



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

### **ALTA TARDIA: A PERMANÊNCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ**

**Kedna Kelly de Souza Gomes<sup>1</sup>**  
**Maiara da Rocha Mascarenhas<sup>2</sup>**

**Resumo:** Este trabalho buscou identificar os motivos que interferem na permanência dos usuários em leitos hospitalares após a alta médica. A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Os dados mais expressivos referem-se às questões familiares que encontram dificuldades internas e externas quanto ao acesso às demais políticas sociais para receber o paciente em domicílio.

**Palavras-chave:** Alta tardia. Hospitalização. Política de Saúde.

**Abstract:** This study sought to identify the reasons that interfere in the stay of patients in hospital beds after discharge. The methodology used was exploratory research with a qualitative approach. The most expressive data refer to family issues that encounter internal and external difficulties regarding access to other social policies to receive the patient at home.

**Keywords:** Late High. Hospitalization. Health Policy

### **INTRODUÇÃO**

O processo final de uma hospitalização ocorre com a alta do paciente. Existem situações que são consideradas indesejadas, tais como, óbito evitáveis, que podem ocorrer por uma falha na assistência e/ou de insumos, evasão e alta a pedido do próprio paciente, que envolvem questões de segurança, bem como situações pessoais. Há também a saída desse paciente mediante alta médica ou transferência para outra unidade de saúde às quais são consideradas como situações que podem ser administradas, tendo como finalidade a busca por uma melhor otimização dessas ações.

Para quem atua em unidades hospitalares, é bastante comum deparar-se com situações que dificultam a saída hospitalar em tempo hábil, mesmo quando o paciente se encontra de alta médica, ou seja, ele teve seu problema clínico sanado ou, pelo menos, estabilizado, mas, por alguma questão, esse paciente acaba permanecendo internado.

No caso desta pesquisa, buscou-se analisar: Quais os fatores que contribuiriam para a longa permanência de pacientes internados em leitos hospitalares? O referido objeto de estudo adveio do anseio de buscar compreender quais os motivos que contribuem para a permanência de pacientes, que já se encontram de alta hospitalar, mas permanecem

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Prefeitura Municipal de Fortaleza, E-mail: kednasousa@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social, Prefeitura Municipal de Caucaia, E-mail: kednasousa@yahoo.com.br.

internados. Essa ocupação, dentre estes fatores, acaba gerando entraves para a rotatividade e o gerenciamento desses leitos, interferindo assim no acesso de novos pacientes na instituição.

Dessa forma, a pesquisa deu-se a partir da análise de dados, mais especificamente, dos quatro primeiros meses do ano de 2018 das altas tardias de um hospital público, localizado em Fortaleza, com referência estadual. Esses dados foram interpretados à luz de discussões teóricas, apresentando como objetivo geral: identificar os motivos que interferem na permanência dos usuários em leitos hospitalares, mesmo após a alta médica e como objetivo específico: refletir sobre os impactos da ocupação desse leito para a política de saúde no Estado.

A relevância do estudo se dá pela necessidade de compreender os diversos fatores que estão associados às condições de saúde, termo este concebido em seu sentido ampliado, conforme descrito na lei 8080/90<sup>3</sup> que reafirma a ideia da saúde não apenas como a ausência de doença, mas um conjunto de vários fatores que são os determinantes e condicionantes da saúde.

Os diversos fatores que estão associados às condições de saúde da população precisam ser levados em consideração, sendo necessária uma análise das repercussões desses determinantes da saúde nas internações hospitalares dos usuários do SUS, pois o país vivencia um momento crítico na política de saúde devido à falta de leitos e à gestão ineficaz dos recursos dessa política, frutos de um contexto político de precarização e desmonte dos direitos sociais e das políticas públicas.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Optou-se realizar uma pesquisa exploratória, tendo em vista o objetivo da busca por uma maior familiaridade com o objeto de estudo. Como procedimentos para a coleta de dados, optou-se pela pesquisa bibliográfica que se fundamenta a partir do conhecimento disponível em fontes bibliográficas, principalmente livros e artigos científicos e pela pesquisa documental que, semelhante à pesquisa bibliográfica, se utiliza de fontes documentais, isto é, fontes de dados secundários<sup>4</sup> (Zanella, 2012, p.80 e 81).

