

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCIMAR FELIPA DA SILVA COSTA

TESE DE DOUTORADO

SÃO PAULO

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCIMAR FELIPA DA SILVA COSTA

**DESOSPITALIZAR É PRECISO: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
JUNTO A PACIENTES CRÔNICOS DEPENDENTES DE
CUIDADOS**

SÃO PAULO

2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ademir Alves da Silva (Orientador – PUC-SP)

Prof.^a Dra. Flamínia Manzano Moreira Lodovici (PUC-SP)

Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszagn (PUC-SP)

Profa. Dra. Monique Borba Cerqueira
(Núcleo de Práticas e Políticas de Saúde do Instituto de Saúde, SP)

Prof.^a Dra. Naira de Fátima Dutra Lemos (UNIFESP-SP)

Dedico este estudo à minha família, que me
apoiou em todos os momentos.

In memoriam

Dedico este estudo a meu saudoso pai, que tanto teve orgulho
por meus estudos

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar vida, saúde, esperança, paz, renovação espiritual, para poder continuar a caminhada.

A meu marido Luiz Carlos, sempre a meu lado me apoiando. A meus filhos, Felipe, Gabriel e Juliana, razão do meu viver.

A minha amada mãe Felipa, que esteve sempre comigo; sogros e familiares, que me ajudaram durante todo esse processo. A meus cunhados, minhas irmãs, sobrinhos e sobrinhas.

Em especial o meu orientador, Prof. Dr. Ademir Alves da Silva, por todo o cuidado para o avanço do meu projeto de pesquisa na área do Serviço Social, e iluminando os caminhos para seu desenvolvimento.

Às professoras integrantes da Banca do Exame de Qualificação, Profa. Dra. Naira de Fatima Dutra Lemos e Profa. Dra. Maria Carmelita Yasbek, por terem aceitado estarem presentes naquele momento tão importante de verificação de meu trabalho de pesquisa, pelas sugestões para melhoria de sua escrita.

Em especial à Profa. Dra. Naira de Fatima Dutra Lemos, que faz parte da minha trajetória desde a minha graduação em Serviço Social.

Em especial à Profa. Dra. Flaminia Manzano Moreira Lodovici, que me inspira a caminhar desde a trajetória do mestrado.

Em especial à Profa. Dra. Monique Borba Cerqueira, à Profa. Dra. Naira de Fatima Dutra Lemos, à Profa. Dra. Flaminia Manzano Moreira Lodovici, à Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszagn (PUC-SP), por participarem de minha Banca de Defesa de Doutorado.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP, por todo o conhecimento que compartilharam em cada aula.

Aos funcionários, em especial à Andreia Canhetti, da Secretaria do PPG em Serviço Social, pela paciência e pelo trabalho dedicado a todos nós.

A todos os colegas de sala, nas várias disciplinas do curso, pela amizade e pelos bons momentos em dias de aula e fora deles, pelos encontros on-line nestes tempos pandêmicos.

Aos amigos, dentre outros, Denise Perroud, Regina Steiger, Bianca Perez, Silmara Alberguini, Juliana, Sonia Marli, Fernanda, Carmen, Angela Melo, Milena.

Em especial à Maria Rita, Conceição Avelar, pela cobertura espiritual.

À Comunidade Família Cristã, Pastores José Albino e Vera Lúcia, pelo apoio espiritual.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos em apoio a estes estudos de doutorado.

À Divisão de Serviço Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP.

Ao Centro de Saúde Escola Barra Funda - CSEBF, Dr. Alexandre Vranjac, nas pessoas do Dr. Nivaldo, Luzia Martinelli, Dra. Karina, Dra. Eni, pelo apoio.

Ao Núcleo Científico de Cuidados Paliativos, Dr. Ricardo Tavares, Dra. Juraci, pelo apoio e incentivo.

Ao Hospital Estadual São Mateus, Dra. Maridite, Dra. Karin, Dra. Juraci, aos colegas do Serviço Social e amigos.

Ao Hospital Santa Marcelina Cidade Tiradentes, à Diretora Dra. Fernanda, por todo o apoio e confiança, à Diretora Administrativa Renata, pelo apoio e incentivo, à Dra. Ana, Welbe, Eliane e Suellen, Dra. Denise, pelo apoio e incentivo; aos colegas do Serviço Social, Isabel, Jussara, Edite, Silvia, Marli, Susana e Renata, Equipe do Melhor em Casa, e toda a equipe do Hospital Santa Marcelina Cidade Tiradentes.

Agradeço às colegas assistentes sociais, que foram sujeitos de pesquisa deste meu trabalho de doutorado.

Agradeço aos amigos de Pós-Graduação, Viviane, Lara, Gislaine, Tiago, Denise e Priscila, Maria Cristina e Graci.

Sentimentos às famílias que perderam seus entes queridos, vítimas da Covid-19.

Agradeço a Deus, por chegar até aqui e concluir este projeto de vida. "Deus é fiel em todo o tempo".

RESUMO

COSTA, Francimar Felipa da Silva. **Desospitalizar é preciso: atuação do Serviço Social junto a pacientes crônicos, dependentes de cuidados.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/PUC-SP, São Paulo, 2022.

O objetivo desta investigação é trazer reflexões, implicações e respectivas conclusões, acerca das práticas de intervenção de profissionais, especificamente do Assistente Social, no seu papel de coordenar, em uma instituição, ou contribuir para uma gestão qualificada do processo de desospitalização, no presente caso, de pacientes idosos crônico-dependentes, no contexto de pandemia trazida pela Covid-19. A questão norteadora foi: “Que aspectos vêm sendo explorados pela literatura como relevantes e que necessitam ser repensados, sob uma perspectiva interdisciplinar e com foco pelo Serviço Social, a fim de que a desospitalização de doentes idosos crônicos já estabilizados, mas ainda dependentes de cuidados, realize-se de modo mais rápido, mais eficiente e bem-orientado, que possa melhorar a qualidade, na comunidade, dos cuidados a esses doentes, evitando-se reinternações, inclusive daqueles afetados pela pandemia?”. Buscou-se, de início, identificar as evidências científicas sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas, em transição dos espaços hospitalares para os domiciliares. A seguir, por meio de entrevistas semi-estruturadas, seguindo a metodologia da pesquisa qualitativa, procurou-se coligar dados sobre o processo de desospitalização conforme os dizeres dos profissionais do Serviço Social, subsidiando as reflexões à luz do referencial teórico-conceitual e do diálogo com a literatura revisada. Dados que foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, o que permitiu que se depreendessem as categorias expostas. Os achados desta pesquisa evidenciam, dentre outros aspectos: - desospitalizar, de fato, é preciso; - o papel central do Assistente Social em uma equipe multidisciplinar voltada à desospitalização; - a desospitalização deve se iniciar desde a hospitalização de um idoso em condição aguda; - o suporte da família e de uma imprescindível rede de apoio social para os cuidados com o idoso crônico, dependente de cuidados; - a necessidade de implementação de Políticas Públicas para o Cuidado.

Palavras-chave: Desospitalização; Alta Hospitalar; Paciente crônico-dependente; Cuidados domiciliares; Rede de apoio social.

ABSTRACT

COSTA, Francimar Felipa da Silva. **The Dehospitalization is necessary: Social Work action with chronic, care dependents patients.** Thesis (Doctoral). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/PUC-SP, São Paulo, 2022.

The objective of this investigation is to bring reflections, implications and respective conclusions, about the intervention practices of professionals, specifically the Social Worker, in their role of coordinating, in an institution, or contributing to a qualified management of the dehospitalization process, in the present case of chronically dependent elderly patients, in the context of a pandemic brought about by Covid-19.

The guiding question was: "What aspects have been explored by the literature as relevant and that need to be rethought, from an interdisciplinary perspective and with a focus on Social Work, so that the de-hospitalization of already stabilized chronically dependent elderly patients takes place in a more efficient way, faster, more efficient and well-oriented, which can improve the quality, in the community, of the care of these patients, avoiding readmissions, including those affected by the pandemic?". Initially, we sought to identify the scientific evidence on the process of dehospitalization of elderly people, in transition from hospital to home spaces. Then, through semi-structured interviews, following the qualitative methodology, we tried to collect data on the process of de-hospitalization according to the words of the Social Work professionals, subsidizing the reflections in the light of the theoretical-conceptual reference and the dialogue with the revised literature. Data that were analyzed using the content analysis technique, which allowed the exposed categories to be inferred. The "findings" of this research show: - de-hospitalization, in fact, is necessary; - the central role of the Social Worker in a multidisciplinary team focused on dehospitalization; - dehospitalization starts from the hospitalization of an elderly person in an acute condition; - the family and the essential social support network for the care of the chronically dependent elderly person; - the need to implement public policies for care.

Keywords: Dehospitalization; Hospital Discharge Transition; Chronic-dependent patient; Home care; Family and social support network.

SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AD	Atenção Domiciliar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBO	5162-2010 - Código Brasileiro da Ocupação de Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos.
CFSS	Conselho Federal do Serviço Social
CIHA	Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DANT	Doenças e Agravos Crônicos não transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Programa Nacional de Humanização Hospitalar
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
<i>SNDPI</i>	<i>Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

Navegar é preciso¹

*Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:
"Navegar é preciso; viver não é preciso".*

*Quero para mim o espírito desta frase,
Transformada a forma para a casar como eu sou:*

*Viver não é necessário; o que é necessário é criar,
Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso.*

*Só quero torná-la grande, ainda que para isso tenha de ser o meu corpo e a minha
alma a lenha desse fogo.*

*Só quero torná-la de toda a humanidade; ainda que para isso tenha de a perder como
minha. Cada vez mais assim penso.*

*Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue o o propósito impessoal de
engrandecer a pátria e contribuir para a evolução da humanidade.*

É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça.

(Fernando Pessoa, 1888-1935).

¹O título deste poema remonta ao séc. I a.C., quando o general romano Pompeu encorajava marinheiros receosos frente aos mares desconhecidos, com essa frase que se tornou um bordão recorrente no decorrer dos séculos: "Navigare necesse, vivere non est necesse". No séc. XIV, o poeta italiano Petrarca empregava a expressão "Navegar é preciso, viver não é preciso", que vai ser recuperada por Fernando Pessoa na transição dos sécs. XIX-XX, com os versos "*Navegar é preciso; viver não é preciso / Quero para mim o espírito desta frase*", reservando seu sentido de vida à criação literária. Cantando a coragem dos navegantes, Caetano Veloso, em um fado brasileiro, também se valeu desses versos, em *Os Argonautas*: "Navegar é preciso, viver não é preciso", no sentido de quando navegar é ousar, planejar, arriscar, empreender, realizar, enfim, navegar é viver...O título desta tese, em sua primeira parte "Desospitalizar é preciso...", evoca tais versos, que dizem de uma filosofia de vida, que ora se conseguiu recuperar em uma de suas referências: ALENCAR, Jakson (Org.). *Fernando Pessoa para crianças-poemas selecionados da Obra de Fernando Pessoa*, com ilustrações de Mirella Spinelli. São Paulo: Paulus, 2009, pp. 26-27.

SUMÁRIO

Introdução	15
I – Hospital, hospitalização e desospitalização em tempos de pandemia	36
II – Vida longa: conquistas e desafios	42
2.1. O bônus e o ônus da longevidade	42
2.2. O modelo hospitalocêntrico do cuidado e as alternativas extra-hospitalares	47
III – O “estado da arte” sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas	57
3.1. Realidade socioeconômica das famílias	90
3.2. Percepções de profissionais e de idosos e familiares	92
3.3. Demandas de recursos externos	94
3.4. Suporte às famílias e a cuidadoras/es	96
3.5. Plano de cuidado	97
3.6. Políticas Públicas	102
3.7. Subsídios para a formação profissional e reconhecimento da atuação hospitalar de um Assistente Social	110
IV – A transição hospital-residência	114
4.1. Significado do processo de desospitalização em geral para o idoso crônico-dependente e para as famílias	114
4.2. Cuidados na fase pós-hospitalização de pacientes crônico-dependentes	122
4.3. A desospitalização sob o olhar dos profissionais do Serviço Social	131
4.4. Políticas necessárias para efetivar a integralidade do Cuidado pós-Alta	141
V – A desospitalização: potencialidades e limitações na atuação do Serviço Social junto a pacientes crônicos dependentes de cuidados	143
5.1. Sobre a capacitação de cuidadores familiares a idosos pós-hospitalizados	145

5.2. Insuficiência de leitos de retaguarda destinados a pacientes idosos crônicos, dependentes de cuidados	149
5.3. Dificuldades encontradas no processo de desospitalização	152
5.4. Articulação em rede e outros serviços	155
5.5. Características das famílias atendidas pelo Serviço Social com demandas de pacientes crônicos, dependentes de cuidados, e seus impactos na desospitalização	157
5.6. Judicialização e morosidade do Poder Público para resolução dos casos	158
5.7. Algumas reflexões sobre a judicialização da saúde e a questão social	161
Considerações finais	167
Referências bibliográficas	170
Anexos	192

QUADROS

Quadro 1 - Dados coletados na revisão da literatura	71
Quadro 2 - Profissionais entrevistados: Assistentes Sociais que atuam na Desospitalização	175

INTRODUÇÃO

Desospitalizar é preciso... < "Navegar é preciso..."

O aforismo em epígrafe "*Navegar é preciso*", retomado por Fernando Pessoa, enuncia um propósito de vida que parece continuar inspirando muitas pessoas no decorrer dos séculos para um contínuo envolvimento com questões complexas mas altamente significativas para a vida de muitas outras. Foi nosso propósito neste estudo. A problemática social da desospitalização de pessoas idosas², na sua relação com as famílias, constitui um tema que, diante da situação social existente em nosso país, demanda ser continuado em sua investigação no sentido de ganhar maior profundidade, especialmente ao olhar do Serviço Social, este considerado como uma área de conhecimento e campo de práticas - especialmente preocupadas com a situação das pessoas em necessidades progressivamente ocorrentes e sobretudo prementes, nesta segunda década do século XXI.

Pretendeu-se, neste estudo, avançar nessa linha de investigação sobre a necessidade da desospitalização, à medida do possível em nível de doutorado, o que foi motivado e exigido pela atuação desta profissional - assistente social lidando com idosos em reabilitação, crônicos de longa permanência, e que se sentiu convocada para que se engajasse no desenvolvimento de uma pesquisa sobre esse tema, ainda mais motivada pelos versos do filósofo-poeta português aqui referido, o consagrado Fernando Pessoa.

Desospitalização entendida nesta pesquisa como um processo que deve ser devidamente conduzido, orientado e monitorado antes e depois da Alta Hospitalar, por uma equipe de profissionais, coordenada, como aqui proposto, por um Assistente Social, para a criação de dispositivos em família ou advindos de uma rede de apoio social, que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais complementares. A Desospitalização é vista como uma transição entre hospital e residência, um modo mais humanizado de prosseguir o tratamento de pacientes com doenças crônicas, caso exemplar de pessoas de idade avançada, na relação especial de cuidado pós-hospitalização próximo a familiares e a uma rede de apoio social. Esse modo mais humanizado leva a pensar sobre como vem

² A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, classificou cronologicamente como idosa a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, caso do Brasil.

sendo entendido, atualmente, o conceito de “humanização”: um “conjunto de estratégias para a qualificação da atenção, gestão e produção da saúde com o objetivo de aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem o Sistema Único de Saúde. Continuando: a humanização valoriza a qualidade técnica e ética do cuidado, por meio do reconhecimento dos direitos, da subjetividade e das referências culturais de um usuário, garantindo o respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual, entre outros. Os valores que norteiam essas estratégias são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde” (GLOSSÁRIO TEMÁTICO PROMOÇÃO DA SAÚDE, p. 23, 2013).

A partir de março de 2020, contudo, a presente pesquisa de doutorado viu-se diante de uma necessidade: a de que se incorporassem, nesta pesquisa, desdobramentos reflexivos motivados por uma problemática nova, decorrente dos recentes acontecimentos no Brasil e no mundo: a pandemia da Covid-19 (Covid, a doença do novo coronavírus, sendo 2019, o ano de sua identificação),³ mas cujas primeiras mortes foram registradas em março de 2020, em diferentes momentos, em cada país (HECKSHER, 2021).⁴

Covid-19, a abreviatura para a “Doença do Coronavírus” (World Health Organization, 2020), esta ocasionada pelo SARS-CoV-2, não identificado anteriormente em humanos (ZHANG, *et al.*, 2020), mas agora incidentes, nas suas variantes, novas cepas, e com maior prevalência em pessoas idosas, os sujeitos desta pesquisa. Idosos que passaram a ser qualificados como “vulneráveis”, ou seja, por estarem, muitas vezes, com seu sistema imunológico fragilizado, seriam aqueles que poderiam sofrer, mais direta e intensamente, os efeitos da Covid-19, cuja marca mais grave e evidente é sua capacidade de acarretar

³ Em 30 de janeiro de 2020, foi quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus – a Covid-19 – constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional (ONU MULHERES / IPEA, 2020).

⁴ Em 11 de março de 2020, considerando-se a rápida disseminação geográfica do coronavírus, o surto foi caracterizado pela OMS como uma pandemia, classificação que não está relacionada à gravidade da doença, mas devido à presença do vírus em escala mundial. “Pandemia” é utilizado quando uma epidemia – um grande surto - afeta uma região e se espalha por diferentes continentes, com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Segundo a OMS, em 22 de maio de 2020, haviam sido registrados quase 5 milhões de casos confirmados de infecção e 328 mil mortes em todo o mundo. Até 13 de outubro de 2020, foram confirmados 5.113.628 casos acumulados de Covid-19 e 150.998 mortes só no Brasil. Entre os casos identificados, a Covid 19 se mostra mais mortal entre pessoas negras (pretas e pardas, segundo categorias utilizadas pelo IBGE e pelo Sistema Único de Saúde). Os dados disponíveis indicam que as/os afrodescendentes compõem a maior parte da força de trabalho empobrecida do Brasil, têm menos acesso a saneamento adequado e segurança alimentar; por isso, representam a maioria das pessoas que foram a óbito em decorrência da infecção pela Covid-19 (ONU MULHERES / IPEA, 2020).

mortes, embora se atestassem efeitos mais leves, até mesmo infecções assintomáticas, despercebidas pelas próprias pessoas infectadas.

Haveria, porém ressalvas a fazer, no caso desses efeitos da Covid-19: embora fosse um triste fenômeno de alcance mundial, seus impactos não se iniciaram a um só tempo em todas as partes do mundo, nem encontraram condições iguais em cada uma delas (HECKSHER, 2021), nem igualmente afetaram todas as pessoas do mesmo modo.

Ainda segundo esse autor, "a propagação da doença da Covid-19 é afetada pela maneira como as pessoas transitam e interagem em redes, que conectam umas às outras de formas muito distintas em escalas locais e globais" (HECKSHER, 2021: 3). E esse autor continua: "As consequências dependem, por sua vez, de características das populações e dos múltiplos recursos de que dispõem para reagir ao vírus, em muitas dimensões – memória imunológica, condições econômicas e sanitárias, sistemas de saúde com profissionais e infraestrutura em quantidades e qualidades variadas, canais de coordenação das ações, dentre outras" (HECKSHER, 2021: 3).

Mas não deixamos, porém, de nos perguntar: os idosos seriam, todos, "vulneráveis" em um mesmo grau ou intensidade? Ou poderia ser essa genérica atribuição talvez mais uma forma de segregar as pessoas idosas? Não bastassem os preconceitos etários sedimentados na sociedade e com efeitos negativos na vida daqueles com mais de 60 anos (haja vista os famigerados *memes* de idosos nesta pandemia), para não dizer da interdição em ambiente empregatício de pessoas no limiar da meia-idade, ou seja com pouco mais de 40 anos. E como as pessoas idosas se posicionariam diante de tal categorização a seu respeito?, reflexões estas que devem ser retomadas... Até porque uma situação pandêmica, sabe-se que, invariavelmente, traz à tona "(...) o melhor e o pior em cada ser humano e em suas comunidades, em virtude de seu caráter extraordinário, vital e excepcional, desnudando, assim, o lado ambivalente, irônico, mordaz de nossas vidas".⁵

Se, antes da pandemia da Covid-19 e suas variantes, já havia grandes dificuldades para o encaminhamento de um idoso crônico, dependente, para os cuidados em residência, imagine-se, nestes tempos pandêmicos desde março de 2020, quando idosos que não sucumbiram aos complicadores trazidos pela Covid19, necessitaram ser, o mais breve

⁵ De nossa tradução: "(...) las epidemias sacan a relucir lo mejor y lo peor de cada ser humano y de sus comunidades, en virtud de su carácter extraordinario, vital y de excepción. Muestran, pues, el lado ambivalente e irónico de nuestras vidas" (DABOVE, 2020, p. 3).

possível, desospitalizados e receberem cuidados em residência, quando deveria ser mantido o recomendado distanciamento do convívio hospitalar e social...

Mas se foi verificando, conforme exibido pelas mídias televisivas nos últimos tempos, que muitos dos idosos afetados pela infecção covidiana continuaram, por felicidade, suportando, equilibrando, superando doenças agudas ou crônicas, atestando que suas forças não se reduzem a uma palavra - resistir -, mas evidenciam uma motivação importante: de como, e mais uma vez, foi preciso que esses idosos se dessem conta das intercorrências de várias ordens em sua vida, inclusive as acarretadas pela pandemia, sentindo e fazendo ver à família e sociedade que força e experiência, embora um tanto assimétricas em situações anteriores, para um tal enfrentamento não lhes faltaram, em consequência, para enfrentar as sequelas da insidiosa infecção da Covid-19.

