, gostaríamos de destacar outras duas questões importantes ainda no campo dos desafios, que foram salientadas por um dos participantes. São elas: a segurança pública e a judicialização.

Por parte da gestão, nós não temos *uma política de segurança pública* que garanta esse acesso. Então, tem todos esses agravantes aí que é um desafio o tempo todo para a gente chamar o familiar e trabalhar com ele essa garantia do cuidado continuado intradomiciliar. (...) Um exemplo é quando a gente vai articular a rede com paciente que necessita de tratamento continuado e ele necessita continuar o acompanhamento ambulatorial. Quando a gente, dentro do município do Rio de Janeiro, vai fazer o contato para encaminhar o paciente para esse serviço de transporte. Hoje, a maioria do cadastro é feito pelas CAP, esse serviço está sendo *judicializado*. A gente encaminha o familiar e ele vai, via defensoria, para solicitar o serviço (participante 4).

Especificamente no município do Rio de Janeiro, a questão da violência urbana é mais um dos fatores que impactam diretamente na saúde pública e,

consequentemente, no acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde. Muitas vezes, em razão da violência, o serviço de atenção domiciliar não chega para usuários que moram em um território considerado como “área de risco”, que acaba sendo privado de mais um direito, dentre tantos outros. Como continuar esse cuidado? Araújo (2015) demonstra que, frente às situações de violência urbana no município do Rio de Janeiro, as estratégias mais utilizadas pela equipe para que o usuário tenha acesso ao serviço são:

Mudar o paciente de endereço para garantir a assistência, ou seja, para que a assistência seja realizada o paciente precisa ter outro endereço em local seguro, seja a casa de um amigo ou familiar para que a equipe possa atendê-lo. Mas isto nem sempre é possível e o paciente, em sua maioria, permanece internado ou sem o atendimento domiciliar. Outra estratégia utilizada por um dos serviços é a aproximação com a rede básica de atenção e o treinamento desta (ARAÚJO, 2015, p. 43).

No que diz respeito à judicialização, entendemos que o sucateamento e a escassez dos serviços públicos têm levado a um número crescente de ações judiciais que acabam sendo, em muitos casos, a única via de acesso a direitos. De acordo com Sierra (2011), a judicialização das políticas públicas pode ser entendida como o aumento desmesurado de ações judiciais movidas por cidadãos que cobram o direito à proteção social (SIERRA, 2011, p. 257).

Algumas questões configuram-se como problemáticas em relação à judicialização como a individualização das demandas que são coletivas e fato que nem todo mundo tem acesso ao recorrer ao judiciário. Carvalho (2014) explica que o protagonismo dessas ações que suscitam a interface entre os poderes Executivo e Judiciário são diretamente afrontados com o desafio de afirmar direitos e garantir o acesso à saúde (CARVALHO, 2014, p. 100/101). Nosso entendimento sobre a questão da judicialização das políticas públicas parte da análise de Sierra (2011). Precisamos considerar a realidade brasileira no qual a judicialização das políticas públicas ocorre:

Em função da escassez de políticas que assegurem a efetivação dos direitos de cidadania. De certo modo, não é sobre o reconhecimento da autonomia do sujeito ou da exigência por participação no controle social que aumentam os processos judiciais, mas é da cobrança pelo acesso aos serviços públicos, principalmente, de saúde, educação e assistência. Muitos desses processos são ajuizados na expectativa de que os juízes forcem o governo a cumprir o direito (SIERRA, 2011, p. 260).

O processo de judicialização, na maioria das vezes, é moroso, o que acaba travando o processo de desospitalização, fazendo com que o usuário permaneça

em uma internação prolongada. A título de exemplo, ressaltamos uma entrevista realizada pelo jornalista Daniel Brunet²⁴ no ano de 2016, com mães que acompanham seus filhos, crianças dependentes de equipamentos que se encontram em uma internação prolongada. Uma das mães afirma que: “Vai fazer dois anos que entrei na justiça. Já teve a decisão, a juíza já determinou que ele vá para casa com homecare. Estou aguardando o município do Rio, o estado e a união se manifestarem”.

Assim, devido a precarização e escassez dos serviços públicos, o fenômeno da judicialização tem sido umas das questões que perpassam a desospitalização e que acaba determinando o tempo pelo qual o usuário permanece em uma internação prolongada. A judicialização tem sido mais um recurso no qual os usuários têm procurado para acessar direitos que são violados pelo Estado e garantir, no caso da saúde, a possibilidade de continuar o cuidado.

5.4.2

As possibilidades que se transformam em estratégias

Muitos são os desafios encarados pelos profissionais de saúde no cotidiano ao trabalhar em rede em uma conjuntura política neoliberal que tende a sucatear os serviços de públicos e, ao mesmo tempo, apontar a privatização como solução. Diante disso, pensando na relevância do trabalho em rede e na desospitalização no sentido da garantia de direitos, indagamos aos profissionais da EADES quais são as possibilidades de trabalho em rede. A fala do participante 6 expressa esse prisma da continuidade do cuidado: “É a garantia da continuidade do cuidado desse paciente, do tratamento dele, a garantia de que ele vai sair do hospital, visando o reestabelecimento da saúde. Ou, pelo menos, a estabilidade da saúde dele” (participante 6).

Essa perspectiva da continuidade do cuidado está em consonância com os conceitos que abordamos ao discutir o trabalho em rede, como a integralidade do cuidado que é tarefa da rede (MEHRY; CECÍLIO, 2007) e a intersetorialidade. De maneira complementar ao entendimento do participante 6, o participante 1 propõe

²⁴ Fonte: <https://blogs.oglobo.globo.com/blog-emergencia/post/dependentes-de-equipamentos-criancas-vivem-em-hospitais-mesmo-apos-alta.html>. Acesso em: novembro/2019

pensar em outras possibilidades como uma conexão entre saúde e arte. Isso aponta à ótica da saúde a partir de um conceito ampliado, superando a modelo biomédico que fragmenta e biologiza o cuidado.

A gente pode continuar com a criatividade. Aí entra saúde e arte. Criar instrumentos que possam fazer essa conexão. Por exemplo, um instrumento de comunicação, porque a saúde peca pela falta de comunicação ou pela comunicação interrompida (participante 1).

Outra fala que destacamos e que vai ressaltar a perspectiva da interdisciplinaridade é: “Você pode está sozinho no teu canto, mas você sabe que tem aonde recorrer na hora de uma ajuda. Isso é uma potencialidade. Você ter uma retaguarda, você tem como trocar. E aí o trabalho fica mais rico” (participante 3).

Diante disso, podemos afirmar que os três “i’s” expostos no capítulo anterior, ainda que não citados diretamente pelos participantes, podem ser identificados em suas falas. Ademais, ainda no que se refere às possibilidades do trabalho em rede, nos chamou atenção o fato de que, em diversas respostas, o conhecimento da rede e a visita técnica foram pontuadas como uma possibilidade do trabalho em rede e também como uma estratégia (pergunta que também foi realizada). Acreditamos que isso se dá diante das questões estruturais inerentes ao modelo burocrático estatal e a forma como as políticas sociais são fragmentadas na sociedade em que vivemos.

Desse modo, a efetivação do direito à saúde requer o desenvolvimento de estratégias, movimentos e mediações capazes de realizar a articulação e a interface entre as políticas econômicas e sociais (COSTA, 2010, p. 16).

Destacamos as seguintes respostas referidas como possibilidades:

A prefeitura tá sem telefone, a secretaria tá sem telefone. Então assim, é muito difícil a gente ter acesso. Então, a gente criou a visita técnica. É quando a gente vai até a rede, conhecer a rede e saber como a rede funciona. Pegar, às vezes, celular de alguém da rede (Participante 4).

Ter mais conhecimento, aprofundar no como está o funcionamento desses serviços que a gente vai precisar encaminhar, muitas vezes, com visita institucional, e a gente vai ali, buscando as saídas possíveis, conversando com outros profissionais para ver a melhor forma de encaminhar. E, muitas vezes, acionando os órgãos do próprio governo para que seja garantido o mínimo do atendimento. (Participante 5)

No que diz respeito ao questionamento sobre as estratégias utilizadas no trabalho em rede, também foram salientadas o conhecimento da rede e a visita técnica:

Enquanto equipe, uma das estratégias é primeiro saber quem é essa rede e se essa rede está funcionando. Então, nós temos um caderno, que ali nós atualizamos sempre quando essa rede em algum momento não funcionou. Aí a gente, de novo, tenta resgatar essa rede. Saber como que ela está funcionando nessa gestão atual. Então, o caderno é um instrumento. E uma outra estratégia é a própria visita. Nós fazemos uma visita em locu. Nós já fizemos visita e a gente já conseguiu conversar com toda a equipe daquele município (Participante 1).

Todavia, apareceram outros pontos interessantes como, por exemplo, o destaque de um dos participantes que afirma entender como estratégia os seguintes aspectos: a pró-atividade, saber escutar, ouvir, não ter medo de falar com as pessoas, independente da posição/cargo que ocupa e a persistência.