Quanto ao método e a forma de abordar a pesquisa, consideramos a abordagem

---

<sup>3</sup> Artigo 3º da Lei 8080/90: Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

<sup>4</sup> Neste caso, partindo da classificação trazida por Zanella (2012, p. 82) utilizaremos dados secundários internos que apresenta os seguintes exemplos: relatórios e manuais da organização, notas fiscais, relatórios de estoques, de usuários, relatório de entrada e saída de recursos financeiros, entre outros

qualitativa, pois partimos das considerações trazidas por Zanella (2012, p.73) que a caracteriza, em princípio, pela não-utilização de instrumental estatístico na análise dos dados, bem como tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave. Nesse tipo de estudo, tem-se como preocupação básica o mundo empírico em seu ambiente natural.

A pesquisa teve como lócus um Hospital Público em Fortaleza com referência estadual que, neste caso, chamar-se-á Hospital X, a fim de resguardar o nome da instituição, na qual foram utilizados dados obtidos do relatório mensal de altas do referido equipamento, mais especificamente, dos quatro primeiros meses do ano de 2018, coletados nos meses de janeiro a abril do mesmo ano. Nesse documento, são quantificados os seguintes dados: 1) o número de altas que tiveram naquele mês; 2) o número de pacientes que saíram no mesmo dia; 3) o número dos que saíram no dia seguinte; 4) o número de pacientes que saíram 02 dias depois ou mais e 5) os motivos pelos quais a alta não ocorreu no mesmo dia. Neste último, traçou-se os motivos com as seguintes justificativas, a saber: 1) transporte do interior não compareceu no mesmo dia; 2) questões familiares; 3) SAD<sup>5</sup> (Serviço de Assistência Domiciliar) e 4) transporte do hospital/outros.

## **DISCUTINDO SOBRE CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

O marco para a saúde pública no país foi consagrado na Constituição de 1988. Nela, apresentaram-se princípios e diretrizes que nortearam posteriormente a lei orgânica da saúde e demais políticas sociais. Um dos principais avanços alcançados foi a concepção ampliada de saúde, entendendo-a não apenas como a ausência de doença.

A partir de um conceito ampliado de saúde, a legislação reafirma que ela não seja apenas a ausência de adoecimento, mas um conjunto de múltiplos fatores que configuram os determinantes e condicionantes da saúde, conforme registro no artigo 3º da Lei 8080/90 na qual estabelece que os níveis de saúde de um país expressam a organização social e econômica do país. Para tal, a saúde inclui outras necessidades, tais como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

De tal modo, a reflexão sobre as dificuldades enfrentadas tanto por profissionais e gestores de saúde no tocante à demora da desospitalização dos pacientes não se deve restringir apenas à condição clínica, pois se partindo desse conceito ampliado de saúde,

---

<sup>5</sup> Segundo a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) caracteriza-se como sendo “serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)”.

existem os determinantes e condicionantes da saúde que irão interferir numa alta segura desse paciente.

A discussão não deve centrar-se apenas na questão financeira dos custos e recursos que esse paciente trará para o hospital, mas compreender esses outros condicionantes que estão intrinsecamente relacionados.

Questões relacionadas à má gestão existem, em alguns casos, mas não se pode descontextualizá-la de uma sociedade capitalista extremamente desigual que repercute nas condições de vida da maioria da população. Em alguns discursos, é comum pontuarem a questão da ineficiência da gestão como principal e exclusiva dificuldade para efetivação do SUS e demais políticas sociais, a partir de uma defesa ideológica pela reestruturação de um Estado em prol de uma eficiência e qualidade.

Dessa forma, a tendência tem sido a de restrição e redução de direitos a partir do argumento de crise fiscal do Estado, levando à transformação das políticas sociais, condicionadas pela correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do nível de consolidação da democracia e da política social, em ações pontuais e compensatórias (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Por essa perspectiva, as possibilidades preventivas e eventualmente distributivas das políticas sociais tornam-se cada vez mais limitadas, prevalecendo as orientações do ideário neoliberal de privatização, focalização e descentralização. Esta última, compreendida não como partilhamento efetivo de poder entre os entes federativos, uma vez que essa descentralização é apontada como mera transferência de responsabilidades para as esferas públicas ou para instituições federais e novas modalidades jurídico-institucionais, apresentando-se como condição essencial, a partir das orientações dos organismos internacionais para a proteção social (Ibidem).