Idosos outros, por sua vez, que desenvolveram, por exemplo, uma inflamação sistêmica acarretada pelo SARS-CoV-2, passaram por processos neuro-inflamatórios e tiveram aumento da suscetibilidade a síndromes neurológicas e/ou trombóticas (NUNES *et al.*, 2020). Segundo os autores, estas são situações que evidenciam a cronicidade da Covid-19, sua capacidade de infectar diferentes células do corpo humano, e que pode ser causadora de sequelas e incapacidades funcionais aos que sobreviveram a ela, e que demandam, por conseguinte, cuidados de reabilitação e domiciliares intensivos (NUNES *et al.*, 2020).

Continuando a refletir sobre o tema da desospitalização, esta doutoranda se sentiu convocada a um nível de reflexão bem mais ampliado, dada a agudização dessa problemática pelo cenário reinante de pandemia: como trazer novas luzes às famílias brasileiras sobre o que significa esse processo relativamente a um ente querido, ainda hospitalizado e suscetível de ser afetado pela Covid-19 diante da capacidade de neuroinvasão dessa doença?

Somente a partir de informações muito precisas, dada a inclusão dessa nova problemática, recebendo um suporte necessário e contínuo, somente após, em suma, receberem uma formação muito bem-orientada é que as famílias poderiam aderir ao propósito maior da desospitalização: o de redução do tempo de permanência hospitalar, e a consequente valorização dos cuidados de recuperação da saúde em residência, individual ou coletiva. Após se darem conta de ambos os benefícios em favor de um envolvimento com a transição hospital-residência, é que a família poderia dar sua concordância e apelar,

necessariamente, para uma colaboração mais próxima de outros familiares, vizinhos, amigos.

Sabe-se que grande parte das pessoas recorria, via de regra, a um hospital, especialmente aqueles de alta complexidade, considerando-se que os profissionais, médicos, enfermeiros, atuando em especialidades as mais diversas, e em local com oferecimento de maiores recursos técnicos e tecnológicos, poderiam lhes oferecer, ou a seus familiares, especialmente os idosos, um atendimento mais apropriado do que na própria residência ou em uma instituição. Crença fundada na expectativa de que, com cuidados mais específicos e intensivos, a recuperação de uma doença pudesse se dar de forma mais rápida e adequada, visando a uma possível cura.

As pessoas não se davam conta de que longos períodos de internação hospitalar poderiam oferecer sérios riscos à saúde (Lampert, *et al.*, 2016), a qualquer paciente ou visitante, em razão das infecções nosocomiais, podendo, além disso, no caso de pessoas idosas, ocasionar declínio funcional e das funções cognitivas com respectivas consequências (CUNHA *et al.*, 2009). Em acréscimo, a imobilidade e o excesso de repouso decorrentes de uma internação hospitalar, especialmente em pacientes mais críticos, ocasionam, muitas vezes, um comprometimento em diversos sistemas, como o musculoesquelético, cardiorrespiratório, metabólico e neurológico, além da diminuição da massa muscular, o que leva à redução de força, ao trofismo, à atrofia muscular, além do surgimento de lesões por pressão, aumento da osteopenia e osteoporose (CALLES *et al.*, 2017; SIBINELLI *et al.*, 2012).

De fato, estudos internacionais apontam que dez dias de hospitalização podem gerar prejuízo de 12% na função aeróbica de um idoso; seu declínio funcional pode variar de 40 a 75% nos hospitais gerais (SBGG, 2017; LANG *et al.*, 2007), ainda que se aplique um procedimento adequado diante de uma patologia aguda (ARAUJO *et al.*, 2021, p. 143). Idosos hospitalizados tendem a apresentar maior declínio funcional devido não apenas à idade avançada e à própria doença, mas também a determinados procedimentos médico-cirúrgicos e, justo por estarem acamados, acabam ficando mais suscetíveis a infecções hospitalares, ao efeito de medicamentos, à desnutrição, a quedas, dentre outros fatores (CHODOS *et al.*, 2015; CORNETTE *et al.*, 2006). Considere-se ainda que a cura de uma doença muitas vezes é ilusória, embora se possa retardá-la com tratamentos adequados: caso de doenças como as crônico-degenerativas, as demenciais (Parkinson, Alzheimer,

dentre outras) que, longe de serem passíveis de cura, são, geralmente, progressivas, com o decorrer da idade. Não sem razão, atualmente, o foco vem deixando de ser colocado no processo de cura, mas na perspectiva de situar para o idoso um lugar na família, na sociedade, que não seja o da exclusão ou da tutela.

Não se pode deixar de considerar que, em alguns casos, embora um hospital constitua o lugar mais adequado para um atendimento emergencial, com disponibilidade de tecnologias *in loco* para exames e suficientes recursos humanos, na atualidade, tributariamente ao avanço da área médica, e para a salvaguarda de possível infecção pelo Coronavírus, várias patologias passaram a ser tratadas em casa, representando, esta mudança de tratamento quanto aos cuidados, uma tendência mundial, “em um cenário cujos recursos e leitos hospitalares são cada dia mais limitados” (CORDÁS, 1987: 04). Continua a afirmar, o autor, que em países mais desenvolvidos, como Inglaterra e Estados Unidos, a utilização da infraestrutura de um grande hospital acontece apenas nos períodos mais críticos de uma doença, ou seja, o leito hospitalar é reservado senão às fases agudas de uma doença, não às crônicas.

Ainda segundo o autor, é exemplar, no sentido de se entender melhor o tema, o caso de uma pessoa acometida por um acidente vascular cerebral (AVC). Na fase aguda desse problema de saúde, a exigência seria que ela permanecesse no CTI, em média até pelo menos cinco dias após o evento. Período esse em que ocorre a estabilização do quadro, quando então o paciente pode ser transferido para uma unidade de menor complexidade e, finalmente, para um quarto do hospital; entretanto, isso não ocorre e continuará ela hospitalizada. Nos sistemas, cuja desospitalização tornou-se procedimento comum, este mesmo paciente, saindo do quadro agudo, iria se recuperar em unidades extra-hospitalares, com todo o suporte necessário, o que lhe traz múltiplas vantagens: fazer com que se recupere em menos tempo, evitando novas infecções; que possa contar com o auxílio de outras possibilidades terapêuticas, e deixar os leitos hospitalares para pacientes que mais necessitem deles naquele momento.

Continuando com o mesmo exemplo, tal paciente com seqüela de AVC, que necessita de um suporte médico, de enfermagem e de reabilitação fisioterápica, nos EUA e Europa, normalmente é encaminhado para instituições de reabilitação (chamadas de *Nursing Homes* ou *Assisted Living*). Somente quando o tratamento de recuperação estiver finalizado é que ele receberá Alta para retornar a casa.

Alternativas similares no Brasil não deixam de ser oferecidas aos pacientes e suas famílias, a fim de reduzir o tempo de internação, dentre as quais estão alguns hospitais de retaguarda: o conhecido sistema de *home care*, no qual toda a estrutura hospitalar é estabelecida na casa da pessoa doente, ou até mesmo em algumas instituições de longa permanência para idosos credenciados. Verifica-se que ambas, infelizmente, ainda não estão sendo exploradas de modo suficiente, implementadas efetivamente para atender às exigências dos tempos atuais e futuros, considerando-se seu papel imprescindível ao permitir liberar leitos hospitalares (DINIZ, 2016). Neste período pandêmico, a comunicação on-line entre médicos e pacientes passou a ser muito mais bem-vista e assumida pela população brasileira.

Vem crescendo a oferta em torno do chamado *home care*, no âmbito privado, para segmentos que tenham condições de acessá-lo. Mas, esse não é o caso, evidentemente, da maioria da população idosa no contexto da desigualdade social brasileira.

Na presente pesquisa, a saúde é concebida como direito social e coletivo, na esfera do bem público, não podendo ser submetida à lógica do mercado e da lucratividade. Ao nível da gestão do sistema de saúde, em que o sistema público vem sendo suplantado pelo setor privado, a estratégia da desospitalização pode servir a interesses contrários aos do paciente e de sua família. Isso exige dos profissionais da área o firme posicionamento ético-político em defesa dos direitos da/do cidadã/ão paciente, sem cederem às pressões para, simplesmente, “desempatar leitos” na alta hospitalar, às vezes circunscrita à questão dos custos financeiros, especialmente no setor privado.

Assim é que o objetivo da desospitalização, longe de dar Alta Hospitalar precoce a um paciente, faz, sim, disponibilizar todo o suporte necessário para que o tratamento tenha continuidade em residência. Nesta situação, uma pessoa em recuperação de saúde fica mais próxima de parentes e amigos, e o resultado desse processo vem se mostrando como altamente positivo, com a conquista de uma melhor qualidade de vida, ao se situar fora do ambiente hospitalar. Segundo Lima *et al.* (2016), “o convívio com muitas pessoas gera uma rede de amizade e a formação de outra família, com novas experiências, o que pode tornar a pessoa idosa mais ‘viva’”. Isso ocorre justamente em função da solidariedade que é criada por familiares e amigos em torno de um paciente idoso recém-egresso de hospital (SILVA; BOCCHI; BOUSSO, 2008).

A desospitalização evita, pois, a permanência estendida, muitas vezes, desaconselhável, de um paciente em ambiente hospitalar, o que implica questões clínicas, dentre outras, o aumento do número de infecções hospitalares e o impacto econômico às famílias. Acresce-se a isso que a ocupação de leito por longo período impede seu uso por outros pacientes que ficam à espera, acarretando um congestionamento no sistema (CORDÁS, 1987).

Segundo Malta e Merhy (2010), não restam dúvidas de que o setor da Saúde passa por uma crise no modo de gerir as questões de saúde, sob o modelo médico hegemônico (CECÍLIO, 1994; DONANGELO; FERREIRA, 1976; MERHI; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992). A assistência à saúde segue esse modelo conservador, que se centra no ato visto como prescritivo, que implica necessariamente certos procedimentos, "não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas em determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas" (MALTA; MERHY, 2010: 594).

Ainda segundo as autoras, esse modelo de cuidado envolve custos elevados e crescentes, dado que se vale, como insumos principais, de recursos tecnológicos baseados em exames e medicamentos (as ditas tecnologias duras), como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de curar, de restabelecer a saúde por si só. Desse modo, são realizados atos desconexos, sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficiência da assistência prestada (MALTA; MERHY, 2010).

Por outro lado, modos diferenciados de acolhimento a pacientes vêm sendo recomendados como *home cares*, instituições e centros de reabilitação, com a substituição de tratamentos venosos por orais - providências que parecem assegurar uma gestão mais eficiente dos sistemas de saúde (BORDONARO *et al.*, 2012).

A partir desse panorama, é que surgiu a proposta de adoção de um modelo continuado de cuidados, não mais centrado em médico e hospital, mas integrado a múltiplos serviços prestados por uma equipe multiprofissional.

Sob este modelo, o papel do hospital ficaria reservado apenas a uma parte do contexto do cuidado, exigindo-se, porém, que esse cuidado estivesse articulado com as demais pessoas integrantes da saúde, e capaz de encaminhar o paciente preparado para a transição de cuidados à rede preparada para tal. "Essa transição precisa proporcionar o

trânsito do idoso pelos diversos serviços de saúde com segurança, garantindo a continuidade do cuidado” (SBGG, 2017, s. pág., on-line). Nesse mesmo portal, lê-se:

Para que a gente consiga ter foco na transição segura e no cuidado do idoso, precisamos estabelecer serviços de origem e destino, com metas estabelecidas, com um plano terapêutico constituído e com boa orientação para o paciente e família. O objetivo maior deve ser o de empoderar um indivíduo e sua família em relação ao autocuidado (SBGG, 2017, s/p., on-line).

Nessa direção, os profissionais ligados a um hospital, caso da proponente da presente pesquisa em nível de doutorado, têm um papel a cumprir, junto a pacientes e seus familiares.

Junto aos primeiros, participar de um serviço continuado de detecção, dentre os pacientes internados, daqueles clinicamente estáveis, quando já saídos da condição crítica provocada por doença em estágio agudo, por queda, ou pela agudização de doenças crônicas.

Junto às famílias, iniciar um diálogo sobre a desospitalização, tornando mais claras e convincentes as ideias sobre essa alternativa viável e segura de tratamento fora do hospital, em particular no caso das pessoas idosas (inclusive muitas delas em cuidados paliativos).

Em sendo essas ideias bem-recebidas, aceitas pelos familiares de um paciente, já estaria sendo programada sua Alta Hospitalar, e mais um leito poderia ser oferecido a um doente que estivesse em compasso de espera.

Desse modo, fica evidenciada a relevância do estudo deste tema de pesquisa, quando precisam ser enfrentados desafios e novas demandas que se manifestam como o da falta de uma cultura de transição dos cuidados, dentro e fora de um hospital. Visualiza-se a questão econômica como um aspecto complicador, bem como o dos vínculos familiares esgarçados, até mesmo pela composição das famílias que continuam a se reduzir a poucos componentes que, inclusive, saem do domicílio para trabalhar no mercado. Dificuldades precisam ser pensadas, equacionadas, a fim de que se possa visualizar a sustentabilidade de um modelo de cuidado dirigido a pacientes em condição crônica de saúde, durante e depois da hospitalização.

Cabe também, aqui de início, uma rediscussão de método do presente estudo, sobre como conceber os processos de análise dos dados coletados, seus objetivos, sua meta. Cumpre, ainda, reiterar-se, ter escuta à posição de profissionais, Assistentes Sociais, que vêm lidando com essa problemática da desospitalização, para que expressem sua função, seu *modus operandi*, em suas diferentes modalidades sobre como orientam familiares e demais pessoas próximas a um possível desospitalizado idoso, relativamente às novas demandas e condições. Tal reconsideração talvez possa facilitar para que se crie uma rede de cuidados, entre familiares, vizinhos e amigos, com a meta de se providenciar o suporte social a um doente em situação de Alta Hospitalar.

Justifica-se, assim, que se voltem as reflexões sobre a situação do segmento populacional idoso neste século XXI: constata-se o aumento de sobrevivência dessas pessoas – na verdade, uma realidade mundial –, pelo advento de novas tecnologias e práticas da assistência à saúde (Portaria MS/GM-44, 2015). Soma-se a isso a ocorrência, na maior parte das vezes, de problemas como as doenças crônicas degenerativas, ameaçadoras à vida humana, com demanda maior pelos serviços de saúde, incluindo-se os hospitalares, o que se coloca como uma preocupante questão social que ficou muito mais dramatizada desde 2020 em nosso país, pelos efeitos insidiosos da Covid-19.

Nesse contexto, é que se instala um novo desafio assim como novas demandas às famílias brasileiras, qual seja: o de se prepararem adequadamente para cuidar, em residência, de seus familiares após o tempo em hospital, ou mantê-los em uma unidade de recuperação, caso disponham de condições financeiras para tal, evidentemente. Mas será que a família brasileira sem apoio externo teria condições de assumir tal responsabilidade?

Em termos de um suporte estatal, mesmo com a instituição dos princípios do SUS, de Equidade, Universalidade e Integralidade (TEIXEIRA, 2011) ainda há um caminho a percorrer na efetivação dos direitos da pessoa idosa, quanto à sua assistência nas fases de pré- ou pós-hospitalização. Sabemos que, mesmo com algumas políticas de saúde no país, não há garantia de esses pacientes poderem ser bem-cuidados, visto terem havido mudanças significativas nas famílias brasileiras, principalmente nestes tempos de pandemia.

A partir da experiência desta profissional no campo da saúde, pôde-se verificar o despreparo da sociedade contemporânea em conviver com as problemáticas da desospitalização, quando avulta, com mais visibilidade, a fragilidade das famílias: grande

parte delas se vê obrigada a “esquecer” seu idoso no hospital, não tendo condições de visitá-lo regularmente, quando então até “desaparecem”, especialmente quando da ocasião da Alta, deixada a responsabilidade por esse idoso recém-saído da desospitalização a cargo de ninguém, ou aspirando a que o poder público interfira em favor de um encaminhamento para tal.

É preciso reiterar, mais que nunca, sobre a necessidade de uma formação/educação a respeito da desospitalização, dirigida a familiares, cuidadores, inclusive sobre o que significam os cuidados pós-hospitalização. Nessa direção, podem ser oferecidos subsídios valiosos visando à humanização do cuidado na família, inclusive seria imprescindível aos profissionais do campo da saúde que vivenciam a experiência com os recém-desospitalizados (BRASIL, 2006).

Sabe-se também, por outro lado, que os hospitais, especialmente os de alta complexidade, estão quase sempre lotados, assim como os hospitais de emergência; e seria preciso que os profissionais da saúde fossem informados sobre como se operam certos procedimentos internos como, por exemplo, a organização de leitos na chamada Central de Regulação de Ofertas e Serviços (CROSS).

Constata-se, enfim, que existem muitas questões a serem trabalhadas em uma formação/educação com vistas à transição hospital-domicílio, sendo uma delas o Plano de Alta; este entendido como um dispositivo imprescindível no processo de internação de um paciente, exigindo-se, para a composição desse documento, identificar o núcleo familiar, durante o processo do tratamento desse doente que vai se deslocando de condição aguda de saúde para a crônica (GOMES, 2021). Isso tudo conduzido a fim de se conseguir recuperar, ou mesmo iniciar, a proposta rede de apoio/suporte, com a participação necessária de amigos e vizinhos, a tal paciente em processo de Alta Hospitalar (GOMES, 2021).

Foi motivada por inquietações de tal ordem que esta Assistente Social, pretendeu desenvolver a presente investigação objetivando refletir sobre as providências em favor da Alta Social de um paciente idoso, com a elaboração do respectivo Relatório Social; mas para além disso, tentar subsidiar - com novos "achados" advindos do trabalho desta investigação -, meu engajamento no Grupo Técnico de Estudo de Desospitalização (GTED), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Grupo cujo objetivo é “promover análise e estudos e propor medidas necessárias para identificar, mapear, redesenhar e aperfeiçoar os principais processos e modalidades de desospitalização e reorganização da assistência em rede...”. Um trabalho muito sério, muito esperado e necessário; contudo, ainda a ser realizado.

Levar à frente uma investigação preocupada com a questão das Condutas Preventivas envolvidas no processo de desospitalização propiciaria a nosso ver, além da integração das redes de atenção/suporte, uma atuação preventiva nas ocorrências de reinternações, evitando-se o desenvolvimento de infecções hospitalares, mormente aquelas causadas por bactérias multirresistentes. Por essa razão, um estudo como a da presente pesquisa, a nosso ver, poderá ser bem enriquecido em termos sociais, com vinculação a uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação da PUC-SP, qual seja: Serviço Social: Fundamentos e Prática Profissional do Serviço Social.

Acerca do tema da desospitalização, pensando-se sobre suas referências na literatura gerontológico-social, verifica-se que ele é encontrado em alguns artigos científicos, embora especificamente no caso de pessoas idosas não haja muito material veiculado em língua portuguesa. Mesmo nas revistas científicas focadas na área da Gerontologia, muito poucos dados se encontram sobre o binômio desospitalização-idosos, contrariamente ao de hospitalização-idosos que vem sendo razoavelmente explorado.

Curioso ser a internet a via por onde mais se veiculam dados sobre o tema da desospitalização, especialmente por parte da publicidade em favor das *home cares*, argumentação esta que, a despeito de dados valiosos que traz à luz para a sociedade, vai bem, portanto, no sentido de favorecimento ao mercado das *home cares*.

A partir do fenômeno de avanço do número de pessoas idosas no mundo e de os idosos viverem mais anos -, e como forma de antecipar os impactos que esse envelhecimento demográfico causa nos sistemas de saúde e na economia, parece-nos que se torna imprescindível que se reformulem alguns padrões de cuidados da saúde, estabelecidos e exercidos há décadas, como o da hospitalização. Contrariamente a este último, um dos caminhos que estão se firmando em nosso país é o de diminuição das internações hospitalares, com sua substituição por serviços de saúde alternativos e com maior resolutividade (FEHOESP, Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo, 2016).

Segundo a FEHOESP, houve crescimento de casas de repouso para idosos (que passaram de 302 serviços em 2011 para 587 em 2015) e também de serviços de *home care*, que dobraram neste período, passando de 138 unidades para cerca de 290.⁶

Segundo afirmação de Yussif Ali Mere Júnior, Presidente da FEHOESP, trata-se de um processo que atende uma tendência mundial envolvendo humanização do atendimento, diminuição de custos, e priorização do atendimento multiprofissional. Ainda segundo ele, “O modelo tradicional de assistência, com ênfase no hospital e no ambulatório, vai mudar. Hospitalização de pacientes idosos somente em casos de doenças graves ou em necessidade de cirurgia”.⁶

Alerta, Haliz (2016), que um tratamento, se realizado em casa, deve continuar multidisciplinar, envolvendo uma equipe completa com qualidade, tecnologia e conhecimento. Continua a profissional, a respeito da importância de aplicar o conceito da humanização⁶:

Para tornar esse atendimento mais humanizado, o profissional deve valorizar a efetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao Cuidado, e deve haver um compartilhamento de saber, poder, e experiência vivida entre o profissional, familiar e paciente, mantendo-se, assim, relações éticas e solidárias. O atendimento humanizado vai dar escuta ao paciente e atender às suas necessidades com responsabilidade.⁶

Destacam-se os benefícios do tratamento em sistema *home care*: - a redução do *stress* causado pela internação hospitalar; - a redução das chances de contrair uma infecção, como sendo apenas alguns deles. Complementa ainda Haliz (2016):

Há a redução de complicações clínicas diversas e de reinternações desgastantes e desnecessárias, além do menor tempo de recuperação do paciente. A família também é beneficiada, pois irá participar e compartilhar das responsabilidades aplicadas ao doente, sabendo que o melhor atendimento possível está sendo oferecido a ele.⁶

⁶ Todo o material midiático está disponível em: <http://www.hospitalar.com/pt/portal-de-noticias/blog/82-networkhttp://www.hospitalar.com/pt/portal-de-noticias/blog/82-network-melhores-praticas/693-desospitalizacao-e-caminho-indispensavel-para-populacao-brasileira-em-promelhores-praticas/693-desospitalizacao-e-caminho-indispensavel-para-populacao-brasileira-em-pro>.