A primeira estratégia é *ir*, você não pode ter uma atitude passiva (...) A outra estratégia é *ouvir*, treinar o ouvido. Às vezes você está lendo o prontuário, numa enfermaria e tem alguém discutindo um caso do teu lado, que hoje não é o teu paciente, mas ali você está entendendo tudo que tá acontece. (...) É *não ter medo* ter falar com as pessoas é uma das estratégias(...) A outra é *persistência*, porque dá trabalho. Os telefones que estão disponíveis nos sites que estão acessíveis muita das vezes não mais os telefones que funcionam (Participante 3).

Compreendemos que, de alguma maneira, as estratégias pontuadas pelo participante 3 conversam com as destacadas pelos participantes 4 e 2, que enfatizam as ações de educação em saúde e a presença da equipe em espaços coletivos. Uma vez que tais ações exigem uma atitude pró-ativa da equipe no sentido de articulação e pactuações com outras instituições que compõem a rede, o que deve envolver, nesse contexto de precarização, a persistência.

É a questão da educação mesmo. De explicar o nosso serviço, explicar que a gente veio para somar junto à equipe de saúde, explicar o nosso processo (Participante 4). Talvez a estratégia mais interessante seja tentar manter esses contatos. Então, assim, a gente tenta ocupar espaços, como conferência municipal de saúde, conferência distrital de saúde, onde essas relações vão se estreitando (...) *A gente vai dividindo esse conhecimento*, o que está acontecendo no município, o que está acontecendo no Estado e o que está acontecendo dentro do hospital federal de bom-sucesso (Participante 2, grifos meus).

Queremos chamar a atenção para a importância da presença da equipe nos espaços coletivos, como as conferências de saúde, como citada acima. A partir da observação do participante, foi possível verificar também a constante articulação da EADES com a Câmara Técnica dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro.

Assim, entendemos que discutir e pensar as questões que envolvem a desospitalização no âmbito da gestão, pensando pactuações e respostas coletivas vincula-se a um caminho de pensar enquanto direito, conforme defendemos neste trabalho.

5.4.3

Explorando a ideia de rede: a formação das redes internas

Temos compreensão de que o campo nos traz uma possibilidade de novas revelações (NETO, 2002) sobre a temática estudada. Desse modo, anteriormente a entrada no campo e da análise dos dados das entrevistas, a percepção que se tinha do trabalho em rede era que estava totalmente voltada ao âmbito externo, ou seja, para fora da instituição. No entanto, no período de observação participante e durante as entrevistas, a noção de rede interna foi bastante enfatizada pela equipe:

A gente trabalha com rede interna e com rede externa. O que causa mais trabalho é a rede externa, que a gente não depende somente do hospital. A rede interna a gente depende do hospital, então a gente consegue fazer o contato maior. Agora a rede externa é complicada ainda, por conta da precariedade dos outros municípios, da assistência, da especificidade de cada serviço fora. Então, a gente tem que entender como é que eles funcionam pra gente poder encaminhar, até porque a gente não pode oferecer pro familiar/cuidador falar de um serviço que a gente não conhece. A gente precisa conhecer pelo menos o básico do serviço para poder encaminhar (Participante 4).

Nesse sentido, podemos afirmar que o trabalho em rede se configura em dois âmbitos: a rede interna e a rede externa, que estão imbricadas. As redes internas, na verdade, estão amplamente articuladas às redes externas e o objetivo é proporcionar a integralidade do cuidado à população usuária, seja dentro do hospital, na tentativa de romper com a fragmentação do cuidado, ou fora, no sentido de sua continuidade.

Isto posto, perguntamos aos participantes quais eram os profissionais que trabalham mais diretamente com a rede. A maioria respondeu que todos os profissionais da EADES são aptos para trabalhar com a rede, mas enfatizaram que quem trabalha mais diretamente com a rede são as técnicas de enfermagem. Um dos participantes acredita que isso acontece porque:

Eu acho que acabou caindo essa demanda para elas porque, às vezes, a rede quer saber como é que está esse paciente, como está fisicamente, quais são os cuidados e demandas que ele tem. Então, acho que acabou ficando meio por causa disso no grupo da enfermagem. Mas, aqui todos são capacitados para fazer rede (participante 6).

No entanto, dois participantes apontaram um direcionamento diferente, embasado na noção de que todos os processos de trabalho da EADES envolvem a rede, por isso, todos os profissionais trabalham diretamente com ela. Destacamos a fala a seguir:

É complicado falar dos que trabalham mais diretamente, porque como a gente trabalha com rede e essas redes são pessoas e o nosso trabalho é apoiar essas pessoas que vão cuidar, todos os profissionais da desospitalização trabalham diretamente com as pessoas das redes. Ou é da rede interna que é a equipe que está assistindo o paciente aqui ou é com a rede externa, através de um telefone ou é com a rede familiar durante os encontros com as famílias. Então, na verdade, é o profissional da desospitalização que trabalha com rede. Não tem mais ou menos; ele pode, às vezes, tendenciar a trabalhar mais com um tipo de rede ou com outro tipo de rede (Participante 3).

Dessa forma, o que o participante 3 expõe acima é que todo o trabalho da EADES envolve a rede, por isso, todos os profissionais trabalham com a rede, seja ela interna ou externa. A partir desse prisma, um encontro com a família é trabalhar com a rede primária do paciente, por exemplo. Rede que, na concepção de Gonçalves e Guará (2010), tendem a ser organizar na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade.

Outro aspecto que dialoga com essa rede interna é a própria relação multiprofissional entre a equipe da EADES. Com a perspectiva de que buscar um trabalho interdisciplinar é fundamental ao trabalhar em rede, indagamos aos participantes da pesquisa sobre a frequência de reuniões para discutir casos/redes. Os profissionais realizam dois tipos de reuniões em sua rotina de trabalho: “As reuniões mensais são mais para ver a estrutura do grupo, como vamos nos colocar mediante ao nosso trabalho. Estudo de caso de paciente é no *round* mesmo” (Participante 6).

Destacamos aqui a importância dos *rounds* que, a depender de como são realizados, favorecem a comunicação e a troca entre a equipe e o planejamento do cuidado, tendendo a caminhar no sentido interdisciplinar. Nos *rounds*, o participante 5 afirma o que é feito:

A leitura de todos os prontuários para identificar o que está faltando, aonde o paciente está dentro do processo de desospitalização, e se está naquele processo, porque não passou para o próximo, porque não andou, se teve reunião, se não teve. Então, como a gente está fazendo esse *round*, acaba que a gente, toda semana, conversa sobre os pacientes (Participante 5).

Aqui destacamos mais uma vez um dos “i’s” do trabalho em rede que identificamos. Neste caso, é a integralidade do cuidado, que deve existir em todos os níveis assistenciais. Dentro das instituições hospitalares, as discussões em equipe no sentido interdisciplinar fazem parte do percurso na busca da integralidade.

Na condição de observação participante, tive a oportunidade presenciar alguns *rounds* na EADES, o que permite fazer algumas pontuações: neste espaço, são definidas as prioridades de cada caso e as atividades a serem realizadas são distribuídas pela equipe. Constitui-se como um dos processos mais importantes da EADES. No entanto, no período de observação, os *rounds* aconteciam em um dia específico da semana em que estavam presentes apenas três profissionais de categorias diferentes para uma equipe que, atualmente, é composta por sete profissionais. Temos a compreensão que um espaço tão rico como a discussão dos casos, se possível, seria interessante que a maioria da equipe estivesse presente.

Ressaltamos que apesar da equipe ser composta por sete profissionais, há somente cinco categorias profissionais. Nesse sentido, já houve tentativas de aumentar o quantitativo de outras categorias (nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outras), mas é uma mudança que não depende somente da EADES. Portanto, o fato de não ter uma maior diversidade de profissionais na equipe, ao nosso ver, constitui-se ainda como um desafio aos profissionais da desospitalização, sendo necessário que, em alguns casos, seja buscado dialogar com outras categorias profissionais que, de maneira geral, ainda encontram-se trabalhando de maneira fragmentada em razão da própria estrutura e cultura hospitalar. A exemplo, foi possível no período de observação, presenciar uma situação em que um dos profissionais buscou o diálogo com a nutrição e terapia ocupacional para acompanhar o caso conjuntamente, inclusive, convidando-os para participarem do encontro com os familiares na EADES, demonstrando a percepção e a pertinência de um atendimento multiprofissional.

Destacamos que a participação, enquanto observadora nos *rounds*, provocou algumas reflexões sobre a alta administrativa. O programa de desospitalização possui diversas etapas que vão desde a captação na enfermaria até saída do usuário da instituição. No entanto, acontece que alguns usuários já cumpriram todas as etapas do programa e continuam internados. Estes recebem

alta administrativa pela desospitalização, mas continuam sendo atendidos pelos profissionais da EADES e o vínculo continua sendo mantido.