Portanto, os direitos mantidos pelas políticas que compõem a seguridade social têm se guiado, sobretudo, pela seletividade e privatização, em detrimento das dimensões de universalização e estatização, apregoadas durante a formulação da Constituição de 1988.

No que se refere ao campo da política de saúde, esta “padece da falta de recursos<sup>6</sup>”, o que se presencia nas longas filas de medicamentos e na redução dos leitos. Nesse sentido, há uma forte tendência de restringir a Saúde Pública a um “pacote de cesta básica” destinado aos segmentos pobres.

Esse contexto de desconstrução de direitos vai de encontro com o que é apregoado na lei orgânica da saúde, especificamente no parágrafo 1º do artigo 2º, que traz como dever do Estado a garantia da saúde por meio da formulação e execução de políticas econômicas

---

<sup>6</sup> “Os recursos da seguridade social são apropriados anualmente pelo Governo Federal por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), com vistas à composição do superávit primário e pagamento de juros da dívida” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 166).

e sociais com a finalidade de reduzir o risco de doenças e outros agravos, estabelecendo condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Existem situações da ausência total do suporte familiar. São tantas violações de direitos proporcionadas por essa sociedade capitalista cada vez mais desigual e excludente que refletem nas relações familiares, vivencia-se hoje relações afetivas cada vez mais esfaceladas, vínculos fragilizados, uma total desproteção desse Estado em atender condições básicas dessa família. Nota-se, a partir da concepção de família trazida por Mioto (2003), a qual concebe que a capacidade de cuidado e proteção dessa família está intrinsecamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidas através das políticas sociais, em especial das políticas públicas.

Apesar de o sistema de Saúde no Brasil ter sofrido avanços do ponto de vista legal, a partir do SUS, ainda não se observa uma ruptura completa com o modelo de atenção tradicional centrado na doença e na assistência individual médico-hospitalar. Durante o processo de desospitalização, os conflitos e discussões acerca da alta clínica dos pacientes, que mesmo estando em condições estáveis para alta hospitalar, vivenciam condições sociais que inviabilizam uma alta segura e que possam atender suas necessidades no território de origem.

Segundo considerações de Grabois (2011), ainda é um grande desafio a efetivação da integralidade do cuidado, pois exige que os profissionais se articulem nas distintas unidades de saúde. Como falar em integralidade sem a garantia de um acompanhamento pela equipe de Saúde da Família no processo de pós-alta de um paciente que havia sido internado devido uma diabetes descompensada, por exemplo?

Além disso, na relação entre os distintos saberes profissionais ainda se vivencia, apesar de alguns avanços, a supremacia do poder médico frente às demais áreas, como bem sinalizado por Boff:

A racionalidade médica ocidental contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem. O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado. (Boff, 1999, apud Grabois, 2011, p. 155).

Todas as discussões trazidas até agora foram com o intuito de explicitar o que está por trás dos níveis altos de altas tardias que impedem desse paciente retornar ao seu domicílio e dar continuidade do seu cuidado em saúde. De tal modo, que o direito à saúde a todos ainda é um grande desafio, pois envolve mudanças estruturais concernentes ao modelo econômico, intensificação das políticas sociais, mudanças de posturas profissionais, além de uma articulação com as demais políticas públicas, dentre outras questões.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esse estudo buscou analisar os dados obtidos nos relatórios mensais de alta dos quatros primeiros meses do ano de 2018, tendo sido quantificados as seguintes informações: o número de altas que tiveram no mês; o número de altas que saíram no mesmo dia; o número dos que saíram no dia seguinte e dos que saíram 02 dias depois. Além disso, foram quantificados os motivos pelos quais a alta não se concretizou com a saída do paciente. Desses motivos, estabeleceu-se as seguintes categorias: transporte do interior não compareceu no mesmo dia; questões familiares, SAD (Serviço de Assistência Domiciliar); transporte do hospital X/outros, conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Relatório de altas no mês de janeiro/2018

	Altas	Pacientes que saíram no mesmo dia	Pacientes que saíram no dia seguinte	Número de pacientes que saíram 2 dias depois ou mais	Motivos da permanência prolongada:			
					Transporte do interior não compareceu no mesmo dia	Questões Familiares	SAD	Transp. do hospital X/ <b>Outros</b>
Nº	466	449	15	2	3	10	1	3
%	100	96,3	3,2	0,4	17,6	58,8	0,17	17,6

No mês em análise, 03 permanências prolongadas foram motivadas pelo tempo de atraso dos transportes municipais do interior do Estado.