Destaque-se, pois, que iniciativas de prevenção ou de reabilitação, ou de desospitalização, na verdade, dificilmente são reconhecidas, ou mesmo aceitas, pelos membros do sistema de saúde, dado que invariavelmente eles trabalham, como tradicionalmente sempre o fizeram, pela doença, e não pela prevenção ou recuperação da saúde.

Pesquisando no Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, encontram-se 16 entradas a respeito da desospitalização psiquiátrica, mas nenhuma delas apresenta um estudo com pessoas idosas.

Portanto, parece que se torna oportuno deixar registrada a insuficiência de publicações com o tema da desospitalização de idosos, na literatura brasileira. Seria preciso, pois, que se investigassem também portais com divulgação de pesquisas do exterior, para que o tema pudesse ser mais discutido e problematizado neste estudo.

As famílias vêm encontrando dificuldades quanto a assumir, em residência, os cuidados com seu idoso doente, devido à insuficiência de recursos pessoais e públicos, criando-se, assim, “uma zona de impasses a serem enfrentados, pela equipe multiprofissional, no tocante à educação em saúde, no momento de uma Alta Hospitalar” (ALCÂNTARA, 2012: pág. XII).

Algumas questões necessitam ser pensadas em uma proposta de pesquisa sobre a transição hospital-domicílio de uma pessoa idosa:

- A Alta em um hospital de alta complexidade costuma ser planejada pelas mesmas equipes de profissionais que cuidam desses doentes?
- Hospitais de retaguarda têm condições de garantir o atendimento a pacientes crônico-dependentes inclusive daqueles em cuidados paliativos?
- As famílias são capacitadas para cuidar de pacientes com doenças estabilizadas, ainda que graves? Elas estão estruturadas para receber seus familiares, pacientes em cuidados paliativos, dependentes, em domicílio? Como elas se veem cuidando desses pacientes?
- Quais políticas sociais e públicas poderiam se mostrar emergencialmente necessárias para efetivar a integralidade do Cuidado às famílias desses pacientes?

As hipóteses são as de que: a Alta em hospital de alta complexidade não é devidamente planejada junto às equipes de profissionais que cuidam desses idosos doentes, em um trabalho em grupo. Nessa direção, o Assistente Social deveria/poderia ser o elemento aglutinador desse grupo, dado seu papel fundamental de organizador de trabalhos em equipe. Quanto às famílias, estas necessitariam receber sistemática capacitação para cuidar, em residência, de pacientes com doenças estabilizadas, embora graves, e exigindo tratamentos muito específicos, que a família, via de regra, não tem condições de oferecer. A percepção que se tem é a de que existe sempre um determinado número de pessoas hospitalizadas e que demandariam desospitalização, caso recebessem Alta, e concomitante suporte pós-internação.

A Alta Hospitalar é muito mais complexa do que parece ser, existindo diversas implicações para sua efetivação, outrora estereotipada por pretextos como o desta frase, que virou quase que um aforismo, em vista de sua reiteração e, pior que isso, dada a naturalidade com que se dá sua aceitação dentro de um hospital: *“A família não quer levar seu velho pra casa”*. Dura realidade que não é problema só no Brasil, e não apenas nesta época. Beauvoir (1990, p. 704), ao tratar da condição de velhos trabalhadores europeus, já anunciava, nos anos setenta: "Nos hospitais, 70% dos velhos internados não têm ninguém para cuidar deles. Uma vez curados, as famílias nem vêm buscá-los".

E agora durante a pandemia? Como estão as famílias se envolvendo com os cuidados a seus idosos *de casa*, recém-egressos dos hospitais? Neste momento de crise, quando "os atuais arranjos que orientam a distribuição de responsabilidades pelas atividades de Cuidado..." ⁷, ao se mostrarem cada vez mais frágeis, reforçando e alimentando desigualdades, revelam-se serem ainda mais insuficientes..., e é quando se vê o enorme impacto sobre as famílias, especialmente sobre as mulheres no seu trabalho de Cuidado às pessoas idosas, e todo o tempo realizado de modo informal, não-remunerado. Assim é que a pandemia da Covid-19 desvelou o quanto o funcionamento da sociedade, da economia, depende ainda do trabalho de cuidado de mulheres, cônjuges, filhas, netas, ou mesmo cuidadoras formais.

É diante desse cenário complicado que um Assistente Social, enquanto profissional especializado e conhecedor da realidade social de sua comunidade, tem que assumir uma

⁷ "Estratégias de recuperação pós-pandemia da COVID-19: os cuidados no centro da agenda". Disponível em: <https://cuidemos.com.br/estrategias-de-recuperacao-pos-pandemia-da-covid-19-os-cuidados-no-centro-daagenda/>.

posição: a de que sua percepção da necessidade em construir, de modo científico, a Alta Hospitalar é o mais adequado. Isso implica que a Alta Hospitalar via de regra apenas médica⁸, tem que estar necessariamente em consonância à Alta Social, e em consonância com as problemáticas das famílias ainda mais complicadas nestes tempos de pandemia. Isso tudo se deve ao específico da formação e atuação de um Assistente Social, que dispõe, por sua natureza interventiva e crítica, de conhecimentos sobre a situação social, familiar e do entorno de uma pessoa idosa.

Mesmo tendo sido identificados tais fatores pela área do conhecimento e pelo campo do Serviço Social, não deixam de surgirem dificuldades no sentido da implementação e superação de entraves para a aceitação de uma proposta de Alta Social, por uma equipe multiprofissional, incluindo-se aí a direção médica. Kruger *et al.* (2017, p. 163), a respeito do que de real vem acontecendo, denunciam o problema com uma afirmação muito radical: "(...) a Alta Hospitalar ocorre(...) sem uma atenção multidisciplinar e interdisciplinar(...), sem a intervenção do Serviço Social e de outros profissionais(...), um obstáculo para o atendimento integral ao idoso, visto não haver, na maioria das vezes, um planejamento prévio de Alta Hospitalar".

Diante de tantas dificuldades que são enfrentadas há décadas, o Serviço Social já havia conseguido, em 2017, sistematizar e implementar uma ficha social direcionada para pacientes com patologias crônico-degenerativas, dependentes (BRASIL, 2017). Entendeu-se que este seria, de fato, um instrumento antes que oportuno, essencial para compreender a realidade social de um determinado paciente, de sua família, e de uma possível rede de apoio social; e assim, dispendo-se de tais intervenientes, arregimentar subsídios para que o processo de desospitalização pudesse ser discutido e elaborado pela equipe multidisciplinar, incorporando a prospecção, por parte do Assistente Social de possíveis entraves ou dúvidas para sua elaboração, preparação e execução.

Evidencia-se, cada vez mais, a necessidade de um planejamento mais efetivo em torno da Alta Hospitalar-Social, uma demanda a ser objeto de reflexão crítica por parte de toda uma equipe multidisciplinar, com o estabelecimento das atribuições dos diversos

⁸ A abordagem médica tradicional a um adulto hospitalizado mostra-se sempre estar focada "(...)em uma queixa principal; e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e sinais por um único diagnóstico - que é adequado no adulto jovem, não se aplica em relação ao idoso". Disponível em: "Abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado Categoria: Atenção à Saúde", **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde** (BRASIL, 2004, p.15),

profissionais nela envolvidos, destacando-se que deva ser levado em conta o contexto sócio-econômico-social do doente idoso, e não apenas aspectos biológicos ou suas condições clínicas (CFSS, 2010; KRUGER *et al.*, 2017).

A presença marcante de um Assistente Social em uma equipe multidisciplinar, que está sempre atento ao que acontece ao idoso doente, de como a família o acompanha, enfim, de um profissional que cultiva uma leitura do entorno, da realidade vivenciada pelo idoso, vê, faz ver essa realidade, e fala dela a partir da perspectiva dos mais fragilizados, dos necessitados naquele momento. Para não dizer dos excluídos socialmente, na atual situação social de pandemia, e mesmo na de pós-pandemia, em que a precariedade de vida é chaga social que viola todo o tempo a dignidade ⁹ das pessoas, gerando-lhes prejuízos de várias ordens, sofrimentos, traumas.

É preciso destacar que a Alta Hospitalar, se não bem conduzida, costuma trazer aos idosos e seus familiares ainda mais ansiedade, novas incertezas, o medo de a própria família não dar conta das tarefas e despesas com o retorno do doente para casa. Tais condições de insegurança objetiva podem entranhar uma insegurança subjetiva, com graves efeitos sobre a saúde, a vida psíquica e familiar, acarretando muitas vezes, como consequência, a descontinuidade do tratamento iniciado no ambiente intra-hospitalar, obrigando o retorno ao hospital, a fim de vencer uma nova crise na saúde do idoso. Daí, a relevância do acesso aos serviços de saúde, assistenciais, dentre outros, e a importância da presença, não apenas de uma mulher, a cuidadora familiar, mas de mais cuidadores, de toda uma rede de atenção, similarmente à situação intra-hospitalar, também na extra-hospitalar, a fim de garantir, no domicílio, a extensão do Cuidado ao doente idoso, e de modo integral (KRUGER *et al.*, 2017). Há ainda questões a serem investigadas, nas quais o Serviço Social poderia investir, ligadas ao processo de desospitalização de idosos crônicos, dependentes, que seriam, dentre outras, tentar:

⁹ A dignidade (< lat. *dignus, dignitas*, no sentido de aquele que merece; qualidade moral que infunde respeito; respeito aos próprios sentimentos e valores), condição de dignidade, que se ferida, traz graves consequências psíquicas, decorrentemente físicas, sobre uma pessoa humana. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000300011 e <https://www.projuris.com.br/principio-da-dignidade-humana>.

(1) Detectar aspectos socioeconômicos e clínicos, ainda não revelados, que podem estar interferindo no processo de desospitalização de pacientes em situação de transferência para junto da família;

(2) Diagnosticar as dificuldades enfrentadas durante o processo de desospitalização desses pacientes crônicos, dependentes, em condições de Alta Hospitalar, e que a impedem ou a adiam;

(3) Criar estratégias de enfrentamento às dificuldades encontradas, devendo-se promover uma aproximação maior entre paciente idoso, cuidadores, familiares, vizinhos e amigos; para que isso ocorra, é indispensável o apoio e a articulação dos demais serviços da rede de atenção à saúde para a garantia do acompanhamento adequado desse idoso/família e a continuidade do cuidado seguro em residência ou mesmo em uma instituição pública ou particular que não o hospital;

(4) Elaborar propostas para a efetivação dinâmica de grande parte das desospitalizações.

O problema desta investigação, desse modo, pode ser situado a partir de uma questão que passou a ser norteadora à coleta de dados, que foi assim explicitada: – **“Quais aspectos vêm sendo explorados pela literatura, como relevantes e que necessitam ser repensados sob uma perspectiva interdisciplinar e com foco do Serviço Social, para que a desospitalização se realize de modo mais rápido, mais eficiente e bem-orientado, e que possa melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa idosa na comunidade, evitando-se reinternações, e, assim, os efeitos da infecção do coronavírus?”**. Articulou-se, a essa pergunta, uma outra: **“Que esclarecimentos a família, cuidadores, profissionais, precisariam ter, no período de administração do Cuidado pós-hospitalização, sobre os procedimentos que envolvem as fases pré- e pós-hospitalização de um idoso crônico, dependente?”**

A seguir apresenta-se a explicitação dos objetivos gerais e específicos, sendo objetivo geral, **trazer reflexões, implicações e respectivas conclusões, acerca das práticas de intervenção de profissionais, especificamente do Assistente Social, no seu papel de coordenar, em uma instituição, ou contribuir para uma gestão qualificada do processo de desospitalização de pacientes idosos, crônicos e**

dependentes, processo este ora vivenciando o contexto de pandemia trazida pela Covid-19.

Como objetivos específicos: - **Identificar a percepção de Assistentes Sociais quanto ao momento da transição hospital-residência; - Fornecer subsídios, depreendidos da presente investigação, à formação de profissionais do Serviço Social, para atuar em processos de desospitalização de um paciente crônico, dependente.**

O primeiro passo foi, então, identificar na literatura, o que foi pesquisado sobre a questão da desospitalização em tempos de pandemia, sistematizar esse material, e discuti-lo à luz do que dizem essas pesquisas de diversas áreas do conhecimento, em termos dos procedimentos e complicadores em torno da desospitalização de uma pessoa idosa.

Como Metodologia, explicita-se, aqui de início de modo sintético, que se buscou identificar as evidências científicas sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas, daqueles em transição dos espaços hospitalares para os residenciais (ou domiciliares). Buscando enriquecer a coleta de dados, dialogou-se nesse percurso com autores altamente referenciados relativamente à parte metodológica das pesquisas e que vêm buscando, no Brasil, e inspirados por teóricos do exterior, refletir sobre a temática deste estudo. Exploramos, em especial, as formulações derivadas da produção de teóricos clássicos como Minayo (2000/1994) e Triviños (1987), quanto ao entendimento sobre a revisão de literatura na temática em estudo. Seguiu-se estritamente as seis fases do processo de elaboração de uma revisão da literatura à luz dos requisitos colocados para a modalidade integrativa (RUSSELL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES; HOGA; PEDUZZI; SANGALETI; YONEKURA, 2014; MINAYO, 2017), conforme explicitado no capítulo III - O "Estado da Arte" sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas. Assim, a metodologia utilizada nesta pesquisa pautou-se em uma perspectiva qualitativa, de caráter exploratório, e com base teórica de conhecimentos na interface entre o Serviço Social, a Gerontologia e aportes da Saúde, também para análise dos dados advindos das respostas ao Questionário aplicado aos sujeitos de pesquisa Assistentes Sociais.

Descreve-se, a seguir, a **estruturação da tese:**

No **capítulo I**, intitulado "**Hospital, Hospitalização e Desospitalização em tempos de pandemia**", compara-se o processo de hospitalização e o de desospitalização, situando, em ambos os processos, o lugar do Assistente Social. Processos estes ora constrangidos pela problemática da pandemia que, nestes anos de 2021 e 2022, ainda assola, antes que qualquer outro campo, o da Saúde, e que está exigindo um reordenamento dos modos de vida não apenas dos idosos, de suas famílias e dos profissionais, mas de pessoas de todas as faixas etárias da sociedade. Justamente em decorrência da acelerada hospitalização de idosos pela pandemia, esta complexa problemática se impõe, com mais força, à reflexão e às atuações tanto do Estado, da sociedade civil, da área da Saúde, quanto das Políticas Públicas, também de organizações não governamentais e empresariais ou entidades privadas.

No **capítulo II**, sob o título ***Vida longa: conquistas e desafios***, discute-se o fenômeno da longevidade humana que vem impondo, "(...) às sociedades repensar o conjunto de sua organização social, sua relação com o tempo, e os laços que unem as gerações entre elas" ¹⁰ (GUILLEMARD, 2015, p. 203). São, de fato, urgentes as exigências de repensar tais questões desta segunda década do século XXI, a partir de dimensões outras, para além da demográfica, diante do aumento de expectativa de vida brasileira, do aumento dos mais idosos na faixa de 80 e mais anos (MINAYO, 2000/1994), bem como de um número significativo de centenários e supercentenários em nosso país aos quais é necessário dispensar específicos cuidados hospitalares e extra-hospitalares a sua saúde física e psíquica, proteção social, a fim de assegurar-lhes o bem-estar, a qualidade de vida esperada em derradeiras décadas da existência - situação essa complicada neste período pandêmico.¹¹

No **capítulo III**, conforme o título "**O estado da arte sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas**", é feita a sistematização dos dados da literatura recuperados em coleta, seguida da análise/interpretação desses dados. Destas reflexões, emergem alguns núcleos de sentido, originando *categorias* que podem servir de subsídios fundamentais sobre como o processo de desospitalização deve ser entendido, sobre o papel e os complicadores para um Assistente Social que se coloca junto a uma equipe

¹⁰"La longévité impose aux sociétés de repenser l'ensemble de leur organisation sociale, leur rapport au temps et les liens qui unissent les générations entre elles." (GUILLEMARD, 2015, p. 203). (De nossa tradução).

¹¹ Dentre os idosos, são 2,9 milhões os de 80 e mais anos; 24.236 idosos têm 100 ou mais anos, equivalendo a 1,62% do total de idosos. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf.

multidisciplinar de um hospital durante a desospitalização. Este é um processo que precisa ser pensado quanto a recursos humanos, dentre outros aspectos, para a assistência efetiva a um doente crônico, dependente, antes e depois da transição hospital-residência. Neste estudo, pensam-se as *categorias* como referidas a um conceito que subsume elementos ou aspectos com características comuns, que se relacionam entre si, ainda que não totalmente, respeitadas e valorizadas as diferenças mínimas entre eles. *Categoria* é termo que, na verdade, articula-se com a ideia de classe ou série, funcionando no sentido de estabelecer classificações. Nessa direção, valermo-nos de *categorias* significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de subsumir tudo o que foi refletido. Procedimento este que, de modo geral, pelo que se infere de Minayo (1992), pode ser utilizado em qualquer modalidade de análise em pesquisa qualitativa.

No **capítulo IV – A transição do hospital para a residência** (com base em BARDIN, 2011; MINAYO, 1992), é onde se propôs a análise e interpretação qualitativa dos dados, ou seja, das respostas ao Questionário aplicado, emitidas pelos profissionais Assistentes Sociais, sobre sua experiência concreta com a transição hospital-domicílio. A partir, pois, da coleta de dados junto aos sujeitos desta pesquisa - Assistentes Sociais - é que se pôde promover a análise das respostas emitidas pelos entrevistados e depreender *categorias* - antes pensadas e definidas a partir da revisão da literatura -, ora tornadas mais específicas, mais concretas porque vinculadas aos reais dizeres dos sujeitos entrevistados.

No **capítulo V, A desospitalização: potencialidades e limitações na atuação do Serviço Social junto a pacientes crônicos, dependentes de cuidados**, é onde ficam registradas, conforme indica essa rubrica, algumas reflexões sobre o que é possível realizar pelo campo do Serviço Social e o que ainda se mostra como limitações, dado serem alguns dos problemas de decisão do Poder Público.

Por fim, encerrando esta parte de estruturação da tese, seguem as **Considerações finais**, em que se explicitam alguns achados desta pesquisa, as limitações do estudo e os desdobramentos possíveis que nos entusiasma para a continuidade. Em seguida, as **Referências Bibliográficas** e os **Anexos**.

CAPÍTULO I - HOSPITAL, HOSPITALIZAÇÃO, DESHOSPITALIZAÇÃO- EM TEMPOS DE PANDEMIA

“Evitar a hospitalização prolongada”, bem como “promover e facilitar os cuidados familiares aos idosos” são dois dos objetivos do Ministério da Saúde brasileiro, ao postular e implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria n.º 2.528, em 19 de outubro de 2006.

Falar em hospitalização ou em internação hospitalar, por sua vez, merece que não se deixe de afirmar o que esta representa de valioso para um doente agudo, constituindo um importante recurso que faz parte da rede de atenção à saúde, dado que um hospital presta também cuidados médicos emergenciais, testes diagnósticos, tratamentos intensivos ou cirúrgicos, que podem ou não necessitar de internação.¹² Assim é que uma pessoa com doenças crônico-degenerativas vivenciadas, muitas vezes, em situação aguda, exige hospitalização, quando a ocorrência mais frequente é a hipertensão arterial; a seguir, verificam-se ainda cânceres, distúrbios da obesidade, seguidos por diabetes, doença arterial coronariana (DAC), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), como o enfisema. Referências ainda são feitas à artrose, diverticulose, hérnia de disco, aneurisma da aorta, Doença de Chagas, acidente vascular-encefálico (AVE) e úlcera gástrica. Em um grupo de doentes crônico-hospitalares, cerca de um terço deles tem uma única doença crônica; dois terços, via de regra, apresentam mais de uma enfermidade diagnosticada (constituindo, muitas vezes, uma multimorbidade com três ou mais doenças) – este, um dos principais determinantes da hospitalização de idosos (MANSO; GOES; CONCONE, 2015).

Evitar, porém, reiterando o dito acima, que a hospitalização se prolongue para além do necessário, vem sendo a preocupação das equipes multidisciplinares atuantes em hospital. A hospitalização prolongada, especialmente no caso de idosos, deve ser indicada somente quando estiverem esgotadas outras ações e serviços ligados ao manejo adequado dos agravos à saúde, como quando ocorre a agudização de doenças crônicas (NUNES *et al.*, 2016) ou acarretadas pela pandemia da Covid-19.

¹² Dados disponíveis em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/presta%C3%A7%C3%A3ode-cuidados-a-idosos/cuidados-hospitalares-e-idosos>.

Considerando-se a alta taxa de hospitalização de idosos no sistema de saúde brasileiro, e a permanência em internação por mais tempo¹³, esta tendência configura-se como um desafio preocupante à área da Saúde, além de acarretar custos maiores.¹⁴ Justifica-se, pois, tal preocupação da PNSPI, dado que as hospitalizações, principalmente se repetidas e prolongadas, podem produzir decorrências negativas à saúde dos longevos, como a diminuição de sua capacidade funcional, o aumento de sua fragilidade, impactando negativamente no seu bem-estar, na sua qualidade de vida.