É um processo muito importante, que demonstra não só a organização da equipe em relação ao seu processo de trabalho, mas o compromisso com a qualidade do atendimento. Justamente por essa relevância, consideramos necessário pontuar e refletir sobre a necessidade de sistematização e produção de dados que possam desvelar o motivo pelo qual os usuários, mesmo cumprindo o programa, ainda continuam internados. A condição de observadora me permite fazer uma suposição de que o fato dos usuários encontrarem-se em alta administrativa nada tem a ver com alguma “falha” no processo de trabalho, mas relaciona-se, principalmente, na ausência do Estado mediante a garantia dos direitos que impossibilitam que o cuidado continuado seja realizado.

5.4.4 **A importância da Educação em Saúde**

As ações de educação em saúde são indispensáveis no cotidiano dos serviços do SUS, uma vez que associam-se ao direito ao acesso à informação, estando interligadas ao conceito ampliado de saúde, o qual considera a determinação social do processo saúde-doença dos indivíduos (REZENDE; MORAIS; CASTRO, 2016).

A educação em saúde é uma das dimensões da EADES. A partir da observação participante foi possível perceber o quanto, de fato, as ações de educação em saúde são importantes, não só para os usuários que são atendidos no programa de desospitalização, mas para a relação da equipe com os demais profissionais do HFB. No que se refere aos usuários, observamos um estímulo à participação dos mesmos, valorizando os diferentes saberes e considerando-o como sujeito de seu processo saúde doença. Desse modo, foi possível verificar a existência de um prisma crítico referente à educação e saúde que sustenta a perspectiva do conceito ampliado de saúde, dispersando-se da lógica biologiscita, como mostra a fala abaixo:

(...) Tanto na questão da prática, fazer um curativo, limpar uma traqueostomia, fazer uma dieta, dar o remédio na hora certa, identificar um sinal. Como também, saber que “esse

benefício eu vou conseguir nessa rede, nesse ponto e eu vou precisar desses documentos.” Não adianta querer entrar por essa porta do sistema porque essa aqui que é a porta de entrada. Ah... “isso aqui não é um favor que o prefeito está dando, mas é um direito garantido nessa portaria”. Que são essas coisas de construir o conhecimento sobre a saúde para aquele paciente, principalmente para a rede familiar do paciente (Participante 3).

Em relação a pertinência das ações de educação em saúde para a EADES, esse trabalho também é realizado, por parte dos profissionais da desospitalização, com a equipe de saúde do hospital. O participante 1 enfatiza:

A gente, o tempo todo, faz um trabalho interno aqui que é justamente conversando com uma pessoa da equipe, indo lá, fazendo educação em saúde, reunindo profissionais que tem a curiosidade, a gente fala sobre a EADES desenvolvendo instrumentos e processos de trabalho que possam ser feitos juntos (Participante 1).

Assim sendo, no contexto estudado, o trabalho de educação em saúde refere-se, principalmente, à necessidade de uma construção coletiva da concepção de desospitalização, que não seja voltada para a lógica da desocupação de leitos. Atualmente, o setor de desospitalização é vinculado ao apoio assistencial, mas inicialmente era vinculado ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), que é o setor responsável pela regulação de vagas dentro do hospital. Um dos participantes conta que o serviço de desospitalização, quando surgiu, tinha o intuito de atender a uma demanda institucional de superlotação de leitos:

No começo, quando a gente deixou de fazer a atenção domiciliar e foi fazer a desospitalização, o recorte era justamente o leito de longa permanência na emergência ocupado por paciente com câncer em cuidado paliativo. O discurso sempre era “o leito da emergência precisa rodar”. Realmente precisa. O leito da emergência precisa estar vazio, porque é uma emergência de porta aberta e precisa ter vaga. O serviço foi construído inicialmente nessa direção, resolver o problema da superlotação e da longa permanência dos pacientes da emergência (Participante 3).

Esse objetivo inicial da EADES e sua relação antiga relação com NIR, contribui para que, ainda hoje, possa haver equívocos no entendimento, por parte da equipe de profissionais da instituição, a respeito da desospitalização como sinônimo de rotatividade dos leitos. O participante 4 diz que a pressão pela liberação do leito era algo que chegava como demanda ao setor de desospitalização:

Assim quando a gente se instalou como desospitalização, a gente tinha muita pressão. Tanto é que a gente foi atrelado ao NIR. E o NIR trabalha com regulação de vaga, de leito. E foi quando confundiu um pouco nosso trabalho e tinha essa pressão (Participante 4).

Essa confusão do sentido do trabalho na desospitalização destacada acima pelo participante 4, é endossada pelo participante 5, que afirma:

Nós tivemos até que sentar com o núcleo de regulação para poder mostrar a diferença de EADES (Equipe de Desospitalização) e NIR (Núcleo Interno de Regulação), qual o papel de um e de outro para ver a diferença, porque as pessoas estavam mandando as demandas do núcleo de regulação e cobrando à EADES. A gente não é para desocupar leito. O trabalho da EADES, a *desospitalização, não é para rodar leito. A gente tem o entendimento que o paciente precisa ter uma alta responsável, com as garantias mínimas do seu cuidado continuado* (Participante 5, grifos meus).

Consideramos que há um caminho a ser trilhado continuamente. Destacamos que, como viemos discutindo ao longo deste trabalho, essa tendência a associar a desospitalização à liberação de leitos não é algo que é particular desta instituição, mas é tencionado por questões no âmbito macropolítico relacionadas à lógica privatista e mercantil que se alastra no setor saúde. Desse modo, reforçamos a importância de se ter uma visão dos processos sociais como totalidades, que se compõem de vários aspectos e âmbitos e que possuem níveis diferentes de complexidade (GUERRA, 2005, p. 2).

A equipe mostra ter muito claro o sentido do seu trabalho, que se concentra no âmbito dos direitos, na preocupação em que o usuário tenha uma alta responsável e continue o cuidado, o participante 3 destaca que esse entendimento também foi construído ao longo do tempo:

As solicitações hoje que vem para a gente, vem justamente mais na preocupação com a continuidade do tratamento do que na vaga do leito. Mas isso foi uma construção. Isso não foi dado. Até para gente também, para gente poder ter esse discurso bem formado. Tipo, “a nossa preocupação é o paciente, não é o leito é o paciente, não é o leito”. Eu não quero que ele volte, para isso eu preciso fazer uma boa saída. Isso também é uma construção que foi vindo ao longo do tempo da existência da equipe (Participante 3).

Para que a desospitalização seja trabalhada na lógica de uma alta hospitalar responsável em que possa haver a continuidade do cuidado e organização da rede, é necessário que a mesma seja pensada desde quando o usuário entra na instituição e que esteja claro, principalmente para a equipe médica, que é, de maneira geral, quem define alta clínica. Isso é mais uma questão que associa-se às ações de educação em saúde que os profissionais tem feito.

Portanto, quando perguntamos sobre a relação da EADES com a equipe médica, no que diz respeito à alta, muitos profissionais ressaltaram que uma possível estratégia de melhoria dessa relação é a ação de educação em saúde no

acolhimento dos residentes médicos. O participante 4 afirma que a relação com a equipe médica está boa atualmente, mas já foi ruim, justamente pelo fato de essa categoria profissional não entenderem o que é desospitalização:

Está boa, já foi muito ruim. A gente tinha médico que ligava para a gente, paciente praticamente dentro da ambulância, dizendo que o paciente estava indo embora. Esquece que o processo de desospitalização começa no momento em que o paciente interna aqui no hospital. Então a gente tinha muita dificuldade, teve até estresse em relação a isso de só acionar a gente quando o paciente já tivesse de alta (Participante 4).

Essa noção de pensar a alta desde quando o usuário entra na instituição é algo que vem sendo construído. Ainda que sejam realizadas algumas estratégias por parte equipe, como destaca o participante 5, o participante 1 refere que os médicos não seguem.

A gente tentou fazer um trabalho de evitar de dar alta para o paciente no fim de semana, porque para a gente acionar os serviços, comunicar, informar os serviços de atenção básica a gente articulou... fim de semana não funcionam. Então, a gente chegou a fazer esse apelo de não dar alta na sexta-feira, final da tarde. Se for dar alta, dá de manhã, até quinta-feira (Participante 5).

Os médicos acabam dando alta no fim de semana e não seguindo aquela sugestão que a gente faz de não dar alta fim de semana, para que a gente possa articular melhor, garantir essa articulação feita da rede (Participante 1).

Acreditamos que isso pode ocasionar para o usuário, dentre outras coisas, uma alta precoce sem que o mesmo tenha verdadeiras condições e, provavelmente, reinternará. Uma outra estratégia realizada pelos profissionais da desospitalização, no que diz respeito à relação com a equipe médica, é o receptivo dos residentes, em que é explicado a realidade do hospital, o perfil do público atendido e o que é a EADES. Isso pode ser um dos motivos que fazem como que os residentes médicos são os que mais procuram a EADES, o participante 3 afirma que:

Quando a gente fala em equipe médica, é como se a gente tivesse dois mundos médicos dentro do hospital. Como eu vejo, né. Um mundo dos estatutários e um mundo dos residentes. A nossa maior relação com a equipe médica é com a equipe dos residentes. Principalmente os rls que estão na ponta. Essa relação com residentes.. ela é boa. Talvez não seja só essa razão, mas uma das razões é que toda vez que chega uma turma nova de residentes a gente faz um receptivo (participante 3).