No tocante às dificuldades familiares para encaminhar o paciente para o domicílio, que compreendem um percentual de 10 dos casos no presente mês, estes foram justificados devido necessidade de organização e adaptação domiciliar para recebimento do paciente em alta segura, bem como por indisponibilidade de transporte particular em tempo hábil. Além disso, verificou-se uma situação de alta tardia motivada pelo SAD-hospital X.

A dificuldade em relação ao transporte da operadora contratada pelo hospital X interferiu na alta de 03 pacientes, visto não cumprimento do aprazamento pela empresa citada.

O impacto dessa demora na desospitalização afeta a rotatividade dos leitos e consequentemente na admissão de novos pacientes. Ademais, os pacientes que permanecem internados correm riscos com relação a sua saúde, pois ficam vulneráveis a novas infecções.

Tabela 2: Relatório de altas no mês de fevereiro/2018

	Altas	Pacientes que saíram no mesmo dia	Pacientes que saíram no dia seguinte	Número de pacientes que saíram 2 dias depois ou mais	Motivos da permanência prolongada:			
					Transporte do interior não compareceu no mesmo dia	Questões Familiares	SAD	Transp. do hospital X/ <b>Outros</b>
Nº	403	377	23	3	11	14	0	1
%	100	93,5	5,7	0,7	42,3	54	0	4

Conforme tabela 2, no mês de fevereiro, constataram-se os seguintes resultados: 403 altas; destas, 377 saíram no mesmo dia; 23 no dia seguinte e 03 acima de dois dias.

No mês de fevereiro, 11 permanências prolongadas foram motivadas pelo tempo de atraso dos transportes municipais do interior do Estado.

No tocante às dificuldades familiares para encaminhar o paciente para o domicílio, que compreendem um número de 14 dos casos no presente mês, estes foram justificados devido necessidade de organização e adaptação domiciliar para recebimento do paciente em alta segura, bem como por indisponibilidade de transporte particular em tempo hábil.

Em fevereiro, não foi verificada nenhuma situação de alta tardia motivada pelo SAD-hospital X.

A dificuldade em relação ao transporte da operadora contratada pelo hospital X interferiu na alta de um paciente, visto não cumprimento do apazamento pela empresa citada.

Tabela 3: Relatório de altas no mês de março/2018

	Altas	Pacientes que saíram no mesmo dia	Pacientes que saíram no dia seguinte	Número de pacientes que saíram 2 dias depois ou mais	Motivos da permanência prolongada:			
					Transporte do interior não compareceu no mesmo dia	Questões Familiares	SAD	Transp. do hospital X/ <b>Outros</b>
Nº	461	433	26	2	8	13	1	6
%	100	93,9	5,6	0,43	28,5	46,4	3,5	21,42

Os dados obtidos em março de 2018 apresentam 461 altas. Destas, 433 saíram no

mesmo dia, 26 no dia seguinte e 02 acima de dois dias.

No mês em análise, 08 permanências prolongadas foram motivadas pelo tempo de atraso dos transportes municipais do interior do estado.

No tocante às dificuldades familiares para encaminhar o paciente para o domicílio, que compreendem um percentual de 13 dos casos no presente mês, estes foram justificados devido necessidade de organização e adaptação domiciliar para recebimento do paciente em alta segura, bem como por indisponibilidade de transporte particular em tempo hábil.

Foi verificada 01 situação de alta tardia motivada pelo SAD – hospital X.

A dificuldade em relação ao transporte da operadora contratada pelo hospital X interferiu na alta de 06 pacientes, visto não cumprimento do aprazamento pela empresa citada.