A hospitalização por si só apresenta riscos aos pacientes idosos por implicar confinamento, imobilidade, testes diagnósticos e tratamentos (particularmente, mudanças no regime medicamentoso). Quando os pacientes são transferidos para, ou de, um hospital, é provável que novos medicamentos sejam acrescentados ou substituídos, levando a riscos muitas vezes não previstos. O tratamento em hospitais pode ser, muitas vezes, sentido ou visto como desumanizador e impessoal. Por isso, o cuidado hospitalar deve durar somente o tempo necessário para permitir a transição bem-sucedida para a Assistência Domiciliar, unidade de enfermagem especializada ou programa de reabilitação ambulatorial. Nessa direção, é que a Agência Nacional de Saúde recomenda que a hospitalização de idosos deve ocorrer apenas no momento de agudização de um determinado quadro patológico, pelo menor tempo possível, ou em casos de urgências, justamente em razão de o hospital não ser um ambiente seguro, com altos riscos de infecção, de transtornos distímicos, de perda muscular e da capacidade funcional. Sem falar nas medicações psicoativas, que causam complicações iatrogênicas de três a cinco vezes maiores para um idoso, quando este comparado a pacientes adultos jovens.¹⁵

Segundo Wang *et al.* (2018), "a hospitalização pode potencializar a magnitude das alterações fisiológicas relacionadas à idade e aumentar a morbidade". Especialmente no caso de internação de longa permanência, aquela em que o paciente permanece hospitalizado em tempo igual ou maior que trinta dias - um desafio enfrentado pelos

¹³ Dados disponíveis em: <https://previva.com.br/hospitalizacao-de-idosos/>.

¹⁴ Pesquisa <http://www.revistacobertura.com.br/2017/05/22/pesquisa-unidas-proporcao-de-beneficiarios-com-59-anos-ou-mais-nos-planos-sobe-para-299/da> União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), maio 2017, atesta que a taxa de internação média para os com 60 ou mais anos é de 24%, sendo de 7,4% entre jovens de 19-23. Enquanto o custo médio por internação de idosos é de R\$ 19,1 mil, o daqueles com até 60 anos, é de R\$ 7,6 mil. Dados disponíveis em: <https://previva.com.br/hospitalizacao-de-idosos/>. Verifica-se que os idosos, de fato, fazem uso maior dos hospitais que os jovens; têm maior taxa de admissão hospitalar no serviço de emergência e estadias mais longas, além de necessitarem de mais recursos quando hospitalizados. Dados disponíveis em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-aidosos/cuidados-hospitalares-e-idosos>.

¹⁵ "Hospitalização de idosos: usando a medicina preventiva para reduzir custos e melhorar a qualidade de vida", "Por que devemos evitar a internação? Dados disponíveis em: <http://previva.com.br/hospitalizacao-de-idosos/>.

hospitais em razão das consequências ao paciente, à família e aos gestores de saúde, tal o impacto causado (CONCEIÇÃO, 2017).

É preciso, pois, considerar a porcentagem bem elevada, manifesta no caso de idosos internados: cerca de 75% destes, com 75 ou mais anos, funcionalmente independentes antes da admissão hospitalar, mostram-se dependentes ao receberem a Alta Hospitalar, sendo que 15% destes precisam ser encaminhados, após a Alta, a instituições de enfermagem especializadas em recuperação.¹⁶ No entanto, mesmo no caso de uma doença ser tratável, ou se surgirem complicações, os idosos doentes, na maior parte das vezes, não voltam ao estado funcional pré-hospitalar.

Entretanto, se esses pacientes receberem exercícios de intensidade moderada enquanto da internação no hospital, exercícios que privilegiem atividades como caminhada, treinamento de resistência e equilíbrio, não exibirão, certamente, nenhum declínio funcional durante ou logo após a hospitalização. Isso ressalta a importância de se assegurar que os idosos iniciem tratamento fisioterapêutico o mais rápido possível enquanto ainda em permanência no hospital. Os problemas decorrentes de uma longa internação, de fato, acarretam a necessidade de programas de reabilitação e AD a essas pessoas egressas da internação, procedimentos, porém, que não deixam de elevar o custo da saúde no país.

Mas o que se tem feito desde que essa Lei que recomenda a não hospitalização prolongada passou a vigorar no Brasil? Desde então, passada uma quinzena de anos até este 2022, embora inúmeros outros documentos tenham sido elaborados e publicados (dentre outros, o *Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa - A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar* (Brasil, MS, v. 2, 2013), continua a ênfase, por parte das famílias, dos próprios doentes, na internação hospitalar com uso intensivo de aparato tecnológico do tipo material (FERTONANI *et al.*, 2015). As recomendações foram sendo postuladas, postas em Lei, mas, na verdade, não se vêm cumprindo as necessárias mudanças para a Transição do Cuidado hospital-residência, *pari passu* à Alta Hospitalar, tal como postuladas em lei – o que se complicou ainda mais neste período de pandemia, desde março de 2020.

Segundo Ribeiro (1993), a desospitalização, ou o possível tratamento domiciliar, no presente caso da pessoa idosa, tem um longo percurso até se consolidar, sendo um

¹⁶ Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-a-idosos/cuidados-hospitalares-e-idosos>.

desafio, na verdade, a toda a sociedade, ao Estado, à família, ao próprio idoso, "envolvendo razões, conflitos, interesses, e atores múltiplos" (p. 124), exigindo uma reforma profunda em vários sentidos.

É preciso ficar claro que desospitalizar não significa fazê-lo simplesmente "de alguma maneira"; nem criminalizar o hospital, mas, sim, circunscrever o hospital a seu papel essencial de atuar sobre a doença em nível agudo, sobre o sofrimento humano, para evitar a morte, mas tornando-o menos arbitrário, mais próximo das reais necessidades humanas e sociais (RIBEIRO, 1993), e que ao homem cabe a regência desse processo.

Desospitalizar, segundo a Agência Nacional de Saúde, ANS, é processo que deve ser realizado, tal como no caso inverso de hospitalização de um idoso, dentro de uma estratégia com base na prevenção e na promoção da saúde.

Como requisito para a desospitalização, a Assistência Domiciliar (AD) é o recomendado. Assim que uma situação de risco ao idoso é encaminhada, o Cuidado ao idoso deve continuar na sua residência, seja na forma de Internação Domiciliar ou apenas Assistência Domiciliar.

A AD funciona como uma assistência intermediária entre a Internação Hospitalar e a Alta total de um doente, no sentido de capacitá-lo (ou a sua família ou a um grupo de apoio social) a ter uma independência relativa aos cuidados. As atividades desenvolvidas são de caráter assistencial e educativo-social, podendo ser realizadas no próprio domicílio, envolvendo o doente, a família e os cuidadores, ou também sob a forma de palestras para familiares em outros ambientes presenciais ou on-line.

É imprescindível a formação de cuidadores formais (profissionais contratados e remunerados para os cuidados) ou informais (os próprios familiares), para que assumam os cuidados necessários à continuidade do tratamento ao doente; existindo já legislação para tal (POLÍTICA NACIONAL DE APOIO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS, 2019). Inclusive esses cuidadores precisam ter presente no cotidiano de seu trabalho de cuidados que adoecer é uma experiência singular, não importa a idade ou a condição, semelhante à condição de ser velho - uma experiência também particular a cada pessoa. Pessoas idosas com um mesmo diagnóstico, internadas em um mesmo hospital, adoecem, ou fazem avançar sua recuperação, de modo diverso (DESLANDES, 2006).

A preparação do doente, da família e do cuidador para a fase de Transição de Cuidado Hospital-Residência deve envolver a revisão do uso das medicações, a definição de um plano de cuidados para a continuidade e a capacitação inclusive do próprio idoso para o autocuidado.

A Atenção domiciliar (AD) ao idoso visa a substituir a internação hospitalar; e prevenir a reinternação de um paciente que já esteve hospitalizado. Neste último caso, o atendimento visa a manter a estabilidade do quadro clínico de um idoso, atuando de forma eletiva e preventiva por meio de procedimentos pontuais, como curativos, fisioterapia e orientações nutricionais. No caso de uma internação domiciliar, é preciso contar com toda a infraestrutura necessária, com uma equipe interdisciplinar focada na prevenção das agudizações, complicações ou intercorrências das doenças. Trata-se da reabilitação do doente, sendo recomendável a adaptação dos programas de acordo com a complexidade e a evolução de cada caso.

O planejamento da Alta Hospitalar deve assegurar que os cuidados adequados a um idoso doente, antes ministrados em hospital, possam ser mantidos em um próximo nível de atendimento, como o residencial (CARVALHO, 2014). Esse planejamento também pode se mostrar ainda mais complexo, no caso de uma doença ou a uma lesão aguda na pessoa idosa, e que pode prejudicar, como antes dito, sua capacidade funcional. Por exemplo, uma simples entorse de tornozelo pode ser incapacitante a um idoso, a menos que este tenha um bom suporte em casa.

Desse modo, o planejamento da Alta Hospitalar pode avançar em todas as suas fases desde que um Assistente Social passe a gerir a equipe que precisa contar com enfermeiros, médicos de cuidados básicos, e outros profissionais para o atendimento integral ao idoso, constituindo-se como uma equipe multidisciplinar. Alguns aspectos devem estar incluídos na Alta, dentre eles:

- A avaliação do estado funcional de um idoso;¹⁷
- As estratégias para lidar com determinados problemas que acometem esse idoso (p. ex., depressão, alcoolismo ou incapacidade funcional), identificados na avaliação do serviço de emergência;

¹⁷ Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/abordagem-ao-paciente-geri%C3%A1trico/avalia%C3%A7%C3%A3o-do-paciente-idoso> - v1131548_pt.

- A determinação de saber se o idoso é capaz de adquirir e tomar as medicações de acordo com as orientações recebidas e se aceita receber os cuidados necessários de acompanhamento;
- A Avaliação das capacidades do cuidador (p. ex., até que ponto este suporta o encargo...).

Muitos pacientes idosos são hospitalizados logo depois de avaliados em serviço de emergência, dada sua condição complicada de saúde. Muitas vezes, um idoso é levado a um serviço emergencial por cuidadores (em geral, os informais/familiares) que resistem, em seguida, à possibilidade de, quando do idoso em condição estável, levá-lo de volta para casa, imaginando que pode piorar sua saúde. Ou há o caso de familiares que desistem de seu idoso, abandonando-o no hospital, temendo o processo de desospitalização, não se sentindo à altura - psíquica ou financeiramente, de assumir os procedimentos necessários para o restabelecimento daquele familiar em residência; ou mesmo em clínica particular ou *home care*. De qualquer modo, já é possível notar a diminuição das internações hospitalares (excetuando-se os casos de idosos com Covid-19), com a substituição por serviços de saúde alternativos e com maior resolutividade, cf. dados da Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP, 2016). Segundo afirmou seu presidente em 2016, Yussif Ali Mere Júnior, verifica-se uma tendência mundial de humanização do atendimento, de diminuição de custos e priorização do atendimento multiprofissional, com a hospitalização de idosos somente em casos de doenças graves ou em necessidade de cirurgia.¹⁸

Assim é que, diante da problemática da hospitalização e a da desospitalização, não se pode deixar de pensar, na contemporaneidade, em questões maiores, mas correlatas quanto aos sujeitos envolvidos, como a da necessidade de se pensar na qualidade de vida diante do acelerado crescimento do segmento idoso nas sociedades e do expressivo ganho em expectativa de vida, a despeito de acontecimentos intempestivos e dramáticos, como vem sendo a pandemia da Covid-19.

¹⁸ Disponível em: <https://digital.hospitalar.com/pt-br/conteudo-networking/desospitalizacao-e-caminhoindispensavel-para-populacao-brasileira-em-processo>.

CAPÍTULO II – VIDA LONGA: CONQUISTAS E DESAFIOS

Como atestam as pesquisas demográficas, com o avanço da ciência e da tecnologia, a redução da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, desde a segunda metade do século XX, tem-se a sobrevivência democratizando-se em grande parte do mundo, o que contribui para o cenário do envelhecimento populacional também no Brasil. Tal fenômeno chamado de transição demográfica, aliado ao expressivo ganho em expectativa de vida, oferece uma oportunidade sem precedentes neste século XXI: a de as pessoas poderem ser longevas, a ponto de a expectativa de vida para as mulheres chegar aos 79 anos e para os homens, aos 72 anos (DABOVE, 2020; ONU, 2019).

Ainda segundo Dabove (2020), produziu-se uma mudança histórica na posição do ser humano frente ao tempo, o que mostrou que o prolongamento da vida de uma pessoa já não é um tema individual, mas social. Um preocupante ônus social ao mundo e a nosso país foi o que nos trouxe o bônus da longevidade, como se verá a seguir.

O bônus e o ônus da longevidade

Se o acontecimento da transição demográfica e o do aumento de expectativa de vida são vistos, por um lado como um bônus, uma conquista dupla da civilização, por outro, não deixam de trazer um pesado ônus (MINAYO; FIRMO, 2019), que se traduz na exigida e acelerada melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, além das mudanças nas necessidades de saúde da população), ampliando, em decorrência, os problemas sociais - um dos principais desafios desta e das próximas décadas,¹⁹ principalmente a países emergentes, em que é exemplar nosso país dentre outros latino-americanos, que mostram acesso - desigual, justamente a serviços de saneamento básico, a uma adequada habitação, e a direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, contrariando o estabelecido na Constituição Federal (1988)²⁰ e no Estatuto do Idoso (Art.

¹⁹ Desafios especialmente para o sistema de saúde e previdência social, dado que 79,1% do segmento idoso acima de 65 anos sofre de pelo menos uma doença crônica (BESSE; CECÍLIO; LEMOS, 2014; BRASIL, 2011).

²⁰ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

3, 2013) ²¹ (LOPES *et al.*, 2020). Isso tudo trazendo desafios e mais desafios ao desenvolvimento de adequadas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012).

Os indicadores quantitativos nos dão, pois, o alerta sobre a problemática trazida à sociedade por tais crescentes números do envelhecimento e do ganho de tempo de vida longa. A Organização Mundial da Saúde informava que, entre 2015-2050, em termos estatísticos, a proporção de pessoas com 60+ anos irá de 900 milhões a 2000 milhões, o que representará um aumento de 12% a 22% da população mundial (OMS, 2020).

Segundo a World Population Prospects (UNITED NATIONS, 2019), a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2020, o Brasil já conta com 29,8 milhões de idosos, correspondendo a 14% do total de sua população (cf. IBGE, 2020), um

Uma consequência peculiar do envelhecimento global foi a atual ampliação cronológica e a feminização da última etapa de vida. Uma pessoa pode, hoje, aspirar a viver uma velhice de 20-25 anos de duração em média, bem como ocorre a feminização da longevidade, em razão da menor mortalidade que se registra entre as mulheres de idade avançada (DABOVE, 2002; DI TULLIO BUDASSI, 2008).

Números que são acompanhados pela "transição epidemiológica, ou seja, pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), responsáveis por uma crescente demanda de cuidados contínuos" (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Acontece que nosso país teve que passar a enfrentar, em sua imensidão continental, além dos próprios desafios normativos, o impacto multidimensional da quarentena, a partir de março de 2020, imposta como modo de vencer a pandemia disseminada em todos os países pelo contágio da Covid-19.

A despeito da letalidade trazida aos idosos pela pandemia deste início da década de 2020, provavelmente se terá, em 2025 no Brasil, a sexta maior população de idosos do planeta. Em 2030, a previsão é a de que, em nosso país, haverá 75 milhões de idosos, ou 39,4% de sua total população, seguindo-se a tendência de aumento mundial do segmento idoso, com todas as decorrentes implicações, dentre outras, as sociais e as de saúde, com a presença de multimorbidades (duas ou mais doenças concomitantes), o que é verificado

²¹ Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10994645/artigo-3-da-lei-n-10741-de-01-de-outubro-de-2003/artigos2003/artigos>.

em quase 60% do segmento populacional idoso, com destaque especial às síndromes demenciais. Síndromes demenciais que já foram consideradas como a "epidemia do século XXI", tal sua prevalência naqueles de idade avançada com a exigência de cuidados prolongados e específicos (BURLÁ *et al.*, 2013). Isso sem falar nos complicadores ora decorrentes da pandemia da Covid-19, que exigem muito para a recuperação dos afetados.

No Brasil, os cuidados às pessoas idosas (no caso, as demenciadas) são oferecidos, invariavelmente, pelas famílias, como complementa Camarano (2015), com pouco ou nenhum apoio institucional, ou mesmo políticas específicas para este fim. É preciso, para além disso, que se implementem políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não-familiares a determinados idosos, com tal dependência que seria impossível à família a prestação desses cuidados.

Conforme aumenta a expectativa de vida e o número de idosos (PEDRO, 2013), já que os idosos passaram a viver mais e, a cada ano, vêm sendo incorporados à população brasileira cerca de 650 mil novos idosos (IBGE, 2020), amplia-se, também, a necessidade de se projetarem inovações a partir de uma ótica que envolva os serviços sociais, assim como os de educação, trabalho, justiça, previdência, habitação, transporte, esporte e lazer, ciência e tecnologia e especialmente os de saúde.

Mas justamente devido ao grande problema de saúde pública global, com altas taxas de disseminação e letalidade em humanos (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020), o segmento idoso, atualmente com cerca de 14% da população brasileira (IBGE, 2020), conforme preveem alguns autores, poderá exigir um percentual bastante significativo dos recursos de internação hospitalar no SUS, indo para muito além dos citados por Lima-Costa, *et al.*, que era, em 2000, por volta de 26%.

De fato, idosos e indivíduos do sexo masculino foram os perfis mais comuns entre os hospitalizados pela Covid-19, sendo os idosos os que morreram em maior número, com predominância para a faixa etária dos 70 aos 79 anos (BRASIL, 2020). Em razão das doenças mais incidentes na faixa etária longa, as DCNT, ou em quadros de imunodepressão, os idosos constituem, de fato, o grupo humano de maior vulnerabilidade à Covid-19 (BRASIL, 2020; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020), com maior número de complicações, de necessidade de hospitalização e de maior mortalidade.

Desse modo, a população idosa, com maior risco de adquirir a Covid-19 devido à alta transmissibilidade dessa doença em suas novas variantes, foi a que apresentou maiores complicadores médicos, exigindo internação hospitalar e suporte ventilatório mecânico, para aqueles em estado grave, quando não funcionaram, para eles, as estratégias previstas de proteção ao coronavírus, dentre outras, a do distanciamento social. Os velhos chegaram a sobrecarregar os sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento que apresentam maiores problemas nos serviços de saúde, em que se destaca, nestes tempos de pandemia, o número de leitos em Unidades de Terapia Intensiva dotadas de ventilação mecânica (REMUZZI, A.; REMUZZI, G., 2020); WHITE; LO, 2020).

Experiências aqui observadas assim como em outros países, evidenciaram que, à medida que foi sendo superada a capacidade dos serviços de saúde, foi aumentando para níveis alarmantes o número de óbitos, levando à morte muitas pessoas idosas, devido à grande falta de assistência à saúde, o que pôde ser atestado em alguns estados do Brasil (São Paulo e Ceará, por exemplo) (MELO; LIMA, 2020).

Além de ser a causa de tanta mortalidade, a pandemia da Covid-19 também desencadeou efeitos em todos os âmbitos da vida humana: biopsicossocial, econômico, histórico e cultural, uma tal situação que vai influenciando especialmente o comportamento, a saúde, o bem-estar das pessoas consideradas grupo de risco, as pessoas idosas, que apresentam doenças crônico-degenerativas (MELO; LIMA, 2020).

Além disso, atestou-se a carência de profissionais qualificados para os cuidados à pessoa idosa, em todos os níveis de atenção, assim como dos adequados dispositivos e medicações para tratamento dos afetados pela pandemia.

A observada transição demográfica em nosso país, complicada com a infecção pelo coronavírus, vêm tais fenômenos, desse modo, repercutindo na área da saúde, exigindo, com mais premência na atualidade, a (re)organização dos modelos assistenciais, tal como o propuseram Lima-Costa e Veras, já em 2003.

Por outro lado, conforme Nossa (2020), os Estados vêm enfrentando, há muito tempo, pressões contínuas de grupos que lutam pela redução do financiamento em saúde, quando o que se verifica, na realidade, é uma tecnologia obsoleta nas unidades de atendimento, o aumento do tempo de espera por consultas e exames, e a atribuição do crescimento dos custos da Saúde aos pacientes. Segundo o autor, a relação entre aumento

de custos em saúde e o envelhecimento populacional não é considerada uma discussão baseada em evidências, segundo seus dizeres:

[...] a alteração do paradigma do modelo de prestação de cuidados de saúde e do seu financiamento são cruciais para se poder enfrentar a concentração da morbidade e aumento da incapacidade gerada pela longevidade, a par do espectável aumento dos custos associados à inovação terapêutica. O crescente investimento na autonomia dos utentes, a refundação do modelo hospitalar e a utilização das virtudes do ambiente digital na integração e tratamento de dados em saúde, gerados em múltiplos pontos, são evidências já presentes em algumas sociedades, [...] que devem continuar a ser investigadas pelos ganhos de eficiência que permitem (NOSSA, 2020, pp. 12-13).

Os conflitos existentes entre as necessidades sociais e o estabelecimento de efetivas políticas públicas direcionadas à saúde e ao envelhecimento ficam ainda mais acirrados (SAVENHAGO *et al.*, 2020). Especialmente nestes tempos de pandemia de 2020, 2021...2022..., em que hospitalização, muitas vezes, significa ganhar vida...

Mas, na verdade, é aconselhável o processo contrário, a desospitalização, no caso de idosos estáveis, já não tão graves em sua condição de saúde – como é a meta das reflexões neste estudo, mas que necessitará de desdobramentos em futuras pesquisas.

A pandemia ocasionada pela Covid-19, se por um lado trouxe uma situação tão assustadora aos idosos, paradoxalmente colocou em evidência algo importante: o direito à saúde de toda e qualquer pessoa idosa, apontando-se a necessidade de um cuidado integral, respeito e dignidade humana; a um só tempo, trouxe à tona desafios que precisam ser superados para proporcionar a totalidade dessa garantia.