Ressaltamos que o participante 3 diz ainda que, apesar dos *staffs* não solicitarem muito à EADES, a relação não é ruim e o trabalho da equipe não é descrendeciado pelos médicos, mas “eles também não nos solicitam muito. Eles

não chamam para um *round*. Eles não chamam para uma sessão clínica, eles não chamam a gente para discutir um caso, entendeu?” (Participante 3).

A inserção da EADES nesses espaços de discussão, sessão clínica, entre outros, é de extrema importância não só no sentido de superar a fragmentação do cuidado, mas de proporcionar uma melhora na comunicação entre a equipe e, também, na construção de um planejamento da alta que deve ser delineado desde quando o usuário entra na instituição.

Essas questões reforçam o que discutimos neste trabalho sobre a centralidade do modelo biomédico que ainda é vigente. Na grande maioria das vezes, o cuidado intra-hospitalar acaba sendo realizado de maneira fragmentada e a alta hospitalar se restringe à decisão do médico, não havendo planejamento e discussão entre a equipe multiprofissional. Acreditamos que esse fato pode levar, além da fragmentação do cuidado, a dois processos imbricados: menor importância em relação aos determinantes sociais da saúde, exercendo um cuidado direcionado aos aspectos biomédicos e uma alta hospitalar precoce, que ignora a saúde em seu aspecto integral.

5.4.5

“Nós fazemos a referência e a contrarreferência”

A partir de nossa compreensão de que o trabalho em rede objetiva a efetivação do direito integral à saúde, uma das questões que queríamos entender é como a equipe tem o conhecimento se realmente houve a continuidade do cuidado. Então, perguntamos se há contrarreferência dos casos encaminhados para a rede. A resposta é que, oficialmente, não há um sistema de referência e contrarreferência. O participante 3 explica que funciona da seguinte maneira:

(...) Como que acontece a nossa referência e como é que acontece a nossa contrarreferência. Quando a gente faz a pactuação com a rede, a gente liga para a rede para dar o passo a passo do paciente: “Oh, tem previsão de alta para não sei aonde, sai essa semana... já está em casa” Ou a gente liga para rede para saber: “já fez a visita? A família já foi aí?” Que é na continuidade. *São raras as vezes quando a rede nos procura* (Participante 3, grifos meus).

O não funcionamento, de fato, do sistema de referência e contrarreferência não é uma particularidade do HFB, mas, como salientam Mehry e Cecílio (2003), é um sistema que ainda pouco funciona com a racionalidade pretendida. No

entanto, é um mecanismo importante de pactuação entre as instituições, no se que refere à responsabilização das equipes sobre a continuidade do cuidado.

Compartilhando dessa compreensão, a EADES implementou um processo chamado *follow up* e, a partir dele, é obtido o conhecimento da continuidade do cuidado, o participante 7 explica que:

Esse *follow up* é feito pela equipe. No final do processo, a pessoa foi para casa e a gente dá mais ou menos uns 15 dias para a pessoa poder se estabilizar em casa. É feita uma ligação de retorno para saber se foi feito, se a pessoa deu entrada. Se a pessoa diz que deu entrada, a gente retorna para a unidade de referência e pergunta se a visitação foi feita. Aí, geralmente quando não é feita, eles marcam, eles agendam (Participante 7).

Consideramos que o *follow up* configura-se não só como uma atitude pró-ativa da equipe na direção, preocupação com a continuidade do cuidado, mas associa-se à questão da responsabilização da equipe no momento da alta hospitalar. Na visão de Mehry e Cecílio (2003), essa ocasião deve ser pensada como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária.

A equipe realiza dois tipos de *follow up*: da rede domiciliar, no qual é entrado em contato com o usuário/familiares para saber como está o cuidado, baseado na escala KPS²⁵, e o *follow up* da rede de serviços, em que é contatado a rede para verificar se já foi realizado o atendimento ao usuário.

Tem o *follow up* da família e o *follow up* da rede. *Follow up* da família, quando o paciente vai embora, mais ou menos uma semana a gente entra em contato com a família para saber como é que esse paciente está em casa, como é que a família está nos cuidados. E a gente liga para a rede, para saber se a rede já foi na residência dessa paciente, se já fez as visitas. (...) A gente liga antes do paciente ir e depois do paciente em casa (participante 4).

Destacamos que se a equipe, via *follow up*, identifica que o usuário não conseguiu acessar o serviço no qual foi encaminhado, os profissionais entram em contato com a rede e se for necessário dialogam com as diversas instâncias, com a finalidade que o usuário tenha a garantia do acesso:

²⁵ Escala de Performance de Karnofsky, através dela é possível avaliar a capacidade do paciente em realizar as atividades cotidianas.

A gente liga para a Clínica de Família, tenta falar com a enfermeira responsável, com o médico responsável, com o responsável da clínica de família... Aí não consegue, vai para a CAP, tenta ver com a CAP o que pode oferecer de serviço e vai até a Secretaria Municipal de Saúde. Vai subindo até achar alguém que vai tentar ajudar esse paciente de alguma forma (participante 6).

Independente de quem quer que seja, você vai precisar falar. Ou é com o secretário, ou é com coordenador, ou é com o superintendente (Participante 3).

Dessa forma, mediante a ausência de um mecanismo formalizado de referência e contrarreferência, um dos participantes conta que, muitas vezes, o retorno sobre o acesso a determinado serviço da rede fica a cargo do próprio familiar. Caso o mesmo, via *follow up*, relate para a equipe dificuldades em relação ao cuidado, o participante 5 afirma que: “(...) A gente pode avaliar a necessidade de ir lá ver a situação para a gente poder dar um reforço na orientação diante da realidade que está posta” (participante 5).

No entanto, os profissionais alegaram que visita domiciliar não é uma rotina da EADES. A principal forma de acompanhamento extra-hospitalar referida pelos participantes é via *follow up*, mas a maior parte dos entrevistados afirmou que, caso a equipe identifique a necessidade, a visita pode acontecer sempre antes da saída do usuário. Para a equipe, a visita domiciliar se dá no sentido de:

Verificar se realmente há condições desse paciente ir para casa. É pra isso que existe a visita no domicílio, para a gente ver se tem *outras possibilidades de cuidado* com aquele paciente ali, se não tiver, aí a gente vê com o pessoal do serviço social a condição de abrigo (Participante 6, grifos meus).

A gente combina com o familiar, porque muitas vezes a gente precisa verificar as dependências no domicílio para ver determinada condição do paciente. Ele vai precisar disso, vai precisar daquilo e aí no encontro, o familiar coloca algumas questões, que a gente considera necessário fazer a visita domiciliar para saber as condições e qual o próximo passo das orientações que a gente vai precisar fazer ou que tipo de serviço a gente vai precisar articular (participante 5).

É importante destacar que, ainda que seja evidente o protagonismo da família na continuidade do cuidado dos usuários desospitalizados, não há nenhum discurso da equipe e/ou reprodução de uma lógica que responsabilize unicamente as famílias pelo cuidado. Pelo contrário, os profissionais demonstram tanto em suas falas nas entrevistas, como também foi percebido no período de observação participante, um trabalho centrado na preocupação da garantia de direitos dos usuários que deve ser garantido pelo Estado.

Assim, é reforçado pela equipe prisma do direito e da corresponsabilização do Estado, e esse aspecto vai ao de nossas discussões sobre família e cuidado e o papel do Estado, equanto prover de serviços públicos de qualidade, partindo da

ideia que o cuidado deve ser pensado com um direito de todos, independente de diversos elementos que envolvam a renda ou a formação de vínculos familiares e comunitários ao longo da vida, por exemplo.

5.5

Dinâmica do trabalho em rede a partir das necessidades do usuário

Na discussão sobre o trabalho em rede, apresentamos a ideia dos três i's. São eles: a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade e todos foram identificados nos macroprocessos da EADES. Acreditamos que essas categorias são indispensáveis quando a articulação em rede é trabalhada a partir da ótica da garantia/acesso a direitos.

Indagamos aos profissionais como que se configura a dinâmica do trabalho em rede. De diferentes formas, a maioria dos profissionais respondeu que um dos primeiros passos é identificar quais são as necessidades do usuário, uma vez que, a partir delas, será iniciada a construção do cuidado em rede.

A gente articula a rede de acordo com os critérios que a gente coloca. Então, quando eu vou fazer a busca ativa, eu procuro ver o que é importante para a articulação com a rede. Primeiro, se ele é acamado ou se ele deambula. E aí depois tem os outros critérios, as outras necessidades do paciente. A gente precisa articular que tipo de rede? A gente precisa identificar se o paciente é psiquiátrico, se é usuário de drogas. Então, tem alguns critérios que a gente coloca assim, de acordo com as necessidades (participante 5).

