



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: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Direitos Humanos

DESOSPITALIZAÇÃO: REFLETINDO SOBRE O TRABALHO EM REDE E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Isabelle Guedes dos Santos Bianco¹
Nilza Rogéria de Andrade Nunes²

Resumo: Este trabalho objetiva refletir sobre a importância do trabalho em rede e a continuidade do cuidado no processo de desospitalização. A metodologia baseou-se em uma revisão bibliográfica sobre a temática. As conclusões apontam para as dificuldades em trabalhar a desospitalização diante de um cenário de desfinanciamento do Estado nas políticas sociais e a responsabilização às famílias pelo cuidado.

Palavras-chave: desospitalização; direito à saúde, integralidade, trabalho em rede; intersetorialidade.

Abstract: This paper aims to reflect on the importance of networking and the continuity of care in the process of dehospitalization. The methodology was based on a bibliographical review on the subject. The conclusions point to difficulties in working towards dehospitalization in the face of a scenario of the State's lack financing in social policies and the accountability of families of care.

Keywords: de-hospitalization; right to health; integrality; networking; intersectoriality.

I. INTRODUÇÃO

A desospitalização geralmente envolve usuários em internação prolongada que são impossibilitados do retorno ao domicílio, em razão de alguma condição de dependência que se evidenciam quando associada aos aspectos sociais e econômicos. Dessa maneira, é um processo que demanda um trabalho em equipe multiprofissional e está atrelada aos determinantes sociais da saúde. A desospitalização, no âmbito do SUS, aparece associada à Política Nacional de Humanização (2003), relacionada a humanização da assistência através da oferta de serviços domiciliares. No entanto, a mesma tem sido associada a redução dos custos hospitalares em relação a rotatividade dos leitos, ocasionando, assim, uma alta precoce e transferindo a responsabilidade para as famílias. Assim sendo, este estudo parte do pressuposto que é indispensável à existência do trabalho em rede e das ações intersetoriais como forma de assegurar uma alta hospitalar responsável, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013), em que deve haver, na alta hospitalar, a garantia de continuidade do cuidado e o trabalho em rede.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, E-mail: bellegds@gmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, E-mail: bellegds@gmail.com.

II. OBJETIVO

Refletir sobre a importância do trabalho em rede e da continuidade do cuidado no processo de desospitalização, visando a garantia do direito à saúde.

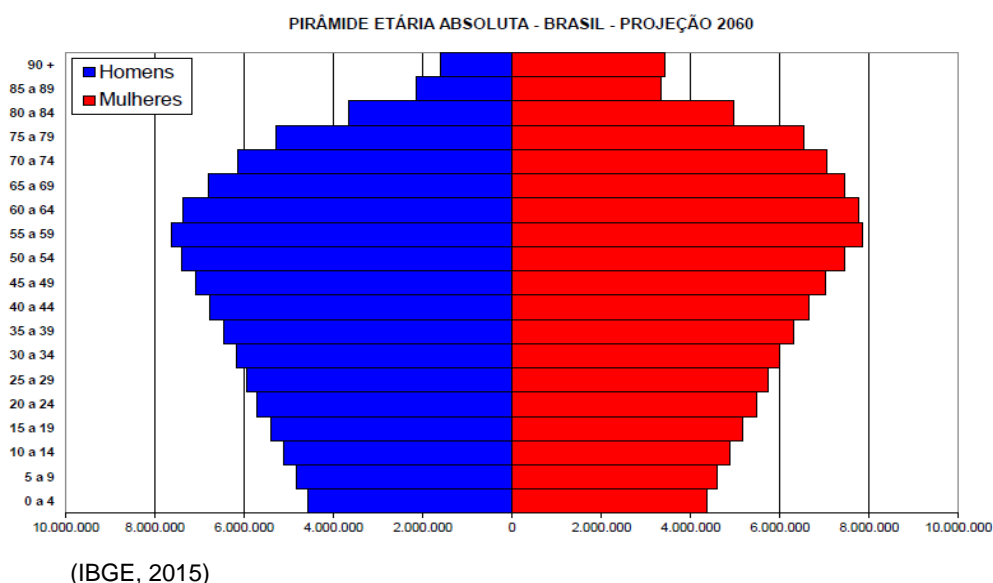
III. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa em andamento vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, com abordagem qualitativa. No entanto, como ainda não temos dados da pesquisa de campo, apresentamos aqui nossas reflexões iniciais acerca da temática baseada em uma revisão bibliográfica sobre o tema.

IV. RESULTADOS

Na discussão sobre a desospitalização, destacamos duas questões centrais: as transições demográficas e epidemiológicas em curso no Brasil e a centralidade da família como a principal provedora do cuidado no domicílio.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem produzindo pesquisas que sinalizam que o Brasil vive um período de acelerado envelhecimento demográfico (IBGE, 2015, p.141).



Ao passo que, Mendes (2015, p. 37) analisa que o Brasil apresenta uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas em detrimento ao aumento relativo das condições crônicas, relacionando-se estas com os determinantes sociais da saúde e as condições de vida.

Tais mudanças colocam o SUS, entre outros atores, na centralidade da dimensão do cuidado integral. Para isso, o emprego do princípio da integralidade é fundamental, já que com o aumento das doenças crônicas a dimensão da cura perde o sentido, ao passo que o acesso à saúde em sua integralidade e a necessidade de continuidade no cuidado é fundamental.