Desse modo, é necessário que as estratégias de promoção, prevenção e proteção invistam na autonomia e na independência do idoso; e o cuidado gerontológico seja vislumbrado e valorizado nessas relações, a fim de ressignificar as ações e respeitar a pluralidade da pessoa idosa (ARAÚJO; MORAES, 2020). A pluralidade vista em termos de idades: estar com 80 ou 90 anos, por exemplo, é bastante diverso de contar com 60 ou 70

anos, conforme mencionam Concone e Lodovici (2021, p.1). Continuam as autoras em termos do plural, da pluralidade com que necessita ser vista uma pessoa idosa:

Plural em termos de classe e poder aquisitivo. Plural em termos de atividade ou profissão. Plural em termos de gênero. Plural em termos de história de vida e dos modos de encarar a vida. Plural culturalmente: ser idoso numa sociedade “holista” ou “individualista” ²² implica grandes diferenças. Finalmente, a sociedade tal como a conhecemos, é sem dúvida historicamente plural: há 100 ou 150 anos; contar com 60 anos tinha um significado muito diferente do que se tem nos dias de hoje. Talvez não precisemos ir tão longe, 10 ou 15 anos atrás já nos forneceriam um marco satisfatório.

Plural também tem sido o percurso da instituição hospitalar que avançou no decorrer dos anos, embora os processos internos – como a de uma desospitalização descomplicada -, ainda estejam por acontecer. Em se pensando em como veio sendo criado e concebido o Hospital no Brasil, podemos trazer, na parte a seguir, algumas considerações sobre sua origem e sobre as mudanças ocorridas em seu desenvolvimento em nosso país, no decorrer dos anos.

O modelo hospitalocêntrico de assistência e as alternativas extra-hospitalares

O modelo hospitalocêntrico de assistência ao doente é tributário à história de como as pessoas eram cuidadas desde séculos atrás, um modelo que se foi reestruturando conforme vieram avançando as reflexões sobre o Cuidar em ambiente institucional, ²³ em

²² Empregadas estas expressões (holista e individualista) tal qual aparecem em: VELHO, Gilberto. *Subjetividade e Sociedade. Uma experiência de geração*. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 1986.

²³De trajetória secular, o hospital teve seu embrião do que seria uma instituição hospitalar, surgido em 431 a.C., onde se situa atualmente a região do Sri Lanka ou Ceilão, país insular, do sul do subcontinente indiano. Hospital é termo que têm sua origem etimológica em *hospitalis*, palavra latina que significa ser hospitaleiro, acolhedor. Hospitalar deriva do adjetivo *hospes*, que refere o hóspede, e estrangeiro acolhido por alguém que lhe oferece agasalho, hospedagem (ROSEN, 1979).

ambiente domiciliar, em Políticas Públicas e Sociais. O cuidado com o outro, a manutenção e a recuperação da saúde de uma pessoa, a busca da melhoria da qualidade da vida humana, visando ao bem-estar pessoal, familiar e da sociedade, vêm pautando, portanto, ao longo da história, o desenvolvimento da instituição hospitalar em suas mudanças contínuas em todo o mundo (LISBOA, 2002).

Voltando-se um pouco às origens, vê-se que, já por volta do século 600 a.C., a Índia se preocupava com seus doentes construindo locais para seu tratamento e recuperação, embora esse atendimento estivesse ligado ao ocultismo. Um espaço em que eram atendidos doentes, fossem eles pobres, fragilizados, órfãos, peregrinos, jovens ou velhos. Em 100 a.C., os gregos introduziram na Europa os chamados *valetudinarium*, instalações destinadas aos cuidados de feridos de guerra, assemelhando-se aos hospitais de hoje. Muito embora se tenham registros de imagens de dois séculos a.C., na região da Galileia e Judeia, acerca de um lugar onde se curavam feridos vindos das guerras²⁴.

Em sua história medieval, o espaço com atendimento aos doentes, o hospital da época, tinha a incumbência de prestar assistência; segundo Rosen (1979), esse período medieval antecede ao de criação de um hospital propriamente dito. Várias mudanças foram ocorrendo com a passagem do hospital medieval para o moderno, sendo umas delas a secularização da instituição hospitalar. Mudanças no contexto político, econômico e cultural marcaram aquela época de transição, sendo umas delas o Estado, com as cidades tornando-se responsáveis pela assistência aos pobres. Aos poucos a responsabilidade da igreja sobre os cuidados aos pobres passou a não ser mais missão da igreja católica, distanciando-se, então, os cuidados dos preceitos religiosos.

Rosen (1979) afirma que esse novo arranjo propiciou a oportunidade de que as instituições hospitalares criassem condições para estudos, investigações científicas, tratamento e formação médica. Não deixa, pois, de ser o hospital uma instituição secular, embora ao longo de sua história, tenha passado por várias transformações, além de propiciar grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos. Foucault (1979) é quem afirma, porém, que, somente na metade do século XVIII, foram estabelecidas as bases fundacionais do hospital moderno.

²⁴ Informações disponibilizadas em: <https://setorsaudef.com.br/conheca-mais-sobre-o-dia-do-hospital-celebradono-dia-2-de-julho/>.

Com o passar do tempo, mudanças foram caracterizando o início do hospital moderno. Os médicos conquistaram legitimidade social, tornando-se mais influentes nas questões de saúde. Houve a mudança da concepção teórica sobre o processo de adoecimento, na qual a doença não é mais compreendida como fenômeno natural, mas, sim, envolvendo questões da ação do ambiente sobre o indivíduo (água, solo, ar e alimentos), considerando-se, pois, o meio em que os indivíduos adoecem. Nessa linha, Foucault (1979) ressalta que o ato terapêutico deve se voltar, não para o doente ou para a doença, mas, sim, ao que está ao redor, o ar que ele respira; a água, os alimentos que ele ingere. Então, uma intervenção de saúde não deveria mais ser realizada em domicílio, tendo em vista que essa medicina tem um lugar apropriado e organizado para controle médico. São essas circunstâncias que fizeram com que a medicina se tornasse hospitalar e o hospital se medicalizasse, o que fundamentaria para sempre o hospital moderno.

Grandes inovações foram introduzidas na metade do século XIX e XX, com a prestação de serviços mais eficientes e efetivos, a orientação médica em um ambiente seguro, com a área médica em fases de mudanças, exigindo especialização; a assistência à enfermagem passando por transformações, profissionalizando-se como profissão em diversas partes do mundo (RIERA, 1985).

Com as descobertas de novas substâncias anestésicas, em 1842, o éter possibilitou condições da prática cirúrgica e a realização de cirurgias complexas. No século XIX, mais inovações ocorreram para o desenvolvimento da medicina, com os trabalhos de Pasteur e Koch, com a teoria da microbiana e a etiologia das doenças infecciosas. Outra inovação importante foi a descoberta dos raios X, por Wilhelm Roentgen, em 1895; com essa nova descoberta possibilitou-se ao médico verificar o olfato, o tato, e a audição no sentido de detectar doenças e tratá-las. Essa descoberta possibilitou a disseminação e a criação de outros hospitais com serviços de raios-X (FRIEDMAN; FRIEDLAND, 2006).

No início do século XX, as inovações e a aplicação de novos tratamentos alteram as condições e as possibilidades terapêuticas da medicina moderna. A medicina do século XX conquista legitimidade social, a partir de uma outra imagem construída a respeito das pessoas que, em vez do pavor de serem internadas, passaram a aceitar ser tratadas quando enfermas.

Na segunda metade do século XX, foi constituída a chamada "era de ouro da assistência médico-hospitalar". Em 1945, os países ocidentais ganham um novo desenvolvimento econômico e social. Com isso, a assistência à saúde, em grande parte dos países europeus é reconhecida como direito de todo o cidadão e desenvolvidos os

sistemas nacionais de saúde como garantia de acesso gratuito e universal à saúde.

Assim, o hospital passa a desempenhar um papel importante na sociedade, com prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto, segurança, tornando-se o centro dos sistemas de saúde, sistema este configurado a seu *feitio hospitalocêntrico*.²⁵

Apointa-se a Santa Casa de Misericórdia de Santos como a primeira instituição hospitalar brasileira, fundada em 1º de novembro de 1543, pelo fidalgo português Brás Cubas, seu primeiro provedor e que ficou por mais tempo na função, quase 50 anos. Não havia médicos para atuar no hospital, tendo sido encarregados de cuidar dos enfermos os sacerdotes e irmãos leigos jesuítas. O atual prédio foi inaugurado em 1945, com uma nova estrutura sendo ainda um dos maiores do país, como marca do *boom* da medicina hospitalar que se deu de 1940 a 1960, quando surgem outros hospitais públicos: em 1947, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, considerado o maior estabelecimento hospitalar da América Latina; o Hospital Bonsucesso (RJ), em 1948; o Hospital da Lagoa (RJ) e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1944; o Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais em 1955; e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em 1961.

O modelo hospitalocêntrico, e a introdução de novas medidas e mudanças no âmbito da assistência e gestão dos hospitais, iniciam-se, de fato, na década de 1970, ante a inflexão do padrão de desenvolvimento econômico e social do pós-guerra. Diante do contexto de reformas do sistema de saúde, após a Segunda Guerra Mundial, os gastos com a saúde, nos países desenvolvidos, evoluem com taxas médias, sendo que, ao longo do período, os gastos passaram a consumir grande parcela do Produto Interno Bruto.

As políticas de saúde dos governos, conforme Edwards; Hensher; e Werneke (1988), passam a ser pautadas pela contenção de gastos e pela maior eficiência e qualidade nos seus resultados, com os hospitais consumindo a maior parcela dos recursos setoriais.

²⁵ Hospitalocêntrico refere o modelo de atenção à saúde em que prevalecem as práticas hospitalares curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de Atenção Básica (AB), tanto preventivas quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial toda a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar-curativa. Esse modelo passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos 1970.

Diante de tantas mudanças, é necessário se atentar para os fatores demográficos e epidemiológicos: o aumento da expectativa de vida, as mudanças da mortalidade, as doenças agudas e as doenças crônico-degenerativas. Com este cenário, fortalece-se um novo modelo de assistência hospitalar, pensando-se na assistência à promoção da saúde, na prevenção de doenças e, quando necessário, o simples tratamento ambulatorial. Diante da evolução da medicina, existe a possibilidade de assegurar a qualidade de vida dos doentes, mediante acompanhamento ambulatorial.

Stoeckle (1995), por sua vez, ressalta uma nova doutrina médica, mudanças ocorrem, que os pacientes não devem ficar muito tempo no hospital isolados e, sim, é recomendável o paciente retornar o mais breve possível a seu ambiente familiar e convívio social, o hospital passando a ser considerado um ambiente iatrogênico, isto é, que pode causar complicadores a uma doença, causados por medicamentos, pelo tratamento médico, ou pelo próprio ambiente hospitalar.

A trajetória do hospital é dita como universal²⁶, dado apresentar elementos comuns às diversas sociedades e culturas (RIBEIRO, 1993), justamente em razão de os hospitais cada vez mais se assemelharem, uns a outros, no mesmo país ou em países diversos, devido aos "perfis epidemiológicos e da aproximação das culturas dos países que se industrializam e se desenvolvem dentro do mesmo modo de produção, da universalização e uniformidade das tecnologias médicas, administrativas, sobretudo, das políticas econômicas e sociais que se internacionalizam" (p. 11), aperfeiçoando-se sempre, acompanhando os avanços médico-tecnológicos.

Ao longo dos séculos, a assistência hospitalar foi se tornando mais complexa, com os grandes hospitais se tornando centros integrados de serviços, disponibilizando a seus pacientes sofisticados exames de imagem e de análises clínicas, consultórios médicos ali integrados, áreas de atendimentos especializados como oncologia, neurologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e cirurgia geral.

Na atualidade há várias modalidades de hospitais: os chamados hospitais gerais; hospitais especializados; hospitais de emergência; hospitais de ensino e pesquisa; hospitais locais; hospitais de referência; hospitais de agudos; hospitais de apoio.

²⁶ Inclusive há um dia em que se comemora o Hospital: 02 de julho de cada ano, com força de Lei, o Decreto do então Presidente, Sr. Jânio Quadros, em 1961, no mesmo dia de fundação em 1948, da Associação Brasileira de Hospitais (ABH).

O termo "Hospital" refere um conjunto de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, visando a oferecer uma variada gama de serviços e desempenhar várias funções no atendimento à saúde das populações.

A definição oficial de hospital, segundo o Ministério da Saúde, refere que a estrutura hospitalar é "parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente".²⁷ Por mais diversificados que sejam os serviços hospitalares, todos eles têm, conforme sua definição, uma finalidade em comum: a prestação de cuidados à saúde de pacientes internados em leitos hospitalares.

Dentre as definições mais comuns empregadas para o termo Hospital (BRASIL, 2004, p. 61) tem-se que se trata de "estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação, e em condições de oferecer assistência, médica e enfermagem, em regime de 24 horas ao dia, para diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados que necessitem de cuidados".

Destaca-se a importância de se conhecer e avaliar as características e as tendências dos hospitais, qualificados como nacionais e internacionais, e com um sistema de classificação desses estabelecimentos hospitalares (BRASIL, 2004):

1- O porte dos estabelecimentos, resultando em hospital de pequeno porte: 50 leitos; hospital de médio porte: 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: 151 a 500 leitos; hospital extra: acima de 500 leitos (BRASIL, 2004).

2- O perfil assistencial dos hospitais: hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

²⁷ Informações deste capítulo, em sua grande parte, disponibilizadas em: <https://setorsaude.com.br/conhecamaissobre-o-dia-do-hospital-celebrado-no-dia-2-de-julho/>.

3- O nível de complexidade: hospital de nível secundário, de nível terciário e quartenário.

4- Abrangência das ações do estabelecimento na rede de serviços: Hospital local, regional, estadual ou nacional.

Os hospitais são caracterizados também conforme seu regime de propriedade: público ou privado. Os hospitais públicos são descritos de acordo com cada esfera de governo, isto é, federal, estadual ou municipal. Isso se tendo em vista a modalidade jurídico-institucional, da administração pública direta ou indireta, como autarquia, fundação ou mesmo uma empresa estatal.

Os hospitais privados são classificados como entes com fins ou sem fins lucrativos, neste caso beneficentes ou filantrópicos. É comum a indicação do tipo de clientela para a prestação de serviços a pacientes do SUS, casos de hospitais privados, sejam conveniados do SUS.

Nosso país dispõe, na atualidade, de aproximadamente 6.730 hospitais, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com dados de maio de 2019, dentre hospitais especializados (950) e hospitais-gerais (673).²⁸ Existem 4.267 hospitais privados, a maioria situada na região Sudeste (41,4%), especialmente em São Paulo e Minas Gerais. A maior parte destes hospitais tem fins lucrativos (56,9%).²⁹ Um fator muito importante é a fonte de dados e sistemas de informação sobre os hospitais no Brasil. O sistema de informação que dispõe sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, o CNES, refere que todo o estabelecimento de saúde em seu funcionamento em território nacional tem que se manter cadastrado e com dados atualizados.

Há outros dados importantes no SUS para a produção hospitalar: o efeito de pagamento que se chama *Autorização para Internação Hospitalar do SUS* (AIH), que tem por objetivo a autorização do pagamento do procedimento realizado. Nas AIH, constam: o perfil do paciente, a causa da internação bem como os procedimentos realizados no período de internação, além do valor pago (BRASIL, 2021).

²⁸ Dados disponíveis em: <https://setorsaude.com.br/conheca-mais-sobre-o-dia-do-hospital-celebrado-no-dia-2-de-julho/>.

²⁹ Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenaioDosHospitaisNoBrasil2019-CNSaudeFBH.pdf>.

Outra fonte importante é o instrumento *Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial* (CIHA, 2011), que determina que os hospitais informem, ao Ministério da Saúde, todos os procedimentos realizados em ambiente hospitalar que não tenham sido pagos pelo SUS.

Todas as informações sobre a produção e o financiamento das internações podem ser obtidas nos PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/IBGE (BRASIL, 2016). Essas informações são tão importantes que nos permitem dados sobre o perfil dos pacientes (sexo, educação, renda, trabalho e residência), dados estes que permitem ser comparados com os dados relativos as internações, tratamento durante período de internação, tempo de permanência, características de estabelecimento e financiamento do serviço.

Tributariamente aos avanços tecnológico-científicos, Shortell; Gillies; e Devers (1995) complementam que os procedimentos realizados nos hospitais apresentam a possibilidade de serem realizados em outros ambientes que não o hospitalar. Com isso, surgem novas possibilidades de prestação de serviços assistenciais (dispensando, porém, atendimentos de curta duração e que dependem de um hospital) e novas modalidades assistenciais, por exemplo o hospital-dia, a assistência domiciliar, casas de atendimento ou de repouso com orientação médica, dentre outras.

Segundo dados apresentados pela Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP, 2016), nos últimos anos, houve crescimento de casas de repouso (que passaram de 302 serviços em 2011 para 587 em 2015) e também de serviços de *home care*, que dobraram neste período passando de 138 unidades para 290.³⁰

Como antes explicitado neste estudo, mudanças epidemiológicas e sociais, nas décadas finais do século XX e nestas iniciais do século XXI, acarretaram o acelerado fenômeno do envelhecimento das populações do mundo (com o aumento do segmento idoso), assim como o da longevidade (com as pessoas vivendo mais anos em sua velhice).

Nesse contexto, uma nova sociedade mundial se estrutura, novas necessidades surgem e se torna necessária e urgente a implementação de Políticas destinadas a uma melhor reestruturação dos cuidados à pessoa idosa (SANTOS PINTO, 2012),

³⁰ Disponível em: <https://digital.hospitalar.com/pt-br/conteudo-networking/desospitalizacao-e-caminhoindispensavel-para-populacao-brasileira-em-processo>.

especialmente no caso das mais longevas. Estas passam a enfrentar, comumente, doenças crônico-degenerativas, não transmissíveis, as chamadas DCNT, dentre elas as cardiovasculares (...), as primeiras entre as causas de morte ou de incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2008), e que parece ter se tornado o padrão epidemiológico dominante, com impactos múltiplos em termos de limitação à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade da população. Tanto isso se confirma ao se ver justamente essas pessoas afetadas pela DCNT vitimando-se, desde março de 2020, pelo Coronavírus, em todo o mundo.

Dentre os demais países, o Brasil, por sua vez, avulta por uma aceleração do envelhecimento para além dos países em desenvolvimento, cujos idosos (≥ 65 anos) corresponderão a um quarto da população (25,5%) em 2060 (IBGE, 2018; MELLO *et al.*, 2021).

Em paralelo ao duplo fenômeno (o numérico idoso *versus* a longa vida na velhice), verifica-se o aumento da prevalência das DCNT, complexas e onerosas por consequência. Doenças que, como dito, acometem, via de regra, as faixas etárias longevas, e cuja demanda aos sistemas de saúde exige a busca de respostas mais adequadas às diferentes necessidades (BRASIL, 2020), constituindo uma problemática que vem revelando, de um lado, uma escassez significativa de recursos humanos para o enfrentamento do duplo fenômeno; de outro lado, provocando importante pressão financeira na sociedade (AMORIM; PESSOA, 2014).

Segundo os últimos autores, o curso natural de uma DCNT, progressiva e de tempo indeterminado, implica um tempo de uma aparente remissão, intercalado por exacerbações dessa patologia, e, no pouco tempo antes da morte, reiteradas hospitalizações (LAMPERT *et al.*, 2021). Assim, segundo esses autores, é que doentes próximos do final de vida são os principais usuários dos serviços de emergência, de ambulâncias (LOWTHIAN *et al.*, 2011), de ocupação de unidades hospitalares ou de terapia intensiva, sendo que muitos acabam seus últimos dias no hospital, em situação muito crítica, acabam mesmo afastados dos familiares e amigos próximos.

Os números que atestam as internações no Brasil são mesmo preocupantes. Ocorreram 2.933.305 internações de idosos no Brasil, no ano de 2017, com a região Sul

sendo a que concentrou uma maior proporção, com 30,59%, seguida da região Sudeste com 28,47% de idosos internados (BRASIL, 2018).

Com o avanço da idade, as internações se tornam mais frequentes, sendo maior o tempo de permanência dentro de um hospital, com o aumento da demanda de serviços assistenciais gerando custos elevados, proporcionais à sua utilização. Considere-se, ainda, que um grande número de idosos se valeu, muitas vezes, da emergência hospitalar como porta de entrada ao sistema de saúde (VERAS, 2013), cenário modificado pelo isolamento social, devido à pandemia dos anos 2020 e 2021.

O hospital continua representando, de fato, um lugar de cuidados a um paciente em situação crítica. Mas quando um paciente não mais tem condições de recuperação/cura, dado o estado avançado de uma doença, de fim de vida, a instituição deixa de ser o local apropriado para que ele ali permaneça.

É preciso, então, que ele seja inserido na chamada "Transição do Cuidado", que é vista como uma estratégia para garantir a continuidade dos cuidados na Alta Hospitalar, favorecendo a prevenção de readmissões hospitalares e, conseqüentemente, de redução de custos.

As ações desenvolvidas durante a Transição do Cuidado são relevantes especialmente no caso dos pacientes com DCNT, que apresentam períodos de exacerbação da doença quando passam a necessitar de cuidados em serviços de emergência (ACOSTA, 2016). De emergência também, caso surjam os sintomas mais característicos da Covid-19, que exigem muitas vezes a internação imediata.

Sobre como a literatura vem tratando dessa Transição do Cuidado", do hospital para o domicílio, foi necessário verificar por meio da coleta de dados deste trabalho que vai ser explicitada a seguir, no capítulo III.