Assim, na maioria das vezes, o início desse processo será a partir do encontro familiar em que serão identificadas as necessidades de saúde e cuidado do usuário e, a partir disso, iniciado o trabalho em rede. O participante 3 explica que:

O fluxograma de rede vai desde o primeiro encontro. Ele começa com a família, a gente só começa a pensar a rede depois que conversa com a família. A primeira ação do macroprocesso de rede é o encontro familiar, porque ali eu sei que rede eu vou procurar. Porque sei qual foi a relação da família com a que o paciente tinha anteriormente e muita das vezes é a rede que ele vai voltar. Eu sei qual é a necessidade de suporte daquele núcleo para eu saber que redes eu vou ter que buscar. Não começa nem pela doença, começa pelo encontro familiar. E aí a gente vai buscando, nesse fluxograma, a rede secundária, que é a rede do setor saúde. Nesse fluxograma, está desenhado essa rede. Lógico que quando a gente faz o documento de rede, a gente acaba incluindo as outras pontas, as outras partes que existem, por exemplo, eu vou precisar da LBV para fazer meu curativo. E a gente acaba incluindo isso como uma rede terciária (participante 3).

Percebe-se, mediante as falas, que o trabalho em rede modaldo a partir das necessidades de saúde dos usuários associa-se às propostas da linha de cuidado (FRANCO *et al.*, 2011) e de matriciamento (CAMPOS, 1999), uma vez que ambas têm como foco principal o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, configurando-se como meios para os quais a assistência em saúde possa se aproximar de algo que seja integral.

Ainda sobre a dinâmica do trabalho em rede, destacamos que dois profissionais enfatizaram, apesar de não estar sistematizado, que seguem o seguinte processo: identificação, contato e formalização da rede.

É mais ou menos assim: a gente identifica. Primeira coisa, a gente precisa saber que rede vamos acessar. O paciente está como? Ele está acamado? O paciente anda? Quais as necessidades do paciente? Para a gente descobrir que rede acessar, a gente precisa saber qual a necessidade que ele tem hoje. Às vezes ele entra andando, às vezes ele sai acamado. Então ele entrou com uma necessidade, ele sai com outra. Aí se o paciente saiu acamado, a gente vai acessar, obviamente, de uma rede de atenção domiciliar. Agora, se o paciente está andando, já não é necessário. É necessário que a gente informe, oriente uma rede de acompanhamento básico. Se ele tem acesso, ele dá continuidade, se ele não tem acesso nós informamos. A gente orienta geralmente o cuidador. É assim que é feito. Aí a gente formaliza, conversa com a rede, verifica se eles podem atender, se podem fazer uma visita, se no momento que ele tiver alta, se a gente der uma ligadinha e pedir uma visitação, eles podem fazer, geralmente, nunca há recusa (participante 7).

Apesar de as respostas seguirem um mesmo direcionamento e entendermos que o trabalho em rede não é algo engessado e, portanto, molda-se a partir das necessidades de saúde dos usuários, nos chamou atenção o fato de que somente dois profissionais citaram em suas respostas um processo de trabalho tão delineado. Em vista disso, destacamos a importância da sistematização do processo de trabalho, aspecto que, inclusive, foi enfatizado por um dos participantes quando questionado sobre a dinâmica do trabalho em rede:

(...) Mas, no sentido de que a gente tem que pensar como serviço público. Hoje, a gente está aqui, amanhã a gente não está, até porque a gente entra de férias, entra de licença, etc. E por ser um serviço público, temos que ter tudo sistematizado (participante 1).

A sistematização trata-se de um recurso que permite imprimir ao cotidiano, assim como a empiria que dele emerge nos procedimentos típicos da ação profissional, a possibilidade de serem compreendidos a partir das relações sociais que lhes dão concretude e significado (ALMEIDA, 1997, p. 9). Nesse sentido, sistematizar contribui para preencher as lacunas no nosso conhecimento para resolvermos determinados problemas (GUERRA, 2009).

Aliado à dinâmica do trabalho em rede e ainda tangenciando a sistematização, beirando nessa questão da sistematização, indagamos sobre quais as principais redes acionadas pela equipe. As redes do setor saúde foram as que mais apareceram.

O PADI, no Rio de Janeiro e o Melhor em Casa, nos outros municípios. Essa é a rede que a gente tem mais necessidade. Muitas redes de fisioterapia também que a gente articula. (Participante 5).

A rede básica de saúde, do município é a principal (Participante 6).

Principalmente a rede de atenção domiciliar. É a rede mais utilizada. A do Rio era bem utilizada, agora ela está passando por um processo de dificuldade (Participante 7).

Outros participantes responderam a partir de uma maneira mais ampliada de rede. No entanto, apesar de expandirem a visão para fora do setor saúde, a questão da intersectorialidade não foi referida por ninguém.

É tudo que há. Aqui a gente não exclui nada. Inclusive a gente, além de não excluir, a gente procura saber que novas redes tem (Participante 1).

Tem a rede municipal, de maneira geral, a rede religiosa que é pouco usada e existe (Participante 2).

“Principais” fica difícil responder. Eu vou te dizer mais ou menos qual o caminho inicial. As primeiras redes que a gente aciona são: a rede de atenção básica do paciente de referência e a rede familiar. Mas aí a gente vai acessando todas que o paciente precisa. O que ele precisa? A gente já acessou rede com a LBV. A gente já acessou rede com a Igreja (Participante 3).

O participante 1, quando refere que é “tudo que há”, ao nosso ver, associa o trabalho em rede de maneira mais singular, em que vai sendo moldado de acordo com as necessidades que os usuários apresentam. Essa noção conversa com a visão de Franco (2006, p. 3), que pensa na ideia da rede não modelar não serializar as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento, novos fluxos de competência.

Entretanto, ainda que o trabalho em rede demande essa permeabilidade e que certamente não fica restrito às redes formais, entendemos que ele não está descolado da macropolítica, dialogando com as políticas de assistência, habitação, previdência, etc. Desse modo, retomamos a questão da sistematização também das redes, de maneira que se tenha como um maior conhecimento sobre a realidade social no qual se intervém e possam ser produzidos dados sobre o que e quais redes os usuários tem acessado mais, o motivo disso estar acontecendo. A noção é

a família e o terceiro setor são as redes que mais têm sido usadas, por dois motivos: o primeira é pelo sucateamento e escassez dos serviços públicos. O participante 3 corrobora com essa ideia quando salienta que:

(...) A rede que a gente hoje precisa e talvez esse seja o grande desafio, é justamente essa rede que ultrapassa o Estado, que são as ONGS, que é a filantropia. São essas outras redes de articulação local, que tem a ver com o território (participante 3).

Dessa maneira, o Estado passa a defesa de alternativas privatistas, que envolvem a família, as organizações sociais e comunidade em geral (YAZBEK, 2014, p. 83). Assim, essas redes primárias tendem a ser sobressair em detrimento das setoriais públicas (GONÇALVES; GUARÁ, 2010), tendendo a responsabilização das famílias. Sendo assim, é necessário que os profissionais que trabalham com a desospitalização tenham a compreensão da realidade social dos usuários atendidos.

Isto posto, as falas dos profissionais da EADES que foram transcritas neste capítulo, nos mostram, na prática, que há caminhos de resistência contra esse contexto de sucateamento e privatização da saúde pública. Portanto, ainda que com muitos desafios, é possível trabalhar a desospitalização em um hospital federal em uma perspectiva vinculada à garantia de direitos.

6 Considerações Finais

As transições demográficas e epidemiológicas colocam como bojo central a necessidade do cuidado em sua dimensão integral, fazendo com que a demanda de desospitalização ganhe cada vez mais espaço nas instituições hospitalares. No que se refere aos marcos legislativos, a ideia de desospitalização, no contexto da saúde pública brasileira, surge em 2003, na PNH, e posteriormente, no Programa Melhor em Casa, que institui o serviço de atenção domiciliar e a PNAHOSP institucionaliza a garantia de uma alta hospitalar responsável.

A desospitalização deve ser trabalhada na perspectiva do direito a uma alta com condições dignas, o que muitas vezes, implica no acesso a diversos direitos sociais, como habitação, transporte, saneamento básico para continuar o cuidado que necessita. No entanto, a garantia desse cuidado é permeada por dificuldades diante de um cenário de desfinanciamento do Estado nas políticas públicas em virtude dos direcionamentos neoliberais que acentuam a precarização da rede de serviços existente e, assim, impede que o usuário tenha acesso aos seus direitos, tendendo ao direcionamento da responsabilidade às famílias pelo cuidado dos usuários que estejam nessa condição.

Diante do exposto, e partindo da ideia de que o modelo de desenvolvimento adotado em nosso país promove as iniquidades sociais, o que impacta nas condições de vida e de saúde (WESTPHAL, 2018), levantamos neste trabalho uma problemática central que refere-se à indispensabilidade do trabalho em rede no processo de desospitalização. Se o usuário sai do hospital sem o funcionamento da rede de serviços, sem nenhum tipo de suporte, a desospitalização poderá cair unicamente em uma perspectiva de responsabilização da família, servindo ao projeto privatista.