Tabela 4: Relatório de altas no mês de abril/2018

Nº	Altas	Pacientes que saíram no mesmo dia	Pacientes que saíram no dia seguinte	Número de pacientes que saíram 2 dias depois ou mais	Motivos da permanência prolongada:			
					Transporte do interior não compareceu no mesmo dia	Questões Familiares	SAD	Transp. do hospital X/ <b>Outros</b>
509	487	19	3	10	7	1	4	
%	100	95,6	3,7	0,5	45,4	31,8	4,5	18,1

Conforme a tabela 4, no mês de abril/2018 ocorreram 509 altas. Destas, 487 saíram no mesmo dia, 19 no dia seguinte e 03 acima de dois dias.

No mês em análise, 10 permanências prolongadas foram motivadas pelo tempo de atraso dos transportes municipais do interior do Estado.

No tocante às dificuldades familiares para encaminhar o paciente para o domicílio, que compreendem um quantitativo de sete dos casos no presente mês, estes foram justificados devido necessidade de organização e adaptação domiciliar para recebimento do paciente em alta segura, bem como por indisponibilidade de transporte particular em tempo hábil.

Foi verificada uma situação de alta tardia motivada pelo SAD.

A dificuldade em relação ao transporte da operadora contratada pelo hospital X interferiu na alta de quatro pacientes, visto não cumprimento do aprazamento pela empresa citada.



Os dados por si só não explicitam as questões que estão relacionadas aos índices maiores que envolvem as altas tardias no tocante aos motivos: transporte do interior e questões familiares.

De tal modo que essa discussão sobre as dificuldades enfrentadas tanto por profissionais e gestores de saúde no tocante à demora da desospitalização dos pacientes não deve se restringir apenas à condição clínica, como mencionado anteriormente, pois, partindo-se desse conceito ampliado de saúde, existem os determinantes e condicionantes da saúde que irão interferir numa alta segura desse paciente, bem como da insuficiente capacidade de cuidado e proteção da família por parte do Estado que não garante integralmente isso a partir das políticas sociais, em especial através das políticas públicas.

No tocante às questões familiares, percebe-se que as famílias encontram uma série de dificuldades internas, mas especialmente de ordem estrutural, para receber esse familiar que, em não raras vezes, precisam retornar ao domicílio com várias limitações/necessidades que não se tinha anteriormente, tais como: acompanhamento contínuo de uma equipe da Saúde, materiais/insumos, habitação que atenda suas necessidades atuais, dentre outras. No entanto, no processo de desospitalização, esbarra-se nas dificuldades de acesso dessas famílias às demais políticas públicas e ineficiência de uma rede socioassistencial, oriundas de um movimento de precarização e desmonte dos direitos e das políticas sociais.

A discussão da centralidade da família no âmbito da política social, como instância do cuidado e da proteção, é trazida por Miotto:

A centralidade da família, no âmbito da política social, e a superação da focalização, repousam no pressuposto de que para a família proteger é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para a proteção. Nesse sentido, a categoria de referência para a formulação da política de Assistência Social seriam as necessidades das famílias. Dentro delas se incluem àquelas referentes ao exercício do cuidado cotidiano de seus membros, especialmente as crianças, adolescentes, idosos e doentes. (MIOTTO, 2003, p. 05)

De tal modo que para essa família receber esse paciente precisa-se garantir condições para atender essas novas necessidades. Assim, o processo de desospitalização, muitas vezes, já se inicia antes da alta clínica, ou melhor, desde o primeiro dia da admissão desse paciente, tendo em vista as dificuldades no acesso às demais políticas sociais. Os entraves no acesso desses direitos levam muitas famílias a recorrerem à instância da justiça. Atualmente, no cotidiano do atendimento a esses usuários, o Serviço Social do Hospital costuma orientá-los já no início do processo de hospitalização, quando identificadas as necessidades de cada paciente e família, o fluxo administrativo e judicial, pois administrativamente as solicitações dos insumos da saúde são negadas.

Nos casos que são acionados a justiça, a internação hospitalar prolonga-se por tempo indeterminado devido a morosidade dos processos judiciais; essa situação piora

quando são pacientes que residem no interior do Estado. Em alguns casos, a família é “obrigada” a mudar de endereço para ter uma melhor assistência ao seu paciente, bem como ter um melhor suporte domiciliar.