CAPÍTULO III – O “ESTADO DA ARTE” SOBRE O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

A presente pesquisa de Doutorado vinculada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, na Faculdade das Ciências Sociais, tem como intencionalidade investigativa, como antes dito, o desvelamento da realidade social, observada a partir de reflexões sobre as práticas de intervenção de profissionais, especificamente do Assistente Social, no seu papel de coordenar, em uma instituição, ou contribuir para uma gestão qualificada em um determinado processo - o aqui verificado, da desospitalização de pacientes idosos crônico-dependentes, ora vivenciando o contexto de pandemia trazido pela Covid-19.

Buscou-se, então, identificar as evidências científicas sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas, daqueles em transição dos espaços hospitalares para os residenciais (ou domiciliares).

A metodologia para a desospitalização enquanto objeto de estudo das Ciências Sociais, neste estudo especificamente do Serviço Social, deverá mostrar -se apropriada, se aplicada dentro de uma pesquisa de ordem essencialmente qualitativa, com análise temática, o que significa tratar da “intensidade de certos fenômenos observados”, no sentido de trazer à luz aspectos que os tornem específicos (em sua qualidade, portanto), conforme os termos de Minayo (2017).

O pressuposto da pesquisa qualitativa volta-se às singularidades manifestas, no presente caso de pessoas idosas e profissionais que delas cuidam no processo de desospitalização, e os sentidos/significados dos necessários cuidados (cf. KANT, 1980, *Matemática Transcendental*, apud MINAYO, 2017). Ou seja, trabalha-se menos com a preocupação a respeito dos aspectos que se repetem, mas muito mais com sua dimensão sociocultural, expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas, todos esses aspectos sociais ligados a um sujeito de pesquisa, com o pesquisador pensando que, mesmo provisoriamente, pode encontrar a lógica interna de seu objeto de estudo, que ele também é sujeito em todas as suas conexões e interconexões (RABELO; THAMIREs, 2018).

Ainda segundo Minayo (2017), ao se reconhecer a distinção metodológica qualitativa-quantitativa, tem-se que a abordagem primeira não está isenta de parâmetros e normas que possam dar-lhe *status* de cientificidade (ONWUEGBUZIE; LEECH, 2007, *apud* MINAYO, 2017).

A preocupação inicial nesta Metodologia centrou-se, então, sobre um primeiro apontamento proposto por Minayo (2017): até que ponto as interlocuções individuais, resultantes de trabalho empírico de campo, poderiam ser entendidas como revelações do grupo a que pertenceriam os depoentes, permitindo, em função disso, inferências extensivas a todo esse grupo.

Valendo-nos das reflexões de Minayo (2017), sobre esse primeiro ponto que trata da *representatividade de uma enunciação individual para o coletivo de um grupo*, várias respostas são possíveis, e para tal, a autora se apoia na contribuição de três pesquisadores, que ora explicitamos:

O primeiro, Gadamer (2008) destaca, em sua hermenêutica filosófica, uma dialética entre grupo e indivíduo. Segundo esse teórico, cada individualidade é manifestação de um viver total, embora não seja a totalidade do viver. Nessa direção, a fala de cada pessoa, no presente caso do idoso (dele próprio ou via familiar/cuidador) e do assistente social, deve ser valorizada, embora não de forma absoluta, dado que cada um não se esgota no seu dizer, na conjuntura em que vive e nem sua ação e pensamento são meros resultados de sua vontade, personalidade e desejo.

Quantas vezes o não-dizer diante de uma pergunta (daquele que "se pôs" ou foi "posto" em silêncio) precisa também receber interpretação, nos seus sentidos vocalmente silenciados (ORLANDI, 2007)! Erigir o *não-dizer* como a narrativa de uma pessoa que precisa de escuta pode ser reveladora do grupo em que está inserida, e de seu tempo histórico, cuja singularidade configura-se como permeada pelo meio em que vive e pela cultura, desvelando um espaço mais profundo, o das relações pessoais e sociais, dos processos em que esteve e está imbricada, algo de sua realidade humana vivida socialmente, não perceptível, não captável objetivamente em palavras ou números.

Um segundo teórico a quem Minayo recorre é Pierre Bourdieu (1983), que aqui também é destacado, justo quando este desenvolve a noção de *habitus*, como um dispositivo que contribui para se refletir sobre as características de uma experiência

biográfica fundada em uma identidade social orientadora de um indivíduo, ora consciente, ora inconscientemente. Assim, um indivíduo se configura como uma síntese complexa de seu contexto sócio-histórico, sendo dotado, por conseguinte, de uma interioridade e de uma configuração social exterior a ele.

O terceiro autor, importante para dizer sobre a representatividade de uma enunciação individual para o coletivo de um grupo, é Norbert Elias, que também trabalha com a noção de *habitus*, mas numa abordagem configuracional (ELIAS, 1994). Isso significa que a sociedade e os grupos são vistos como espaços de interações e de redes intercomunicantes. As relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais. Desse modo, a entrevista com um membro de um grupo, em que ele é solicitado a falar livre e francamente sobre si mesmo, pode ser vista, ao mesmo tempo, como um depoimento pessoal e coletivo.

Na mesma direção, mas de modo mais operacional, o trabalho de Romney, Batchelder e Weller (1986) apresenta um modelo de consenso cultural para estudos etnográficos, possibilitando a pesquisa com um número finito de entrevistas e observações. Desse modo, a resposta para a indagação inicial mostra-se como positiva: as informações prestadas por pessoas implicadas num tema de pesquisa podem representar um conjunto, bastando que determinadas precondições sejam observadas.

Quanto a um outro aspecto muito questionado no campo científico, sobre o número ideal de trabalhos coletados em uma pesquisa qualitativa, a pergunta que se coloca seria para saber: em que medida uma quantidade reduzida de, por exemplo, entrevistas tal como são elicitadas na presente pesquisa, realizada com um grupo restrito e delimitado de participantes (Assistentes Sociais), assim como a própria forma intersubjetiva de atuação de um pesquisador em campo, como esta doutoranda, na coleta da literatura, podem ser considerados científicos. Segundo Minayo (2017), um parâmetro para esses questionamentos seriam as regras da ciência dita hegemônica, cujos cálculos estatísticos e os procedimentos a estes inerentes, são considerados os meios corretos e fidedignos de verificação e de busca da verdade (cf. MARTIN-SALGADO, 2012).

Ainda segundo Minayo (2017), em uma investigação científica, a questão da amostragem é, de fato, fundamental, porque a ela está vinculada à credibilidade metodológica de uma pesquisa (BERTAUX, 1981; CRESSWELL, 1998; MARTINSALGADO, 2012; MINAYO, 2012; MORSE, 2000, 2008).

Uma segunda indagação em torno da pesquisa qualitativa seria sobre as pré-condições para se garantir uma amostra suficiente e fidedigna, a que Minayo (2017) ressalta: a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar articulada à dimensão do objeto (ou da pergunta) em foco que, por sua vez, articula-se com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por meio da técnica da *observação participante*.

Segundo Minayo (2017), uma amostra não é um elemento solto no conjunto de uma proposta qualitativa, mas deve atender a um pequeno decálogo de recomendações que a autora, em sua experiência, explicita, justo por entender que estas devem cercar necessariamente tal momento de construção de um objeto em particular, sendo elas: “(1) dar atenção à elaboração de instrumentos que permitam compreender as homogeneidades (o que de comum existe) e as diferenciações internas (o que de heterogêneo existe) de um grupo ou dos grupos a serem pesquisados; (2) assegurar que a escolha do local e do grupo (ou dos grupos) para observação, e troca de informações, contemple o conjunto das características, experiências e expressões que o pesquisador pretende objetivar com seu estudo; (3) privilegiar, na amostra, os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (4) definir claramente o grupo social mais relevante, no caso de se trabalhar com vários subconjuntos: é sobre eles que o pesquisador deve concentrar grande parte de seus esforços; (5) dar atenção, também, a todos os outros grupos que interagem com o principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações, interconexões e influências mútuas; (6) trabalhar numa perspectiva de inclusão progressiva das descobertas do campo, confrontando-as com as teorias que demarcam o objeto; (7) nunca desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo não deixa de ser relevante para a descoberta da lógica interna do grupo estudado; (8) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie a reincidência e a complementaridade das informações; (9) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido; (10) sempre que possível, prever uma triangulação de técnicas e até de métodos. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de aproximação” (MINAYO, 2017, p. 4).

O presente trabalho seguiu estritamente as seis fases do processo de elaboração de uma revisão da literatura à luz dos requisitos colocados para a modalidade integrativa, fases que são a seguir apresentadas sucintamente (RUSSELL, 2005; MENDES; SILVEIRA;

GALVÃO, 2008); SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES; HOGA; PEDUZZI; SANGALETI; YONEKURA, 2014; MINAYO, 2017):

1ª fase: *Identificação do tema e seleção da hipótese ou elaboração de uma questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:* no presente caso, a questão norteadora foi, como antes dito: **“Que aspectos vêm sendo explorados pela literatura como relevantes e que necessitam ser repensados, sob uma perspectiva interdisciplinar e com o foco do Serviço Social, para que um processo de desospitalização possa se dar de modo mais rápido, mais eficiente, bem-orientado, evitando-se novas reinternações de uma pessoa idosa?”**.

Considera-se que a definição de uma questão norteadora é considerada a fase mais importante de uma revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado.

Para tal, é preciso incluir a identificação dos autores, as intervenções que devem ser avaliadas e os resultados que também precisam ser verificados para inclusão na pesquisa-fonte.

Assim, a questão-norteadora precisa ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já apreendidos por um pesquisador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

2ª fase: *Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos para a busca/amostragem na literatura,* de artigos publicados em periódicos científicos, aqui se incluindo também dissertações de mestrado, de teses de doutorado, de livros publicados sobre o tema, de acordo com os objetivos propostos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Providenciou-se, neste estudo, que esta busca fosse ampla e diversificada, buscando-se os dados em bases eletrônicas; em periódicos científicos geralmente on-line; em livros publicados sobre o tema; em dissertações e teses disponibilizadas livremente via internet.

Os critérios de amostragem precisavam, de algum modo, garantir a representatividade da amostra, já que devem se constituir como indicadores importantes da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal seria incluir todos os

estudos encontrados ou, então, fazer uso de uma seleção randomizada; dever-se-ia expor e seguir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Desse modo, a determinação dos critérios foi realizada em concordância com a questão norteadora (MINAYO, 2017).

Esta revisão integrativa da literatura buscou evidências em revistas da área da Gerontologia e também na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas na Literatura e Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca UNIFESP, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Biblioteca do Serviço Social PUC-SP, Revista Einstein Envelhecimento, relativamente ao período entre 2010 e 2020, para alguns descritores, e suas combinações, em língua portuguesa, tais como: “Desospitalização”, “Desospitalização de pacientes crônicos/dependentes”, “Desospitalização e cuidados familiares”, “Transição de Cuidados”, “Alta Hospitalar”, “Alta segura”, “Cuidados domiciliares”, “Dependentes de cuidados”, “Cuidados Paliativos Domiciliares”, “Segurança do paciente”, “Serviço de Atenção Domiciliar”.

A coleta de dados com vistas a conhecer a produção científica sobre o processo de desospitalização de idosos crônicos-dependentes, e analisar de como vem se dando esse processo, problemáticas envolvidas, dentre outros aspectos.

Reiterando o dito antes, os conhecimentos recuperados podem trazer um conhecimento maior da realidade social na situação mencionada, a partir de reflexões feitas sobre como operam os profissionais, no caso, o Assistente Social, em sua atuação no processo de Transição do Cuidado ao idoso do hospital para sua residência.

3ª fase: *Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ a categorização dos estudos:* A coleta de dados foi operacionalizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pela autora, por ocasião da realização de anteriores revisões integrativas.

A pesquisa bibliográfica sendo considerada um dos melhores modos de iniciar uma investigação, como o da presente pesquisa de doutorado, tentando-se recuperar semelhanças e diferenças entre os estudos encontrados.

Destaque-se que o levantamento de informações pela via digital mostrou-se como um grande avanço para os pesquisadores, facilitando a pesquisa remota/virtual, ou feita à

distância, na própria residência do pesquisador, bastando acessar as informações pelo seu micro, ou celular, democratizando o acesso a conhecimentos já elaborados, e permitindo uma atualização frequente dos resultados de pesquisa sobre um determinado tema (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O propósito geral da revisão foi reunir e confrontar conhecimentos sobre um determinado tópico ali elicitado, o do processo de desospitalização, sumarizando, em um único local, objetivos e resultados da investigação sobre esse específico tópico.

Para extrair os dados dos trabalhos selecionados, fez-se necessária a utilização de um instrumento-modelo (o Quadro 1 anexo) previamente idealizado e titulado, capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse extraída, que minimizasse o risco de erros na transcrição, garantisse precisão na checagem das informações e funcionasse, por fim, como registro dos dados; estes incluindo as informações essenciais de cada trabalho: o nome dos pesquisadores, o título do artigo, os conceitos empregados, os objetivos, as conclusões, acompanhadas das considerações desta doutoranda recuperadas para inserção na pesquisa de doutorado em curso.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos trabalhos foram: - artigos disponíveis on-line, em língua portuguesa, e divulgados na íntegra, retratando a temática referente à problemática da desospitalização, os diversos aspectos envolvidos, artigos estes que foram publicados e indexados nos citados bancos de dados nos últimos dez anos. Como critérios de exclusão: artigos incompletos; produções repetidas, que não atendessem aos objetivos do estudo; ou publicados em período superior a dez anos.

4ª fase: *Análise crítica, avaliação dos estudos incluídos nesta revisão integrativa:* Foi realizada uma leitura criteriosa dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão, quando foi desenvolvida uma síntese dessas pesquisas em forma de quadro, o Quadro 1, incluído mais adiante.

Foram organizados e explicitados nesse quadro, os seguintes aspectos, como antes mencionados: a localização do artigo, autores, título do artigo, referência, ano, seus objetivos, conclusões/contribuição para esta pesquisa em nível de doutorado. Na sequência, os dados foram analisados e situados a partir de eixos temáticos sendo incluídos em categorias, estas de acordo com a relevância para os objetivos propostos pela

presente investigação, e que serão explicitadas adiante. O material coletado foi submetido à técnica de interpretação da Análise de Conteúdo, de Bardin (2011).

Assim, tanto a análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, quanto a síntese dos dados extraídos dos trabalhos coletados, foram realizadas de modo descritivo-explicativo, possibilitando observar, descrever, classificar e explicar/interpretar os dados, com o intuito de não apenas reunir o conhecimento produzido sobre o tema em foco, mas também refletir sobre os resultados, verificando em que sentido poderiam contribuir para a presente investigação de doutorado.

A revisão integrativa vista aqui como um método que proporciona a síntese de conhecimentos, a análise crítica em termos de suas qualidades ou limitações, com a meta de uma posterior incorporação da aplicabilidade dos resultados mais significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 102).

Dizendo de outro modo, a tarefa é a de realizar uma análise ampla da literatura produzida sobre uma determinada temática, no presente caso sobre o processo de Desospitalização, para refletir, discutir sobre os métodos aplicados pelos pesquisadores e os resultados das investigações ora coletadas, no sentido de contribuir para discussões, e possíveis desdobramentos em estudos futuros (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). É também definida essa tarefa como um método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Complementam essas autoras: a revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo, o seu produto final, o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5ª fase: *Discussão/interpretação dos resultados:* A amostra final desta revisão foi constituída por 42 trabalhos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, quatro foram encontrados na Biblioteca Unifesp; nove, na SciELO; dois, na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; seis na Biblioteca do Serviço Social, da PUC-SP; seis, na base de dados LILACS; doze, na Virtual Health Library; um, na Revista

de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento; dois, na Revista Einstein Envelhecimento.

A partir da interpretação e síntese dos resultados, compararam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, foi possível delimitar aspectos fundamentais para estudos futuros.

Para proteger a validade deste trabalho, a pesquisadora, tal como foi realizado, pretendeu salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar possíveis vieses.

6ª fase: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: Esta revisão integrativa pretendeu incluir informações suficientes que possibilitassem ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração desta revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos.

Conforme Mendes; Silveira; Galvão (2008), todas as iniciativas tomadas pelo revisor podem ser cruciais no resultado final da revisão integrativa (diminuição dos vieses), sendo necessário uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores. Em geral, a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão é o quanto nem todas as características e os resultados dos estudos foram relatados nas fases anteriores pelo revisor.

A proposta de uma revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas, caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável. Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo que traz do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros.

A questão norteadora foi: **“Que aspectos vêm sendo explorados pela literatura como relevantes e que necessitam ser repensados, sob uma perspectiva interdisciplinar e com foco do Serviço Social, a fim de que a Desospitalização se realize de modo mais rápido, mais eficiente e bem-orientado, que possa melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa idosa na comunidade, evitando-se reinternações, inclusive daquelas afetadas pela pandemia?”**, a despeito dos enormes avanços na tecnologia da comunicação.

O quadro 1 apresenta a sistematização com as especificações de cada um dos trabalhos coletados. Desse modo, pode-se perceber a riqueza trazida pela diversidade temática explorada pelos autores resenhados, a respeito de questões de hospitalização e desospitalização de idosos.

Assim, essa abordagem faz motivar a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, é que há a necessidade de produção de métodos de revisão de literatura em modalidades como a da revisão integrativa. Nesse contexto, apresentam-se os conceitos e as fases que constituem uma revisão integrativa, como instrumento da PBE (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Assim, o objetivo do estudo, na parte metodológica desta investigação de tese de doutorado, foi apresentar a aplicabilidade dos subsídios dos trabalhos estudados, para a pesquisa de doutorado na interface entre Saúde e Serviço Social, possibilitando, pois, a síntese do estado do conhecimento sobre o processo de Desospitalização, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Reiterando o dito antes no sentido de "fechar" os propósitos deste estudo, o levantamento da literatura existente em bases eletrônicas de dados se realizou no sentido de procurar sistematizar o “estado da arte” sobre o processo de desospitalização de pessoas idosas, incluída a problemática da pandemia, respondendo a uma questão norteadora, previamente colocada, que permitiu uma análise dos trabalhos encontrados, incidindo a pesquisa, temporalmente, nas publicações dos últimos dez anos. Tentou-se cumprir aqui o que a apresentação de uma revisão exige: - que seja clara e completa para

permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados; e deve conter informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada. A seguir, a apresentação do Quadro 1:

N.º	ANO	AUTORES	TÍTULO	PUBLICA DO EM:	OBJETIVOS	RESULTADOS E SUBSÍDIOS À PRESENTE INVESTIGAÇÃO DE 69 DOUTORADO
1	2011	SANTOS, Franklin Santana	Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas	<i>Biblioteca UNIFESP</i>	Trata de Cuidados paliativos - Diretrizes, humanização e alívio de sintomas.	Enseja uma formação que contemple as áreas dos cuidados paliativos, a saber, conhecimentos de várias ordens: científicos, psicológicos, filosóficos, sociais, espirituais e humanitários.
2	2011	PESSINI, Leo	Humanização e cuidados paliativos	<i>Biblioteca UNIFESP</i>	A humanização do cuidar e o desafio de cuidar do ser com competência humana e científica, e cuidados paliativos como uma necessidade emergente e urgente na área de saúde. O autor aponta a necessidade de, mesmo quando se esgotam as possibilidades de intervenção do arsenal tecnológico, deve-se continuar o investimento na dignidade humana no ato de cuidar.	Este estudo mostra a Humanização na relação com os cuidados paliativos, um tema importantíssimo que requer o olhar dos profissionais da saúde. Trata do cuidar em fim de vida, quando se diz, muitas vezes, que não há mais o que fazer. Existe, sim, muito o que fazer, em termos de medidas de conforto que tornem o fim de vida de uma pessoa menos sofrido.
3	2012	ALCÂNTARA, Ana Maria Santana	Desospitalização de pacientes idosos dependentes em serviço de emergência: subsídios para orientação multiprofissional de Alta	<i>Biblioteca UNIFESP</i>	O estudo aponta elevado número de pacientes idosos que são dependentes de Alta, em vias de serem desospitalizados. Familiares desses idosos necessitam de orientação sistematizada sobre os cuidados domiciliares, a fim de que, se estiverem capacitados os familiares, se possa efetivar a Alta com segurança, para o paciente para o cuidador. O assistente social, por seu caráter investigativo e interventivo, desempenha papel relevante na organização do trabalho em equipe.	A desospitalização de pacientes idosos nas unidades de emergência dos hospitais públicos se faz necessária, tendo em vista o aumento de casos em situação crítica, como os pacientes dependentes de cuidados permanentes. Que este idoso tenha uma Alta segura, bem-orientada, segundo os autores, para evitar sequenciais reinternações. Com base na teoria da Aprendizagem Significativa Crítica, seguida pelos autores, afirma-se a suspeita de que é possível identificar espaços de mobilização de familiares, para a orientação da Alta hospitalar em serviços de emergência, no sentido de potencializar o processo de desospitalização.

4	2012	RIGO, Júlio; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; SCHWANKE, Carla Helena Augustin	<i>Cuidados Paliativos em Gerontologia</i> (livro)	<i>Biblioteca UNIFESP</i>	Este estudo tem por objetivo aproximar a geriatria da gerontologia, tendo em vista que o cuidado ao idoso é compreendido como um cuidado <i>in continuum</i> .	Ressalta-se, neste estudo, o quanto é importante ter um olhar de integralidade do cuidado dirigido ao idoso.
5	2013	ANDRAOS, Cláudio; LORENZO, Cláudio	Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos	<i>SciELO Revista Bioética</i>	Neste trabalho, realizou-se um estudo exploratório de dois casos de Internação Domiciliar (ID), em operadora de planos de saúde, na perspectiva da bioética crítica	Esta pesquisa foi realizada em saúde suplementar, não condizendo com os objetivos da presente pesquisa de doutorado.
6	2013	VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque	Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção	<i>SciELO</i>	O modelo proposto neste artigo de opinião se baseia na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Busca-se intervir antes do agravo ocorrer, ou, pelo menos, o mais próximo possível, considerando-se que é viável fazer esse tipo de intervenção em uma população cujo maior fator de risco é a própria idade.	Este trabalho é muito importante quanto à promoção e prevenção da saúde do idoso. Uma linha de cuidado articulada e referenciada nos dá possibilidade de ações com ênfase na promoção da saúde.