Dessa forma, ressaltamos que a articulação em rede envolve necessariamente os três i's: a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, que caminham no sentido de superar a fragmentação do cuidado, considerando o usuário em seu aspecto integral e como sujeito de direitos. Ademais, a articulação em rede demarca também a corresponsabilização do Estado no cuidado, que deve ser garantido como um direito.

As respostas dos profissionais da EADES, co-participantes desta pesquisa, não se mostraram descoladas de tais apontamentos. Assim, as conclusões indicam que o trabalho em rede se configura em dois âmbitos: as redes internas e as redes externas. Ambas estão amplamente articuladas, com o objetivo de proporcionar a integralidade do cuidado à população usuária, seja dentro do hospital, na tentativa de romper com a fragmentação do cuidado, ou fora, no sentido de sua continuidade.

As redes internas são muito importantes para a EADES devido a particularidade do campo em que surgiu, vinculada ao NIR, com o intuito de responder a demanda institucional de desocupação dos leitos. O objetivo da equipe e da própria construção do conhecimento do que seria a desospitalização, fez que com esse trabalho fosse redirecionado no sentido da garantia da alta hospitalar responsável. No entanto, tais particularidades associadas a uma visão macropolítica de cunho neoliberal que, conforme já discorrido, tende a redirecionar a desospitalização no sentido redução dos custos, fazem com que ainda haja alguns equívocos para os demais profissionais da instituição sobre o que é a desospitalização.

No que diz respeito às redes externas, as respostas convergiram no sentido de que o trabalho é construído pela equipe a partir das necessidades de saúde que são colocadas pelos usuários atendidos. Entretanto, muitos são os desafios no que se refere à garantia do acesso aos serviços da rede e da continuidade do cuidado, em vista da precarização das políticas sociais. As falas da equipe apontaram para três principais desafios: a precarização da rede de serviços, a pessoalidade e a dificuldade de comunicação entre as equipes. Essas dificuldades dialogam com os nossos pressupostos neste trabalho, que indicam que a precarização das políticas públicas é um dos fatores que impedem a articulação em rede, fazendo com que a população usuária não tenha acesso aos seus direitos, bem como a questão da articulação intersetorial, que ainda funciona de forma pontual e fragmentada (AKERMAN *et al.*, 2014).

Acreditamos que essa pessoalidade está associada ao fato de que o mecanismo de referência e contrarreferência tem pouca efetividade ou não funciona no cotidiano dos serviços de saúde. Isso foi confirmado nas falas da equipe que referiram que formalmente não há contrarreferência dos casos encaminhados para a rede. No entanto, foi implementado o *follow up*, no qual são feitos o da rede

familiar, onde é entrado em contato com o usuário/familiares para saber está o cuidado e o *follow up* da rede de serviços, em que é contatado a rede para verificar se já foi realizado o atendimento ao usuário. Este aspecto demonstra a responsabilização da equipe no momento da alta hospitalar, que dialoga com uma das apostas da Política Nacional de Humanização (PASCHE; PASSOS, 2008).

Conforme destacado no primeiro capítulo, a desospitalização vincula-se a lógica do direito: a ter uma alta com condições dignas, a ter o acesso aos serviços públicos de qualidade para continuar o cuidado e a corresponsabilização do Estado. Todavia, nesse contexto em que o projeto privatista é assumido pelo Estado, a desospitalização tem sido reduzida à uma ferramenta de gestão que propicia a rotatividade dos leitos hospitalares, o que leva a responsabilização das famílias pelo cuidado. Percebeu-se que os profissionais da EADES não reproduzem essa lógica de desocupação de leito, tampouco a de responsabilização da família. A equipe tem muito bem definido o direcionamento de seu trabalho, que se mostra coerente com o ideário de defesa do SUS e rompendo com a visão “hospitalocêntrica”.

O cenário de precarização demanda a elaboração de estratégias para a viabilização de direitos. As estratégias apontadas pelos profissionais ao trabalhar com a rede apareceram vinculadas ao conhecimento da rede e visita técnica nas instituições e a presença em espaços coletivos, como as conferências municipais e estaduais de saúde. Nesse sentido, pensar nessa desospitalização compartilhando conhecimento e buscando alternativas coletivas, conversa com a nossa compreensão de cuidado discutida no segundo capítulo, em que tais demandas devem ser levado para a agenda pública e entendido como um direito. E por falar em cuidado, mais especificamente em quem cuida, percebeu-se que a maioria dos cuidadores dos usuários que estavam sendo acompanhados no programa de desospitalização, eram mulheres, o que confirma o conceito de divisão sexual no trabalho na questão do cuidado no domicílio.

Outro ponto relevante na discussão da desospitalização e que foi um achado do campo de pesquisa é a educação em saúde, que é uma das dimensões da EADES. As ações de educação em saúde foram enfatizadas pela equipe tanto no que se refere a construção do conhecimento sobre o que é a desospitalização, o trabalho da EADES aos demais profissionais da instituição (inclusive é feito todo ano o receptivo das turmas que residentes médicos), quanto no que diz respeito a

construção do conhecimento com os usuários que são acompanhados pelo programa e seus familiares. Foi demonstrado uma visão ampliada de saúde em relação a tais ações que não se restringem à conhecimento estritamente biológico, mas reflexões sociais, políticas, etc.

Pela observação dos dados analisados, pudemos refletir que apesar da conjuntura retrógrada em relação aos direitos sociais, é possível trabalhar a desospitalização em um hospital federal do Rio de Janeiro no sentido da garantia de direitos e que a desospitalização pode contribuir, de fato, para assegurar uma alta hospitalar com condições dignas.

Assim, deve-se buscar com a desospitalização, visualizar o usuário enquanto sujeito de direitos, no qual as suas condições e demandas colocadas pelas famílias necessitam de mediações com o campo macropolítico. É necessário que se busquem estratégias coletivas para a desospitalização e que a mesma ocupe agenda pública. Aliado a isso, destacamos a importância da sistematização dos dados no cotidiano para que possa auxiliar a construção conhecimento e proporcionar reflexões sobre os dados produzidos no dia-a-dia, além de dar base para que, futuramente, possa ser construída uma política de desospitalização.

Antes de finalizar, gostaríamos de pontuar que os dados da referida pesquisa já foram apresentados à equipe da desospitalização do HFB, que tiveram a oportunidade de opinar e pactuar os resultados produzidos com este estudo. Por fim, estima-se que esta pesquisa traga contribuições para os profissionais que trabalham com a desospitalização e para os usuários que acessam o SUS. Esperamos que outros estudos sejam desenvolvidos na área, principalmente no campo do Serviço Social, que tem uma importante atuação na desospitalização.

7

Referências Bibliográficas

AJIMURA, Fabio Yoshito; MALIK, Ana Maria. **Por que eles permanecem: causas de atraso na saída em pacientes de alta médica.** REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ | Londrina | V. 17 | N. 2 | P. 134-142 | dezembro 2016.

AKERMAN, M; FRANCO DE SÁ, R; R. MOISÉS; S. REZENDE; R. ROCHA, D. **Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!** Ciência & Saúde Coletiva, 19 (11): 4291-4300, 2014.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social.** Revista Em Pauta da Faculdade de Serviço Social da UERJ, número 10, 1997.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. **Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, Vol. 7, n. 4, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

ARAÚJO, Cláudia Mendes. **Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2015.

ARAÚJO, L.J.C; JOAZEIRO, E.M.G. **Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde.** O Social em Questão, Rio de Janeiro - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

ARRETCHE, M. T. S. **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas.** Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, no. 39, ANPOCS/Relume Dumará, 1995.

AVELAR, M.R. and MALFITANO, A.P.S. **Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, no. 10.

BARATA, R.B. **Como e por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARATA, RB. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença.** REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001.

BARROS, F. P. C; SOUZA, M.F. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS.** Saúde e Soc. São Paulo, v. 25, n. 1m p. 9-18, 2016.

BEHRING, E. R. **A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil**. Revista Ser Social. V 18, no 38, 2016.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2011.

BIANCO, I.G.S. **O papel do assistente social na alta hospitalar: reflexões sobre a alta social**. Trabalho de Conclusão de Residência, UFRJ/HUCFF, 2018.

BRASIL. Lei 13.146/2015. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília:DF, 2015.

_____. **Carta de Serviços aos Cidadãos** –Hospital Federal de Bonsucesso. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/documentos/carta_servicos_cidadao.pdf. Acesso em: novembro de 2019.

_____. **Diretrizes e Recomendações do Cuidado Integral com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2008.

_____. **Lei 8.080/1990**: 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

_____. Lei n 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília:DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília:DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde; **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa**, 1986.

_____. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf.

_____. **Portaria 3.390/2013**: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, E.J; PINHEIRO, W.N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Revista Argumentum Debate, Vitória, 2018.

Bravo, MIS. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88 a 110.

BRITO, Fausto. **Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil**. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008

BRONZO, C. **Intersectorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza**. In: Anais do XX Congresso del CLAD sobre la Reforma del Estado y Modernización de La Administración Pública; 2007; Caracas. p. 7-45.