No entanto, para que os sistemas de saúde supram essas necessidades é preciso que receba financiamento. Se essa questão já é considerada um problema de escolha política desde a implementação do SUS, o mais recente desmonte como a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, que intenciona o congelamento de gastos por 20 anos, atingindo, dentre outras políticas sociais, a política de saúde, impacta cada vez mais diretamente na efetivação do direito à saúde. Vieira e Benevides (2016, p. 08) apontam que o congelamento não leva em conta as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país. Os autores destacam ainda 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 e BENEVIDES, 2016 p. 15)

Diante desse cenário de precarização acentuada da política de saúde, em que a desospitalização pode aparecer reduzida a um sinônimo de redução dos custos hospitalares, é necessário que a equipe de saúde se atente para que o trabalho nesse processo tenha como objetivo a efetivação do direito à saúde e não a mera responsabilização das famílias pelo cuidado.

Consideramos a desospitalização quando direcionada à redução de custos hospitalares associa-se ao *projeto privatista*, o qual tem um viés voltado majoritariamente para o racionamento dos custos e a possibilidade de lucro que um usuário que tenha um tempo de internação reduzido pode gerar. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) nos lembra 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).

No que se refere ao papel da família e sua relação com o cuidado, Teixeira (2015) aponta para uma tendência atual na esfera das políticas sociais que ressalta a centralidade da família como objeto, sujeito e instrumento das políticas públicas, uma vez que o Estado na conjuntura neoliberal retrai suas funções e reduz os gastos sociais, o que vêm contribuindo para o processo de desresponsabilização em relação às políticas sociais universais e o conseqüente retrocesso na consolidação e expansão dos direitos sociais. (RAICHELIS, 2009, p. 5).

Verifica-se que em casos de algum membro da família com condição de dependência e que necessite cuidados continuados, a responsabilidade tende a ser transferida para as famílias, que são frequentemente culpabilizadas quando não conseguem dar conta da proteção de seus membros. (NOGUEIRA e MONTEIRO, 2014, p. 145/146). A provisão do cuidado no domicílio configura-se com um trabalho cuja execução é invisível, desprestigiada, não remunerada, e onde a responsabilidade recai sobre as mulheres (MARCONDES, 2013, p. 43/44).

Entendemos a construção do trabalho em rede visando a efetivação do direito à saúde em seu caráter integral pode possibilitar que o cuidado exercido pelos familiares seja, de alguma maneira, compartilhado com o Estado, seja pela promoção de políticas públicas que amaprem o cuidador familiar, fortalecendo a rede de serviços no território e/ou subsidiando de alguma forma essas famílias.

Nesse sentido, 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. Como reforça Duarte (2014):

A temática da produção do cuidado não era exclusividade do setor saúde, embora esta fosse convocada sistematicamente, mas essa não daria conta em sua particularidade, na medida em que outras ações de suporte e recursos deveriam ser acionadas na perspectiva de qualidade de vida desse usuários e suas condições de vida, trabalho, lazer, renda etc. (DUARTE, 2014, p. 192)

Na discussão sobre rede, tomaremos como ponto chave a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), instituída em 2013, pela portaria 3390/13. A PNAHOSP institui um ponto de extrema importância: a necessidade da *alta hospitalar responsável*, que é entendida como transferência do cuidado, deve ser realizada por meio de:

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

Portanto, observa-se que a alta responsável se dá pela transferência do cuidado, todavia não diretamente para a família (ainda que seja um ator nesse processo). A transfêrencia do cuidado deve se dar pela existência da articulação com a rede dentro da própria rede de atenção à saúde – bem como em caráter intersetorial.

Assim, a PNAHOSP apresenta três pontos cruciais que deverão ser tomados como norte para os profissionais de saúde que trabalham com a desospitalização. O primeiro aspecto indica que os pacientes e familiares devem receber todas as orientações possíveis para que seja proporcionado a capacidade de autocuidado, inclusive sendo exercido pelo próprio usuário, com o intuito de preservar a sua autonomia. O terceiro aspecto reforça o que já estava exposto na PNH em 2003, enfatizando as alternativas às práticas hospitalares, que deve ser substituída pela implantação de mecanismos de desospitalização.

Propositalmente, deixo a análise do segundo aspecto por último, por se tratar de uma questão que consideramos o cerne do processo de desospitalização: a continuidade do cuidado e a articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde (RAS).

Entedemos que se constitui como um desafio trabalhar a intersetorialidade na sociedade capitalista, pois conforme Netto (2005, p. 28) no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em políticas sociais em que são recortadas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.). No entanto, pensamos na questão do trabalho intersetorial a partir da reflexão de Costa (2010, p. 119) quando compreende a intersetorialidade na perspectiva de democratização do Estado, no qual vincula-se ao objetivo de aumentar a sinergia para alcançar melhores níveis de desenvolvimento social e efetivar direitos sociais e de cidadania.

V. CONCLUSÕES

Por fim, por ser um estudo em fase de desenvolvimento, as conclusões ainda são preliminares. No entanto, apontam as dificuldades em trabalhar a desospitalização diante de um cenário de desfinanciamento do Estado nas políticas públicas em razão dos

direcionamentos neoliberais que acentuam a precarização da rede de serviços existente e assim impede que o usuário tenha acesso aos seus direitos, redirecionando a responsabilidade as famílias pelo cuidado dos usuários que estejam nessa condição.

REFERENCIAS

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

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

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

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.

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

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

MARCONDES, M. M. **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, Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. MS, OPAS, 2015.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

NOGUEIRA, ACN; MONTEIRO, MVM. **A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização?** In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. SILVA, LB e RAMOS, A. (orgs). Papel Social: 2013.

RAICHELIS, R. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS, ABEPSS - 2009.

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 et. al. (orgs). São Paulo: Cortez, 2015.

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.