7	2014	FLESCH, Letícia Decimo; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira	Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo	<i>SciELO Estudos de Psicologia (Natal)</i>	A longevidade tem aumentado a prevalência de doenças crônico- degenerativas, que podem ocasionar dependência funcional e exigir hospitalizações repetitivas. Especificamente, esta investigação visou a conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio.	Resultados deste estudo reafirmam a importância de planejamento e coordenação da Alta hospitalar, para assegurar continuidade dos cuidados e atenção integral ao Idoso. Trabalho que trata de tema muito próximo aos objetivos da presente investigação de doutorado, dado que enfatiza o papel de familiares, amigos, enfim, junto a uma Rede de Apoio possível, quando de saída do idoso de um hospital.
8	2014	SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello	Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Geronto- logia</i>	O objetivo do estudo foi investigar os significados apresentados pela equipe multiprofissional e identificar o prazer e o sofrimento no trabalho com cuidados paliativos.	Os resultados mostram a importância de se sentir prazer no trabalho, e direcionam alguns aspectos que podem ser revistos, visando à superação do sofrimento e ao alcance da dignidade, ao atuar em cuidados paliativos. Como são fundamentais, a nosso ver, certos constituintes emocionais, como o prazer de atuar junto a pacientes idosos, para que, por exemplo, um processo de Desospitalização possa se dar de modo positivo, benéfico a uma pessoa idosa que necessita ter a seu lado pessoas cuidadoras com bom ânimo e fraternidade naquilo que fazem.

9	2015	COSTA, Francimar Felipa da Silva	O cuidador familiar a idosos em cuidados paliativos: limites e possibilidades	<i>Biblioteca a do Serviço Social PUC-SP</i>	O ato de cuidar de idosos em cuidados paliativos, em domicílio, atualmente, é responsabilidade cada vez mais atribuída às famílias que, nesse cenário, podem vivenciar contextos de fragilidades, subjéctiva, física, social e financeira, com implicações sérias, senão amargas, para a saúde do seu cuidador.	As respostas obtidas neste estudo fazem ver que não pode haver cisão entre acontecimentos da vida cotidiana e políticas público-sociais, sendo ambos necessariamente complementares; insiste-se, pois, sobre a importância de serem postas em ação as políticas públicas de cuidados específicos ao cuidador familiar em situação paliativa, a partir de suas demandas em vários registros, a fim de permitir-lhe a melhoria de seu bem-estar, a prevenção de conflitos, do estresse e depressão, além da segurança necessária para os procedimentos de cuidados paliativos. Ratifica-se ainda o imprescindível apoio da família e da articulação a uma rede social, formal ou informal, contribuindo para tornar menos árduo o dia a dia do cuidador, assim como mais confortável o do idoso em final de vida, escapando da dor e do sofrimento.
10	2015	CHAUTARD, Eva	As políticas sociais atuais permitem a manutenção e apoio aos idosos no domicílio? Complementaridad e do apoio cotidiano de idosos no domicílio na França e a assistência multiprofissional ao idoso no Brasil	<i>Biblioteca a do Serviço Social PUC-SP</i>	A idade das populações, francesa e brasileira, e do número de pessoas idosas dependentes vêm aumentando a olhos vistos. Nesse contexto, as políticas públicas devem centrar seus esforços em dispositivos de cuidados a serem realizados em domicílio e torná-los uma prioridade para a gestão da dependência.	Conclui-se que o Estado tem que ser capaz de respeitar os desejos da maioria dos idosos, quanto a permanecer o maior tempo possível em casa, e promovendo, assim, sua inclusão social e não isolando essas pessoas idosas que tanto precisam de um maior apoio das pessoas que os querem bem. Conclusões estas muito pertinentes para a presente investigação de doutorado, ao mostrar como é preciso desdobrar as reflexões sobre o processo de Desospitalização apontando o papel essencial do Estado.

11	2017	SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; CASTRO, Wesley Souza	A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades	LILACS	Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.	Existem fragilidades no processo, as quais envolvem questões de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização. Assim, as estratégias utilizadas para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio. Artigo que pontua as insuficiências ainda existentes e que precisam ser, mais uma vez, reapontadas nesta investigação, para que se possa em breve ir superando-as, com o avanço do processo de desospitalização em nosso país, assim como no mundo.
12	2017	SANTOS, Gerson Souza; CUNHA, Isabel Cristina Kowalolm	Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados	<i>Virtual Health Library (VHL = BVS)</i>	Objetivo: analisar os fatores associados à visita domiciliar à população idosa e suas características, segundo os preceitos da Estratégia Saúde da Família.	Os idosos avaliados neste estudo eram mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, com baixa escolaridade, renda familiar insuficiente, vivendo sem cônjuge, dependentes do Sistema único de Saúde, havendo a presença de doenças crônicas com destaque para hipertensão arterial e incapacidade para desempenho de atividades instrumentais da vida diária. Isso mostra o quanto um processo de Desospitalização precisa levar em conta a situação social das mulheres que vivem mais que os homens.

13	2017	WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques; MARQUES, Giselda Quintana	Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS)</i>	Objetivou-se identificar as atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio, a partir de evidências na literatura.	O estudo explicita que há necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais e de organização das atividades dos enfermeiros, promovendo-se a coordenação do cuidado com foco na transição do hospital para o domicílio.
14	2017	POZZOLI, Sandra Maria Luciano; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira	Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar (AD)	<i>SciELO</i>	O objetivo é evidenciar experiências do cuidar e ser cuidado e apresentar a visão de cuidadores familiares sobre um Serviço de Atenção Domiciliar.	A alteridade e a sobrecarga de responsabilidades são algumas expressões captadas no campo de pesquisa que indicam a necessidade de associar serviços de saúde a serviços sociais de apoio.
15	2017	CEREZER, Lidiane Glacieli; AGOSTINI LAMPERT, Melissa; DA SILVA BARBERENA, Luciana; BRONDANI, Cecília Maria; SOUZA RIZZATTI, Saete de Jesus	Avaliação da capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar	<i>SciELO</i>	Avaliar a capacidade funcional de pacientes atendidos em um serviço de atenção domiciliar.	As ações e intervenções proporcionaram evolução nos pacientes pertencentes ao plano de restauração e mantiveram o nível de dependência dos pacientes pertencentes aos planos de suporte e paliativo, minimizando os fatores que interferem na capacidade funcional. O plano de cuidado individual na atenção domiciliar auxilia na organização dos cuidados e orienta as práticas desenvolvidas pela equipe.

16	2017	FREITAS, Flávia Alexandra Silveira de; SANTOS, Eliene Santana de Souza; PEREIRA, Leani Souza Máximo; LUSTOSA, Lygia Paccini	Vulnerabilidade física de idosos na Alta hospitalar	SciELO	O objetivo do estudo foi (i) identificar a vulnerabilidade física de idosos hospitalizados no momento da Alta hospitalar; (ii) verificar a correlação entre o tempo de internação, idade, renda, escolaridade e comorbidades com a vulnerabilidade na alta hospitalar; (iii) comparar dados clínicos e sociodemográficos entre idosos vulneráveis e não vulneráveis; (iv) comparar o índice de vulnerabilidade entre idosos que receberam ou não acompanhamento fisioterapêutico, durante a internação.	A maioria dos idosos era fisicamente vulnerável no momento da Alta hospitalar,75 os mais velhos, com maior número de comorbidades, maior tempo de internação, presença de declínio cognitivo e sintomas depressivos. E, ainda, idosos que receberam acompanhamento fisioterapêutico apresentaram maior tempo de internação e maior vulnerabilidade. Os resultados podem estar relacionados com a gravidade prévia dos idosos encaminhados para a fisioterapia.
17	2018	OLARIO, Patrícia da Silva; MOREIRA, Marléa Chagas; MOREIRA, Isabel Borges; MARTINS, José Carlos Amado; Souza, Alexandre Teófilo de	Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuáriosde uma unidade no Rio de Janeiro/ Brasil	LILACS	O objetivo foi conhecer o perfil dos usuários do serviço de desospitalização de uma unidade no Rio de Janeiro.	O perfil dos usuários é caracterizado por dependência total e patologia oncológica requerendo implementação de estratégias que visem à condução destes casos. Portanto, segundo o ponto de vista da presente pesquisa de doutorado, a caracterização do perfil dos usuários de um serviço de saúde é imprescindível para a tomada de providências visando ao processo de Desospitalização.

18	2018	SOUSA, Roseane Brito	A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes	LILACS	Objetiva apresentar a relevância do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), na desospitalização de internados em um Hospital Público de Urgências. Expõe os resultados obtidos no decorrer do estudo, os quais confirmam a contribuição do SAD de forma positiva no processo.	O estudo traz o resgate da política de saúde enquanto direito garantido na 8ª Constituição Federal de 1988. Discorre sobre o que é o SAD, e seu significado enquanto mecanismo de desospitalização de pacientes. Traça o perfil dos usuários, e mostra a pertinência do serviço para os demandantes desse modelo de assistência. com o intento de contribuir com o crescimento do serviço na instituição em foco no estudo.
19	2018	CASTRO, Barbara da Silveira Madeira de; MOREIRA, Martha Christina Nunes	(Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração	LILACS	Objetiva-se estudar a volta para casa que é menos uma Alta hospitalar, e mais um processo de desospitalização. Aqui definido como “uma operação normativa, de retirada do ambiente e de gerar outros locais de referência que incluem inúmeras negociações simbólicas e geográficas. A viabilidade para sair do hospital não depende apenas da estabilização de seus quadros clínicos, mas de adaptações na casa: obras de eletricidade, compra de refrigeração para o ambiente, colocação de pisos que facilitem a higiene, abertura de janelas, retirada de infiltrações e focos de mofo. A pobreza das famílias as faz viver em locais que não estão adequados às necessidades especiais de saúde de pessoas doentes. Aos poucos, o hospital e seus discursos de higiene e	Este artigo, ao focalizar as narrativas dos familiares de crianças com adoecimentos de longa duração sobre seus processos de Desospitalização, mostra como as referências de apoio colaboram para garantir o crescimento de um paciente no hospital e posteriormente em casa, e desvela os desafios que isso representa na retomada e estabelecimento de novas rotinas, com as emoções que mediam esse processo. Estudo muito importante para fundamentar as reflexões para a presente pesquisa de Doutorado que foca o processo de desospitalização pensado relativamente às pessoas idosas com patologias crônicas, de longa duração ou dependentes de cuidados intensivos, permanentes, que vão depender dos serviços familiares pós-hospitalização. A mudança do hospital para casa supera uma simples mudança física, e se assume como um campo relacional, onde estão em diálogo significados, expectativas, investimentos. Ressalta-se que as intervenções de apoio e suporte devem ter início ainda na hospitalização, com vistas a

					<p>cuidados vão entrando na casa, que passa a ser até mesmo inspecionada antes de receber um doente em recuperação e sua família novamente; assim esse espaço vai se reconfigurando para todos que ali moravam.</p>	<p>melhorar o enfrentamento de permanência e Alta de um doente. A reflexão leva a reconhecer que, para pessoas com internações prolongadas, em virtude de condições crônicas complexas, e experienciando o adoecimento crônico, o processo de ida para casa revela mais que a mudança de um lugar de convivência institucional de caráter fechado - um hospital - para o ambiente privado da intimidade da casa. Conhecer melhor as inseguranças que essas transições representam pode contribuir para um cuidado integral à saúde de adoecidos cronicamente.</p>
20	2018	PALUMBO, Isabel Cristina Bueno	Quando não há cura, há religião? pessoas em cuidados paliativos em hospital do município de São Paulo	<i>Biblioteca do Serviço Social PUC-SP</i>	<p>O objetivo foi analisar o significado da religião para os pacientes em cuidados paliativos e para seus familiares.</p>	<p>Confirmou-se a hipótese da autora da pesquisa, ao constatar que a maior parte dos entrevistados se aproximou mais da religião depois de saber que estava com uma doença incurável. A aplicação destas conclusões seria de muita valia no caso da presente pesquisa de doutorado, no sentido de avaliar o aspecto abordado – o da religiosidade ou espiritualidade - como constituinte necessário a um processo de desospitalização de idosos crônicos e/ou dependentes.</p>

21	2019	SILVA-RODRIGUES, Fernanda Machado; BERNARDO, Caroline Souza Gomes; ALVARENGA, Willyanede Andrade; JANZEN, Danielle Castro; NASCIMENTO, Lucila Castanheira	Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS)</i>	Descrever as experiências de pais de crianças e adolescentes com leucemia quanto à transição de cuidados do hospital para o domicílio.	A transição para o domicílio fez com que os pais tivessem que se adaptar à nova e complexa realidade de cuidados. Melhorias no planejamento e sistematização da primeira Alta mostram-se necessárias. Os apontamentos dos autores do artigo podem valer como subsídios para ajudar a conceber a proposta de um novo processo de Desospitalização a partir da presente Pesquisa de Doutorado, voltada aos idosos.
22	2019	MAGALHÃES, Kelly Pinheiro; BEZERRA, Milena de Holanda Oliveira; CARVALHO-BARRETO, André de; CARNEIRO, Stânia Nágila Vasconcelos	A saúde psíquica na atenção domiciliar: um estudo com cuidadores de pacientes	<i>SciELO</i>	O objetivo foi o de compreender como os cuidadores domiciliares do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Quixeramobim-CE percebem sua saúde mental no exercício de suas funções. Foram feitas dez entrevistas com cuidadores devidamente registrados no SAD, analisadas à luz da análise de conteúdo, de onde emergiram as categorias: percepção dos cuidadores sobre o processo de cuidar, sobrecarga dos cuidadores, e implicações do cuidar na saúde mental dos cuidadores.	Pode-se perceber que o público da pesquisa está suscetível ao sofrimento psíquico e a prejuízos em sua saúde mental e subjetividade. Espera-se que este estudo incite a preocupação acadêmica sobre o fenômeno da saúde mental dos cuidadores e permita que outras pesquisas, olhares e perspectivas se construam, concebendo uma proposta de atuação realmente focada na figura do cuidador, respeitando um sujeito genuíno, muito além de um instrumento de cuidado. Na presente investigação de Doutorado, a questão de os cuidadores serem vistos como sujeitos de suas ações de prestação de cuidados aos idosos é fundamental, para que a Desospitalização possa ser bem-sucedida. Instrumentos de trabalho são instrumentos neutros, mas o ser humano supera qualquer funcionalidade ou instrumentalidade simplesmente mecânica/tecnológica.

23	2019	NEVES, Ana Carolina de Oliveira Jeronymo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; ANDRADE, Angélica Mônica; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa	Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino	<i>SciELO</i>	Descrever o perfil dos usuários e cuidadores atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar; verificar associações e correlações entre as variáveis – foram os objetivos desta pesquisa exposta em forma de <i>paper</i> .	Funções, responsabilidades, custos e gastos são transferidos às famílias, onerando o cuidado domiciliar.
24	2019	CORRADI, Maria Luiza Galoro	Percepção sobre a prática de cuidados paliativos e terminalidade de vida em um hospital geral	<i>Biblioteca do Serviço Social PUC-SP</i>	Faz-se imperioso entender, segundo os objetivos deste estudo, a necessidade de adequação da assistência médica atual, assim como de mudanças nos conteúdos curriculares nas escolas médicas, para a promoção do ensino e aprendizado dos cuidados paliativos. Este trabalho teve por objetivos avaliar a percepção dos médicos assistentes e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo sobre cuidados paliativos e terminalidade de vida; identificar lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de cuidados paliativos, além	Concluiu-se, que, entre os vários sentimentos negativos relatados no enfrentamento da morte predominou a impotência (n= 16, 69,5%). A grande maioria (n= 17, 70,8%) referiu ter participado de discussões sobre cuidados paliativos e terminalidade ocasionalmente no período de graduação, o que foi ao encontro dos resultados qualitativos, em que os entrevistados desvelam 4 categorias temáticas: sentimentos perante a morte e o morrer; o enfrentamento da morte é tarefa difícil na prática cotidiana; estabelecem a importância dos cuidados paliativos e identificam a graduação como período fundamental para a mudança deste paradigma, por meio da inserção destes conteúdos de forma horizontal na graduação. Resultados fundamentais a serem considerados em um processo de Desospitalização, dado que a Morte continuará rondando o idoso desospitalizado e é preciso haver a preparação familiar e de vizinhos, amigos,

					de verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos manifestam na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade no ambiente hospitalar.	de toda uma rede de apoio a esse idoso, para a iminência da morte, especialmente de pessoas com patologias crônicas, de longa duração relativamente aos cuidados...
25	2019	LIBERATO, Regina Paschoalucci	Espiritualidade e empatia: um estudo sobre aspectos espirituais e a relação terapêutica em cuidados paliativos	<i>Biblioteca do Serviço Social PUC-SP</i>	Objetivou-se neste estudo estabelecer as relações entre a espiritualidade e a empatia, mais especificamente a relação terapêutica na situação paliativa.	Os resultados de se considerar a espiritualidade na situação paliativa, especialmente em final de vida, nos casos de patologias crônicas, avançadas, sem perspectiva de cura, mostram o quanto é fundamental toda e qualquer investigação em situação paliativa, para tornar a vida da pessoa mais leve, mais satisfatória.
26	2019	MALDONADO, Thais de Cassia Peixoto	“Melhor em Casa!?” a resiliência do profissional frente à prática do atendimento domiciliar	<i>Biblioteca do Serviço Social PUC-SP</i>	O trabalho objetiva estudar a resiliência de um profissional que luta para que a recuperação da maior parte de pessoas com patologias crônicas possa ser feita em residência, com um apoio orientado.	No Brasil a Atenção Domiciliar tem avançado gradativamente ao longo dos anos. Mundialmente gestores e técnicos da área de saúde reconhecem que o ato de levar equipes multiprofissionais à casa das pessoas que necessitam de assistência, insumos e equipamentos, pode fazer com que os pacientes fiquem menos tempo internados, contribuindo significativamente para redução do risco de infecção hospitalar, além de promover um contato mais próximo com a família no aconchego do seu lar.

27	2019	SANTANA, Rosimere Ferreira; SILVA, Cristiane; Capeletto, Gabriel; SOUZA, L. M. da S.; MENEZES, A. K.; DELVALLE, R.; SOUZA, M. V.	Contenção mecânica de idosos na atenção domiciliar: revisão de literatura	<i>Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento</i>	Os objetivos foram os de identificar na literatura publicações que abordem o uso da contenção mecânica na atenção domiciliar.	Recomendam-se orientações específicas ao cuidado domiciliar centrado nas famílias, evitando a transposição inadequada do meio hospitalar para o âmbito domiciliar, e disseminar intervenções alternativas à contenção.
28	2019	MAGALHÃES, Mariana Santos; SANTOS, Fabiana Silvestre dos; REIS, Adriano Max Moreira	Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na alta hospitalar	<i>Revista Einstein Envelhecimento</i>	Objetivou-se analisar a frequência de uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na prescrição de alta hospitalar de idosos de um hospital público, considerando o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, e identificar os fatores associados.	A frequência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na alta hospitalar foi significativa. Depressão e polifarmácia estiveram diretamente associadas ao uso de medicamentos inapropriados para idosos. Ficar internado na clínica geriátrica mostrou-se fator protetor contra o uso de medicamentos potencialmente inapropriados. Estratégias para melhorar a farmacoterapia do idoso devem ser implementadas, visando à qualidade assistencial e à segurança na transição do cuidado. Segundo o ponto de vista adotado na presente pesquisa de doutorado, o componente de um processo de desospitalização – a prescrição de medicamentos – terá que ser verificada, trabalhada com profissionais, familiares, toda a rede de apoio externo ao idoso recém-egresso do hospital, no sentido de se manter todo o cuidado necessário com a regularidade dessa medicação contínua.

29	2019	SANTOS, Fabiana Silvestre dos; DIAS, Bianca Menezes; REIS, Adriano Max Moreira	Visitas de idosos a departamentos de emergência em até 30 dias após a alta hospitalar: análise na perspectiva da farmacoterapia	<i>Revista Einstein Envelhecimento</i>	Objetivou-se analisar, da perspectiva da farmacoterapia, os fatores associados à visita de idosos a departamentos de emergência em até 30 dias após a alta da internação.	O diagnóstico de insuficiência cardíaca e o índice da complexidade da farmacoterapia foi: >16,5 apresentaram associação positiva com ocorrência de visita a departamento de emergência dentro de 30 dias após a alta. Isso mostra a necessidade de um acompanhamento da equipe envolvida na Alta hospitalar, para evitar a reinternação de idosos egressos de um processo de Desospitalização.
30	2020	RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica	Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde	<i>LILACS</i>	O objetivo deste estudo foi analisar a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, identificando as modalidades de cuidado e desigualdades no uso.	A AD ambulatorial mostrou-se mais difundida, enquanto a internação domiciliar concentrou-se em algumas áreas geográficas. A discrepância regional é marcante, desvelando desigualdades na oferta, acesso e uso. Apesar do arcabouço legal, constituição de um programa específico e volume de produção, a AD não parece, ainda, efetivamente inserida como um dos vértices da Rede de Atenção à Saúde. Isso é fator preocupante quando se pensa no processo de Desospitalização, que implica uma AD muito ativa e comprometida com o caso dos idosos egressos de um hospital.