CALDAS, Célia Pereira. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003.

CARMO, M.E; GUIZARDI, F.L. **Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017, v.27, n.04.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil**. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1177-1186, OUT-DEZ 2017.

CARVALHO, M.S.N. **Entre o direito e a saúde: contribuições ao debate da judicialização da saúde para crianças e adolescentes cronicamente**. In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. SILVA, LB e RAMOS, A. (orgs). Papel Social: 2013.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política**. In: CASTELLS, M; CARDOSO, G. (orgs) A Sociedade em Rede: do Conhecimento à ação política. 2005.

CASTRO, CP; CAMPOS, GWS. **Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00455.pdf>. Acesso em: novembro de 2016.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde**. Ciências da Saúde coletiva, vol.21 no.5 Rio de Janeiro May 2016.

CASTRO, M.M.C; OLIVEIRA, A.S.O; RESENDE, L.T. **Humanização em saúde e Serviço Social: estado da arte, reflexões e desafios**. In: FORTI, Valeira; GUERRA, Yolanda (orgs.). Serviço Social e Política de Saúde – Ensaio sobre trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CECÍLIO, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001.

CECILIO, LCO; MEHRY, E.E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs) **Construção da INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CECILIO, LCO; MEHRY, EE. **A integralidade do cuidado no hospital: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs) **Construção da INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CISLAGHI, J.F. **Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil**. In: RAMOS, A; SILVA, L.B; PAULA, L.G.P (orgs). **Serviço Social e Política de Saúde – ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In: MOTA, Ana Elizabete [el al], (orgs). **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111 a 140.

COSTA, M.D.H. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do sistema único de saúde**. Recife: Tese de Doutorado em Serviço Social, UFPE, 2010.

CUNHA, AA. **O serviço social e a alta hospitalar qualificada: um relato de experiência**. Trabalho de Conclusão de Residência, UFU, 2018.

CUNHA, M.A.O; MORAIS, H.M.M. **A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas)**. Temas Livres, 2006.

DAL PAI, D.; D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. **O enfermeiro como ser sócio político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 19, n. 1, p. 82-87, Mar. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000100013&lng=en&nrm=iso.

Desospitalização - Sistema de saúde está refém dos hospitais de alta complexidade, indicados apenas para o tratamento de doenças agudas. Revista VISÃO SAÚDE JAn/fev/mar 2018, ano 3, n. 7.

DIGHIERO, Karina Batthyány. **Las políticas y el cuidadonen América Latina, una mirada a las experiencias regionales**. Assuntos de Gênero, CEPAL, 2015.

DUARTE, M.J.O. **Construindo redes de cuidados na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersetorialidade e direitos humanos**. In: MONNERAT, G.L (orgs...) **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**, Rio de Janeiro: Papel Social, 2014.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista**. In:

GIOVANELLA, Lígia [et al]. (orgs), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: Julho/2019.

ESPING-ANDERSEN, G. **As Três Economias Políticas do Welfare State**. Lua Nova, no. 54, São Paulo: CEDEC, 1991.

FALEIROS, V.P. **Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios**. Argumentum, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014.

FALEIROS, V.P. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica**. R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FERREIRA, J.A. ARAÚJO, GC. **Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 199 - 213, jan./jun. 2014.

FEUERWERKER, Laura CM; CECÍLIO, Luiz CO. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, Vol 12, Iss 4, Pp 965-971 (2007), 2007. n. 4, p. 965.

FLEURY, Sonia. In: **Revista RADIS, número 127** - Fiocruz, 2013.

Fontes, B; Eichner, K. **A formação de capital social em uma comunidade de baixa renda**. Redes: Revista Hispana para el Análises de Redes Sociales, 7(2), out-nov, 2004.

FRANCO, Camilla Maia; SANTOS, Eduardo Henrique de Arruda (organizador); TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira (organizadora); PESSÔA, Luisa Regina (organizadora); SANTOS, Monica Ferzola Salgado Simone Agadir; Túlio FRANCO, Batista Franco. **Manual do Gerenete - Desafios da Médica Gerência na Saúde**. Rio de Janeiro, ENSP, 2011.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. In: Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, Túlio Batista, JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

GASTÃO, W. S. C.. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):393-403, 1999.

GOMES, G.F. **A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão.** In: In: BRAVO, M.I.S e MENEZES, J.S.B (orgs). A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: Rede Sirius – Rede Biblioteca – UERJ, 2014.

GOMES, R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. DESLANDES, SF et. al (orgs). 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GONÇALVES, A.S; GUARÁ I.M.F.R. **Redes de proteção social na comunidade** In: Guará IMFR, organizador. *Redes de proteção social*. São Paulo: Associação Fazendo História; 2010.

Graneman, S. **FUNDAÇÕES ESTATAIS: PROJETO DE ESTADO DO CAPITAL**, 2008, disponível em: http://www.sinsprev.org.br/documentos/Leon/fundacoesestatais_sara.pdf. Acesso em novembro 2019.

GUERRA, Y. **No que se sustenta a falácia de que “na prática a teoria é outra?”.** 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel, 2005.

GUTIERREZ, DMD, MINAYO, MCS. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. Cadernos de Pesquisa, v. 37, nº 132, p. 595-609, set-dez 2007.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: subsídios para as projeções da população.** 2015.

JUNIOR, Kenneth Rochel Camargo. **Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs) Construção da INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

JUNQUEIRA, L.A.P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.** RAP Rio de Janeiro 34(6):35-45, Nov. /Dez. 2000.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. RAP Ri o de Janeiro 34(6):35-45, Nov. /Dez. 2000.

LADEIRA, S.C.G. **Requisições do capital no complexo econômico-industrial da saúde no Brasil.** In: RAMOS, A; SILVA, L.B; PAULA, L.G.P (orgs). Serviço

Social e Política de Saúde – ensaios sobre trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2018.

LEAL, RS; XAVIER, Arnaldo. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**. Trabalho de Conclusão de Residência, UFSC, 2014.

MACHADO, CV; LIMA, LD e BAPTISTA, TWF. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública, 2017.

MACHADO, F.R.S; PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L. **Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o Exercício da Cidadania e o Papel do Ministério Público**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (org) Construção Social da Demanda. IMS/UERJ CEPESC- ABRASCO, 2005.

MACHADO, V. **A recusa à desospitalização entre pacientes internos de hospital psiquiátrico**. Dissertação de Mestrado, USP – Ribeirão Preto, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho; GOSCH, Cristiane Scolari; BUSS, Paulo; Dais ROCHA, Gonçalves; REZENDE, Regiane; FREITAS, Paula Carvalho; AKERMAN, Marco. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4341-4350, 2014.

MARCONDES, Mariana Mazzini. **A divisão sexual dos cuidados: do *welfare state* ao neoliberalismo**. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 91-106, jan./jun. 2012.

_____. **A corresponsabilização do estado pelo cuidado: Uma análise sobre a Política de Creches do PAC-2 na perspectiva da divisão sexual do trabalho**. Dissertação de Mestrado, Unb, 2013.

MARTINHO, C. **Redes – Uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. Brasília: WWF-Brasil, 2003.

MATOS, M.C. **Serviço Social Ética e Saúde – reflexões para o exercício profissional**. 2ed São Paulo: Cortez, 2017.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs) Construção da INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. **Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1165-1184, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Ministério da Saúde, OPAS, 2012.

MINAYO, MCS. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. DESLANDES, SF et. al (orgs). 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. **Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira.** In: Familismo Direitos e Cidadania: contradições da política social. MIOTO, RCT; CAMPOS, MS; CARLOTO, CM (orgs). São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. **Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira.** In: Familismo Direitos e Cidadania: contradições da política social. MIOTO, RCT; CAMPOS, MS; CARLOTO, CM (orgs). São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, Regina Célia. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social.** SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 12, N.2, P. 163-176 176, JAN./JUN. 2010.

Relatório da Oxfam. **País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras,** 2018.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte. **Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais.** Tese de doutorado, FIOCRUZ, 2015.

MONNERAT, G.L; SOUZA, R.G. **Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual.** In: MONNERAT, G.L (orgs...) A intersectorialidade na agenda das políticas sociais, Rio de Janeiro: Papel Social, 2014.

NETO, O.C. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. DESLANDES, SF et. al (orgs). 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NETO, Gonzalo Vecina; MALIK, Ana Maria. **Tendências na assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):825-839, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez Editora, 2001.

_____. **Introdução ao método da teoria social.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS, ABEPSS - 2009.

NOGUEIRA, Ana Cláudia; MONTEIRO, Márcia Valéria. **A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização?** In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (Org.). Serviço social, Saúde e questões

contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

NUNES, N.R.A.; ROCHA, D.; FERNANDES, F.L. . **O Direito a Saúde em Tempos de Austeridade: limites, desafios e possibilidades**. O SOCIAL EM QUESTÃO , Nº 44, p. 09-20, 2019.