Outro dado expressivo é o que concerne ao transporte do município de origem. No momento da alta, o paciente e seu familiar praticamente ficam à mercê que o município envie o transporte para fazer seu retorno seguro ao domicílio. Alguns pacientes devem retornar com suporte de equipamento e acompanhados por profissionais da Saúde, devido a sua condição de saúde. No entanto, a realidade da maioria dos municípios do interior é a existência de uma estrutura precária de saúde, expressa também na insuficiência e precarização dos transportes utilizados para transportar os pacientes.

Quando se precisa de uma ambulância com um suporte maior, a situação é ainda mais crítica, pois grandes partes dos municípios não contam com ambulâncias com suporte de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e nem com serviço de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), por exemplo.

Os demais motivos de atraso das altas são mais inexpressivos, pois não envolvem maiores dificuldades, já que quando são pacientes que serão desospitalizados com o acompanhamento do SAD, eles retornam na ambulância do próprio hospital e/ou quando os familiares/pacientes irão por meios próprios, nestes casos, são aqueles em que os pacientes não saem com limitações e necessidades específicas que requerem um seguimento do cuidado em saúde.

## **CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES**

O estudo sobre a temática apresentada sinalizou que existem diversos fatores que impactam na saída do paciente de alta hospitalar em tempo hábil, no entanto, os mais recorrentes são oriundos das questões que envolvem a adaptação familiar para receber paciente com necessidades específicas, bem como dificuldades de transporte do município de origem.

A discussão sobre a alta tardia dos pacientes deve ter um olhar amplo, pois envolvem fatores associados à crescente precarização, desmonte dos direitos sociais e das políticas sociais num contexto neoliberal. Neste estudo preliminar buscou-se uma maior familiaridade com a temática, não sendo possível destrinchar todas essas questões macro que perpassam essa problemática, apenas sinalizou-se que esses processos estão entrelaçados e que podem ser bem mais aprofundados em estudos e pesquisas posteriores. Assim, elencamos alguns estudos que podem ser melhor explorados futuramente.

Uma das principais medidas atuais que segue com esse desmonte dos direitos sociais e das políticas sociais foi e está sendo a Emenda Constitucional 95, decorrente da PEC 241 ou PEC 55. Essa proposta estabelece um novo regime fiscal, estabelecendo um

congelamento com gastos públicos durante 20 anos. O efeito poderá ser desastroso, pois essa política de redução dos gastos públicos não vai acompanhar as crescentes necessidades da população no que tange suas questões básicas, como saúde, educação, assistência social, dentre outras.

A política da Saúde hoje já enfrenta um processo cada vez mais crescente que é a judicialização da Saúde em processos judiciais no qual o Estado é obrigado a garantir direitos que são cotidianamente negados ou negligenciados. Quando o familiar procura o ente federativo para acessar seu direito, muitas vezes recebe a resposta administrativamente com a justificativa da insuficiência de dotação orçamentaria. A partir de medidas, como a do congelamento dos gastos públicos, a tendência será piorar o acesso a esses direitos e intensificação dos processos judiciais que no caso da Saúde é bastante delicado, pois o tempo é crucial para o início de um tratamento que pode custar vidas. Enfim, essas são reflexões que precisam ser discutidas e debatidas no contexto do direito à Saúde.

## REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. in: GONDIM, Roberta (org.). *Qualificação de gestores do SUS.2.ed. rev.ampl.* Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. 480p.

GRABOIS, Victor. Gestão do cuidado. in: GONDIM, Roberta (org.). *Qualificação de gestores do SUS.2.ed. rev.ampl.* Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. 480p.

SOUZA, NATALE OLIVEIRA DE; COLETTI YARA CARDOSO. Lei Orgânica da saúde 8.080/90 e suas alterações. in: *Legislação do SUS esquematizada e comentada*. Salvador: Sanar, 2016.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. 2ª ed. REIMP. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

## Sites pesquisados

BRASIL. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 29 de junho de 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA DENISE TOLFO (orgs.). *Métodos de pesquisa*; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Acesso em 18/05/2018. Disponível em: [www.ufrgs.br/cursopqdr/downloadsSerie/derad005.pdf](http://www.ufrgs.br/cursopqdr/downloadsSerie/derad005.pdf)

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. Palestra preferida no Ministério da Assistência Social/Brasília em novembro de 2003. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3756/1820>. Acesso em: 10 de maio de 2018.