OLIVEIRA, Z.L.C. **A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis?** In: ARAÚJO, C; SCALON, C (org). Gênero, família e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PAIM, Janilson Silva. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. In: FLEURY, Sonia (org). Saúde e Democracia- A luta do CEBES, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (ebook interativo), 2015.

Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde. CFESS: Brasília, 2010. Disponível em: www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em agosto, 2019.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PASSOS, R.G. **“Entre o assistir e o cuidar”: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro**. EM PAUTA, Rio de Janeiro, 2º Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 247 – 260.

PASSOS, R.G. **Teorias e Filosofias do Cuidado – subsídios para o Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2018.

PAUTASSI, L.C. **Cuidado y derechos: la nueva cuestión social**. In: Sonia MontañóVirreira y Coral Calderón Magaña (orgs) El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Cuadernos de la CEPAL, n. 94, Santiago:CEPAL, 2010.

PEREIRA, T.C.C.A. RANGEL, A.H. **Alta hospitalar para além da liberação do leito: reflexões acerca do trabalho do Assistente Social em Instituição de Saúde de Alta Complexidade**. In: LIÃO et. al (Orgs). Trabalho Social – Estudos sobre prática e exercício profissional dos assistentes sociais. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio, 2014.

PINHEIRO, R. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde**. In: Razões públicas para a integralidade em saúde : o cuidado como valor / organizadores,

Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. **Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (org) *Construção Social da Demanda*. IMS/UERJ CEPESC- ABRASCO, 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** R. Bras *Enferm.*, Brasília, v. 53, n.2, p. 251 -263, abr./jun. 2000.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

REZENDE, Jamille Soffe Meirelles; MORAIS, Rígela Almeida de; CASTRO, Marina Monteiro de. **Educação em saúde no espaço hospitalar: desafios para o serviço social.** O Social em Questão - Ano XIX - nº 35 – 2016. pp. 333 – 348.

ROCHA, Luciano Teixeira. **Hospital não, pelo amor: etnografando processos de desospitalização.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Medical Social – UERJ, 2016.

ROCHA, P.R; DAVID, H.M.S.L. **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde.** Rev Esc Enferm USP. 2015; 49 (1): 129-35.

SERAPIONI , Mauro. **O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais.** Ciencia e Saude Coleitva, 2005.

SIERRA, VM. **A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça.** R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 256-264, jul./dez. 2011.

Silva KL, Sena RR, Castro WS. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades.** Rev Gaúcha Enferm. 2017.

SILVA, K.L; SENA, R; LEITE, J.C.A; SEIXAS, C.T; GONÇALVES, A.M **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública; v. 39, n. 3 (2005); 391-397 ; 1518-8787 ; 0034-8910.

SILVA, L.B; MENDES, A.G. **Serviço Social, saúde e interdisciplinariedade: algumas questões para o debate.** In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. SILVA, LB e RAMOS, A. (orgs). Papel Social: 2013.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. **Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SIMÃO, VM; MIOTO, RCT. **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.156 a 169, 2016.
 SOUZA, D.O; MAURÍCIO, J.C. **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.27, 2018.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Política social contemporânea: a família como referência para as Políticas Sociais e para o trabalho social.** In: Familismo Direitos e Cidadania: contradições da política social. MIOTO, RCT; CAMPOS, MS; CARLOTO, CM (orgs). São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, A.M. **A/o Assistente Social Na Luta de Classes – Projeto profissional e mediações teórico-práticas.** 1ed. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e Práticas Democráticas de Saúde.** In MOTA, Ana Elizabete (orgs...). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2006.

VIEIRA, F.S; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: nota técnica, IPEA, n 28, 2016.

WESTPHAL, M.F. **Cidades Saudáveis, estratégias e desafios em novos tempos.** Labor & Engenho, Campinas (SP) Brasil, v.12, n.4, p. 472 a 481, out/dez. 2018.

WIESE, Michelly Laurita; PRÁ, Keli Regina Dal; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **O cuidado como direito social e como questão de política pública.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen's Worlds Congress(Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017,ISSN 2179-510X.

YAZBEK, M.C. **Sistemas de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais.** In: MONNERAT, G.L (orgs...) A intersectorialidade na agenda das políticas sociais, Rio de Janeiro: Papel Social, 2014.

8 APÊNDICES

Figura 5: Brasil – Notícia: Demanda por home care aumenta e inspira investimento em saúde no país.

29/abr/19 - 14h36

Demanda por Home Care aumenta e inspira investimento em saúde no País

Fonte: ISTOE, 2019

Figura 6: Brasil. Notícia: O que saber para empreender em 2019.

O cenário econômico, segundo o consultor do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), Fabiano Zortêa, está muito mais otimista que o de 2017 e 2018. Para ele, entre os segmentos mais favoráveis para quem quer empreender está o que atende o mercado pet, em constante crescimento.

Há oportunidades otimistas, ainda, aos que trabalham com produtos orgânicos, brechôs, consertos e reformas, alimentação alternativa, cervejaria, drones e realidade virtual e desospitalização.

Fonte: Jornal do Comércio, 2019

Termo de Consetimento Livre Esclarecido (TCLE)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HFB TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução no 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Trabalho em rede no processo de desospitalização: construindo caminhos para a garantia de direitos, que tem como Objetivo Geral: Analisar como se constitui o trabalho em rede no processo de desospitalização em um hospital federal do Rio de Janeiro. Objetivos Específicos: Compreender quais são os desafios, potencialidades e estratégias utilizadas pelos profissionais ao trabalhar com a rede de serviços tanto na política de saúde quanto intersetorialmente; Entender quais as principais redes acionadas pela equipe e em que medida tem proporcionado o direito à continuidade do cuidado de usuários desospitalizados; Refletir sobre a contribuição de uma equipe multiprofissional para a construção do trabalho em rede, visando a integralidade do cuidado. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista com perguntas abertas que serão gravadas para posterior análise dos dados. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. O (a) Sr (a) não terá ônus nem quaisquer compensações financeiras. A previsão dos riscos envolvidos com a sua participação é mínima, um risco possível poderia ser um desgaste mental e emocional a depender da relação de trabalho do entrevistado, que pode variar em uma escala de ótima à péssima, e como o profissional lida com essa relação. Outro risco seria a devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos que pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas ou grupos na comunidade e em possível desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Uma forma de minimizá-los, além do compromisso ético do pesquisador em cumprir as normas da resolução no 466/12, é a elaboração de boas estratégias para fazer as perguntas e caso seja percebido algum desgaste, a entrevista poderá ser interrompida, sem que haja prejuízo para o entrevistado, além disso, é garantido o anonimato. O participante da pesquisa tem direito a indenização em caso de danos decorrentes do estudo. Consideramos que a pesquisa trará benefícios tanto para os profissionais que atuam com a desospitalização, quanto aos pacientes, na medida que o estudo de uma determinada demanda possibilita a qualificação de seu atendimento. O (a) Sr (a) receberá uma via deste termo onde consta o contato dos pesquisadores responsáveis, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais

são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos assinar o TCLE.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável Isabelle Guedes dos Santos Bianco, Mestranda do Departamento de Serviço Social da PUC- RIO, cel xxxx e-mail xxxx ou com Nilza Rogéria de Andrade Nunes, Professora do Departamento de Serviço Social da PUC-RIO, cel: xxxx , e-mail: xxxx ou comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do HFB pelo telefone 3977-9833.

Eu, _____,
RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome do participante da pesquisa:

Nome do pesquisador responsável:

Assinatura do participante da pesquisa
responsável

Assinatura do pesquisador

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019.

Tópico Guia para Entrevista

Objetivos Específicos	Perguntas
<ul style="list-style-type: none"> Compreender quais são os desafios, potencialidades e estratégias utilizadas pelos profissionais ao trabalhar com a rede de serviços tanto na política de saúde quanto intersetorialmente; 	<ol style="list-style-type: none"> Quais são os desafios e possibilidades no seu cotidiano ao trabalhar em rede? No gancho dos desafios: existe pressão da chefia da instituição para como o serviço para a liberação do leito? Como é a relação da EADES com a equipe médica na alta hospitalar? Quais são as estratégias utilizadas nesse trabalho?
<ul style="list-style-type: none"> Entender quais as principais redes acionadas pela equipe e em que medida tem proporcionado o direito à continuidade do cuidado de usuários desospitalizados; 	<ol style="list-style-type: none"> Quais são as principais redes acionadas pela equipe? Vocês realizam algum acompanhamento extra-hospitalar aos pacientes desospitalizados? Como funciona? Existe contrarreferência dos encaminhamentos feitos para a rede?
<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre a contribuição de uma equipe multiprofissional para a construção do trabalho em rede, visando à integralidade do cuidado; 	<ol style="list-style-type: none"> Qual (is) profissional (is) trabalham mais diretamente com a rede de serviços? Por que? Vocês costumam fazer reuniões em equipe para discutir sobre a organização da rede extra-hospitalar? Como é a dinâmica do trabalho em rede? Ex: Há algum fluxograma, seguem algum protocolo?