31	2020	BRAGA MARTINS, Simone; CORDEIRO, Franciele Roberta; VESTENA ZILLMER, Juliana Graciela; OLIVEIRA ARRIEIRA, Isabel Cristina; TIMM OLIVEIRA, Adriéli; SANTOS, Camila dos	Percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS)</i>	O objetivo foi conhecer as percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio, sendo entendida a hipodermóclise como a terapia subcutânea que é um procedimento utilizado para reposição de fluídos, hidratação e como forma de administração de medicamentos pela via subcutânea (SC).	O acompanhamento por profissionais de saúde pode auxiliar na adaptação dos cuidadores familiares frente ao uso da hipodermóclise no domicílio.
32	2020	NETO, Homero Lamarão	A judicialização do serviço de atenção domiciliar por meio de demandas coletivas	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS)</i>	O objetivo foi promover o estudo de caso de um processo, com o intuito de analisar o uso de instrumento de tutela coletiva para finalidade exclusivamente individual no campo do serviço de atenção domiciliar. os municípios.	O pedido formulado na ação, de tratamento domiciliar para a paciente, embora previsto em políticas públicas, tem como condição a prévia inscrição de agentes dos quadros do serviço público em programa federal para recebimento de treinamento e repasse de verbas, o que não ocorreu concretamente, indicando que o <i>locus</i> ideal para o enfrentamento da discussão seria o de âmbito coletivo, a fim de estender o benefício a todos.
33	2020	VIEGAS, Aline da Costa; FARIAS, Cintia Rodrigues; ARRIEIRA, Isabel Cristina Oliveira; PINTO, Raquel Oliveira; MAAGH, Samanta Bastos; FERNANDES, Vanessa Pellegrini	Cuidado paliativo domiciliar de pacientes com condições crônicas durante a pandemia Coronavírus 2019	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS)</i>	O objetivo foi apresentar a experiência de profissionais da saúde ao cuidarem de pessoas com condições crônicas em cuidados paliativos no domicílio durante a pandemia do Coronavírus 2019. Esses subsídios aplicam-se aos cuidados familiares e de profissionais no processo de Desospitalização.	Necessidade de os profissionais se reinventarem, e que restrições, distanciamento, uso de equipamentos de proteção são essenciais para o cuidado de modo seguro, e que o olhar da pessoa em cuidados paliativos na integralidade necessita continuar fazendo parte da assistência. Apesar do distanciamento social com diminuição da aproximação de pacientes e cuidadores, são possíveis os cuidados paliativos domiciliares; e primar pela sua essência, que é cuidar da pessoa em sua integralidade.

34	2020	FERREIRA, Soraia; RAMOS, Lino	A visita domiciliária na transição hospital-domicílio à pessoa com doença mental: uma revisão integrativa da literatura	<i>Virtual Health Library</i> (VHL =BVS)	Objetivou-se identificar os benefícios da visita domiciliária às pessoas com doença mental na continuidade de cuidados hospital-domicílio.	A visita domiciliária deve ser explorada no que concerne aos cuidados a pessoas com doença mental, por ser um recurso que pode diminuir algumas das barreiras identificadas na continuidade de cuidados pós-hospitalares e pelos benefícios que acarretam.
35	2020	COSTA, Maria Fernanda; BAETA NEVES, Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko; ANDRADE, Selma Regina de; SOARES, Cilene Fernandes; PÉREZ, Esperanz Ballesteros; BERNARDINO, Elizabeth	Continuidade do cuidado da Alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola	<i>Virtual Health Library</i> (VHL =BVS)	Objetivou-se compreender o plano de alta e as facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado na AB.	Enfermeiras hospitalares da Espanha realizam um plano de Alta e se comunicam com a atenção primária. Quando o paciente está internado, ele é acionado quando há necessidade de continuidade do atendimento na AB.
36	2020	SADE, Rossana Maria Seabra; GOLJEVSCEK, Serena; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça	Suporte domiciliar intensivo para crises em saúde mental: experiência da equipe de crise territorial de Trieste, Itália	<i>Virtual Health Library</i> (VHL =BVS)	O objetivo deste artigo é descrever a experiência de Trieste, na Itália, que implementou o serviço de equipe de crise domiciliar.	Os dados apontaram uma redução de internações compulsórias de 29,4% no primeiro semestre de 2018 e de 78,8% no segundo, comparado a 2017. A equipe de ajuda no domicílio cumpriu seus objetivos de cuidar do indivíduo em sofrimento de modo holístico, diminuindo o contato com hospitais.

37	2020	ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PINTO, Ione Carvalho; WEBER, Luciana Andressa Feil	Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS</i>	O objetivo foi avaliar a qualidade da transição do cuidado para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e alta do pronto-socorro, para o domicílio.	Evidenciou-se qualidade moderada na transição do cuidado, bem como a necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta do pronto-socorro e a continuidade do cuidado aos portadores de doenças crônicas.
38	2020	PRECCE, Meirilane Lima; MORAES, Juliana Rezende Montenegro de; Medeiros de; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo; SILVA, Liliane Faria da; CONCEIÇÃO, Daniele Santos da; RODRIGUES, Elisa da Conceição	Demandas educativas de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição hospitalcasa	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS</i>	Os objetivos foram de analisar as demandas educativas dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde, na transição do hospital para casa.	As demandas educativas foram de origem clínica centrada nos cuidados, complexo e contínuo, tecnológico, habitual modificado, medicamentoso, de desenvolvimento, misto e de origem social, relacionada aos insumos e direitos das crianças. A demanda educativa social emergiu como uma nova tipologia a ser incorporada ao conjunto de cuidados dessas crianças. A transição do hospital para casa deve ser processual, tendo-se um coordenador, visando a um cuidado participativo, seguro, com qualidade e articulado dentro de uma rede social de apoio ao paciente e aos familiares.
39	2020	SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; REIS, Gustavo Valadares Labanca; DIAS, Mariana Borges; VILELA, Lidiane de Oliveira; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; ZACHI, Mara Lúcia Renostro; NUNES, Mônica Regina Prado de Toledo Macedo	Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD	<i>Virtual Health Library (VHL =BVS</i>	A pandemia da COVID-19 trouxe como uma de suas consequências a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde. A Atenção Domiciliar (AD) se apresenta como opção para: interromper a transmissão de uma infecção; sua identificação precoce e o cuidado de pacientes infectados; possibilidade de alta precoce e continuidade do cuidado fora do hospital; além da orientação aos familiares.	É necessário manter pessoas seguras em casa, evitar a exposição ao risco, manter o papel de vigilância e cuidado das que dependem da AD, e as equipes devem reorganizar o processo de trabalho para um cuidado domiciliar efetivo. Na APS o cuidado remoto parece ser uma alternativa viável pelos agentes de saúde para o monitoramento, orientação e seguimento dos pacientes, deixando a visita domiciliar com a equipe para aqueles casos indicados. AD na suspeita ou confirmação da COVID-19 é possível, desde que a equipe esteja treinada, disponha de todos

					<p>Este artigo apresenta as possibilidades de cuidados no domicílio pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de AD e os cuidados necessários que estas equipes devem ter ao realizar seu trabalho.</p>	<p>os Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) necessários e o ambiente domiciliar compatível. Deve-se garantir continuidade do cuidado para pessoas com doenças crônicas durante a pandemia, sendo possível equacionar ferramentas da telemedicina e cuidado presencial caso a caso. Para os pacientes que foram hospitalizados e evoluíram satisfatoriamente, é possível avaliar a continuidade do cuidado no domicílio sob o acompanhamento da APS e AD. Devem ser instituídas medidas de precauções para equipe e pacientes, garantindo que todos os profissionais sejam capacitados para uso de EPI, além de orientações para prevenção da transmissão de agentes infecciosos no domicílio. A AD é essencial para acesso a pessoas com condições agudas, descompensação de doenças crônicas, tendo o desafio da organização do serviço utilizando-se a telessaúde e cuidados domiciliares de forma racional.</p>
40	2020	MARQUES, Fernanda Pasquetti; BULGAR ELLI, Alexandre Fávero.	Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS	<i>SciELO Ciência & Saúde Coletiva</i>	Objetiva-se com este estudo compreender os sentidos da atenção domiciliar no escopo das ações da atenção primária no cuidado a idosos pela perspectiva do profissional da saúde do SUS.	Compreende-se que a atenção domiciliar ao idoso como algo angustiante, porém efetivo e gerador de processos humanos de confiança e articulações coletivas para o cuidado em respeito a condição do outro. O sentido da atenção domiciliar abarca a reflexão dialógica da representação do humano e da solidariedade no exercício do trabalho no SUS. Acredita-se que

						possibilitará um norte para que os gestores da atenção primária reflitam sobre o quão importante é a realização de atenção domiciliar nas realidades brasileiras.
41	2020	DIDONE, Thiago Vinicius Nadaletto; MELO, Daniela Oliveira; LOPES, Leonardo da Costa; RIBEIRO, Eliane.	Conhecimento inadequado sobre medicamentos prescritos a pacientes muito idosos e seus cuidadores	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i>	O objetivo foi identificar preditores com conhecimento inadequado sobre medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais muito idosos e seus cuidadores.	A maioria dos medicamentos prescritos para pessoas muito idosas é pouco conhecida. Além disso, o aconselhamento acerca de informações sobre medicamentos deve ser mais intensivo para os pacientes do que para seus cuidadores, com foco em informações de segurança e ser direcionado a antitrombóticos.
42	2020	SANTOS, Letícia C. Ferreira; SILVA, SilmarMaria; SILVA, Alexandre Ernesto; MENDOZA, Isabel Y.; PEREIRA, Fabiano Moraes; SOARES, Rosimeire Angela de Queiroz	Idosos em cuidados paliativos: a vivência da espiritualidade frente à terminalidade	<i>LILACS Revista de Enfermagem</i>	O objetivo foi compreender a vivência da espiritualidade de idosos em cuidados paliativos de um hospital público de Belo Horizonte.	Os idosos em cuidados paliativos vivenciam a espiritualidade, as relações com o transcendente, independentemente de possuir uma religião. E buscam adaptações às novas condições de vida, obtendo alívio dos sintomas por meio da relação com o sagrado.

Quadro 1 - Dados coletados na revisão da literatura

Conforme se pôde depreender do Quadro 1, os anos de 2017, 2019 e 2020 se destacam com mais publicações, com 05, 09, e 13 trabalhos, respectivamente, em comparação aos 2-3 em cada ano desde 2010, o que mostra que o tema da desospitalização vem sendo objeto de maior interesse para as investigações, nos últimos anos.

Dos 42 trabalhos selecionados, doze foram localizados na Virtual Health Library (VHL = BVS); onze, na Biblioteca do Serviço Social PUC-SP; nove, na base de dados SciELO; seis, na LILACS; quatro, na Biblioteca Unifesp. Quanto às intervenções realizadas, destacam-se as relativas a:

-Cuidados Paliativos prestados em residência, exigindo-se conhecimentos científicos, psicológicos, filosóficos, sociais, espirituais e humanitários, além da humanização –em número de doze;

- Intervenções relativas a uma Alta hospitalar segura, bem-orientada – em número de oito;

- Quanto a Modelos de atenção à pessoa idosa em processo de desospitalização— tem-se um número de quatro trabalhos do olhar de integralidade ao cuidado dirigido ao idoso;

- Outros sete referem a necessidade de Políticas Públicas voltadas ao processo de desospitalização.

Durante a sistematização dos dados coletados na revisão sistemática feita neste estudo acerca do processo de desospitalização e quando se procedeu sua respectiva análise e interpretação, núcleos de sentido emergiram, como antes dito, permitindo que se constituíssem algumas categorias temáticas a seguir:

Realidade socioeconômica das famílias

As famílias brasileiras têm vivenciado, nos últimos anos, as complicadas mudanças da estrutura político-econômica e social de nosso país, o que veio causando grande

impacto no sistema de proteção social à população, com prejuízos em especial aos segmentos mais fragilizados da sociedade. Diante dos diferenciais socioeconômicos, culturais, familiares etc., o que se poderia pensar para um futuro próximo? Que se tem um desafio cada vez maior a enfrentar, no sentido de melhorar as condições de existência de diversos segmentos populacionais, em particular as pessoas idosas.

Há dois anos, antes da pandemia da Covid-19, as famílias já passavam por dificuldades, mas o retrocesso das políticas sociais, o crescimento da situação de desemprego, evidenciaram um grande aumento da pobreza nestes tempos pandêmicos, haja vista a população em situação de rua; antes, essas pessoas tinham uma casa para morar, mas após perder o emprego, perderam, em consequência, essa sua moradia e, agora, se tornaram moradores de rua - este é o cenário atual da realidade de muitas das famílias brasileiras.

Temos vivenciado, no cotidiano, a vida das famílias que não têm condições de oferecer cuidados a seus membros idosos, muitos deles com sequelas da Covid-19 e que necessitam de um trabalho sério de recuperação. O que dificulta a essas famílias é a absoluta falta de recursos físicos e financeiros, de desconhecimento e da falta de tempo, de fato para a exigência do cuidar de doentes crônicos, dependentes, muitos sobreviventes da Covid-19, e recém-egressos pela desospitalização, ao terem ainda que arcar, integralmente, com as necessidades básicas desses entes queridos mais velhos.

Muitas das mulheres brasileiras passaram a trabalhar como autônomas, sem nenhum vínculo empregatício, assim como estão vivendo muitas daquelas cuidadoras que têm medo de perder seu emprego, não tendo condições de assumir o cuidado de forma integral de seus próprios pacientes crônicos e dependentes de cuidado.

Que se afirme uma verdade: não se tem tido investimento integral, ou políticas sociais que venham a assegurar minimamente o direito dessas famílias ou cuidadores, com no mínimo uma renda básica! O que tem aumentado é a desproteção social, a perda dos direitos trabalhistas, a flexibilização do trabalho, a uberização, a classe trabalhadora passando por momento desafiador, que vem impactando na saúde mental da população.

A Assistência Social, uma política não contributiva, que, juntamente à Saúde, uma política que se propõe universal, e a Previdência Social, uma política contributiva, as três passam a constituir a Seguridade Social preconizada pela Constituição Federal.

A Política Nacional de Assistência Social tem, como eixo, “a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos”:

(...) a centralidade da família e a superação da focalização, no âmbito da política de Assistência Social que repousa no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir os seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. Nesse sentido, a formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, dos seus membros e dos indivíduos Brasil (2004: 41).

As famílias vêm se organizando com muitas dificuldades, na sociedade brasileira contemporânea para manter a sua subsistência. Sabe-se que a instituição familiar passa por transformações, superando a consanguinidade, fundamentando-se no vínculo afetivo, na convivência e nas relações de Cuidado entre os membros.

Não existe um modelo ideal de família na atualidade; a ideia de família nuclear (composta por pai, mãe e filhos), já não é mais um modelo ideal, embora a ideia de família continua mantendo seu papel na vida dos indivíduos.

Segundo Mito (2010), o trabalho familiar está relacionado a um conjunto de atividades, relacionado a tarefas domésticas; ao Cuidado dos seus membros, principalmente os dependentes, e também os investimentos que as famílias têm de fazer no campo das relações que lhes exigem tempo, energia e habilidades.

As famílias brasileiras em geral têm sobrevivido de benefícios assistenciais. Para garantir a efetividade de uma desospitalização segura, é preciso compreender a dinâmica familiar e os recursos existentes para o Cuidado, tendo em vista que, em sua maioria, seus membros vivem do Programa Bolsa família, do salário mínimo e do benefício assistencial.

Percepções de profissionais e de idosos e familiares

O século XX iniciou-se com uma população cada vez mais longeva, e com número maior de idosos vivendo em situação de pobreza, com os problemas das desigualdades sociais exigindo mudanças significativas.

Para compreender o processo de envelhecimento, é preciso analisar as percepções sobre as diferentes formas de encarar a velhice, o perfil socioeconômico, escolaridade e as configurações, familiar, cultural, e o papel das mulheres como cuidadoras, tendo em vista que o ambiente familiar é o espaço de Cuidado da pessoa idosa. Segundo os autores Neri e Carvalho (2018), a função do cuidador familiar é um empreendimento que se desdobra no tempo diário, no tempo individual e no tempo da família, competindo com trabalho, participação social e compromissos familiares do cuidador.

A percepção dos idosos sobre o processo de envelhecer é a de que se trata de uma etapa natural da vida, e que ficar velho faz parte da existência humana, não sendo possível voltar atrás no tempo, tendo que se adaptar à realidade, que é muito complexa, principalmente para os dependentes de cuidados. A diminuição da capacidade para as atividades da vida diária e o isolamento social são, muitas vezes, causa geradora de depressão entre os idosos e familiares.

A família faz parte do processo de envelhecimento, sendo responsável pelo Cuidado. Sabemos, porém, que a mulher está cada vez mais no mercado informal de trabalho, embora ela também seja responsável pelo Cuidado dos seus idosos; para elas, aceitar, entender, assumir todo esse processo é, de fato, abdicar da sua vida pessoal e social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz a família para o cenário do Cuidado, sendo a família responsável pelos idosos; por isso, faz-se necessário preparar os familiares para o cuidado integral dos idosos, prestar-lhes informações, capacitações. Isso tudo evidencia que a família esteja mesmo passando por transformações no modo de viver, entender as transformações havidas e tendo que garantir, harmoniosamente se possível, os múltiplos aspectos dessa relação, evitando impactos nas questões emocionais dos idosos e garantindo sua qualidade de vida.

Demandas de recursos externos

A demanda de recursos externos para assegurar a desospitalização dos pacientes crônicos e dependentes de cuidado cria a necessidade de serviços essenciais para a desospitalização dos idosos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria n.º 2528, de 19 de outubro de 2006, constitui um marco histórico, e o envolvimento de todas as esferas administrativas e governamentais responsáveis pelas ações a serem garantidas à população idosa.

No que diz respeito a recursos externos à saúde do idoso, tem-se modalidades de atendimento que são: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar (AD), Programa Acompanhante de Idosos (PAI), da Secretaria Municipal de São Paulo, URSI–Unidade de Referência à Saúde do Idoso e a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – modalidades de atendimento que englobam as redes de assistência ao idoso.

No Brasil, há o Sistema Único de Saúde (SUS), conquista garantida pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei n.º 8.080/1990.

A porta de entrada do Sistema Único de Saúde é a Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo a responsabilidade de atender os municípios de cada prefeitura. Para ter acesso à porta de entrada, o município mapeou a área de atuação de cada UBS, por bairro, a fim de acessar a unidade mais próxima do endereço de um usuário.

O fator importante para o acesso da população ao atendimento de saúde é conseguir que se tenha uma unidade próxima à residência, especialmente no caso dos idosos dependentes de cuidados.

Outro fator importante é que a atenção Primária foi estruturada e constituída pela Unidade Básica de Saúde, sendo incluídos os agentes de saúde comunitários, a Equipe de Saúde da Família (ESF), e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Por outro lado, a Atenção Secundária constitui os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com o objetivo de articulação entre os serviços e que este paciente retorne ao serviço de origem, a Atenção Primária.

Já a Atenção Terciária ou serviço de alta complexidade, é o atendimento de terapias e procedimentos complexos, elevados em especialização, de alta tecnologia ou alto custo.

O que vem ocorrendo nos últimos anos: os usuários do SUS levam muito tempo para acessar a Atenção Básica de Saúde; há vários entraves no acesso à saúde, como demora nos agendamentos de consultas e exames, falta de conhecimento e acesso à rede de serviços. Sendo assim, os usuários buscam os serviços de Atenção Secundária e Terciária. Uma doença que deveria ser tratada em nível básico passa a ser terciária, impactando na saúde dos usuários do SUS, além de que muitos desses doentes nem chegam a realizar a cura daquela doença em seu estágio inicial, entrando no grau de dependência, e acarretando outras dificuldades: impacto na gestão da saúde, na família e seus cuidadores, levando-os para o grau de dependência e de crônicos.

A Portaria de n.º 2527, de 27 de outubro de 2011, redefine a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); na Portaria consta que a AD é um componente de atenção às urgências, estruturadas com a rede de atenção à saúde.

Segundo a portaria n.º 2527, a Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporados ao sistema de regulação;
- III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV - estar inserida nas linhas de Cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo-se a fragmentação da assistência;
- V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Falando em atenção à saúde e níveis de atenção, tem-se visto a transição epidemiológica, que ocorre no país se fortalecendo; com umas delas sendo o Cuidado de Atenção Domiciliar.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), segundo MERHY (2010), surgiu na década de 1960, com crescimento no Brasil a partir de 1990, com o aumento da demanda por esse serviço; tendo havido a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas, a fim de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por isso, a modalidade de Atenção Domiciliar se complementa com as modalidades dos serviços existentes, com ações de promoção à saúde, prevenção e reabilitação dos atendimentos prestados em domicílio.

O ambiente domiciliar é um ambiente de Cuidado, no sentido de humanizar a saúde de um paciente; com as relações familiares diminuindo os riscos de infecções hospitalares, pensando-se mais no paciente como sujeito e menos como objeto de intervenção.

A Atenção também se organiza em níveis de atendimento; por isso, é estruturada em três níveis de modalidades que atendem pacientes com vários perfis, sendo AD1, em que é referenciada a atenção básica, pacientes que demandam menos recursos de saúde e com menor frequência de atendimento. Já AD2 e AD3 são referenciados pelos serviços de Atenção Domiciliar do município por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Sendo que a AD3 envolve pacientes indicados com maior nível de atenção e complexidade.

Suporte às famílias e às/aos cuidadoras/es

O ato de cuidar é muito complexo, contraditório; o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada, têm uma história de vida que envolve vários sentimentos: raiva, culpa, medo, angústia, choro, depressão, estresse.

O cuidador tem que compreender que a pessoa cuidada tem suas dificuldades e limitações, reações comportamentais que impactam no cuidado diário, como, por ex., ter que dar o banho, e o idoso se recusar a tomá-lo.

Por isso, o suporte às famílias e aos cuidadores é de grande importância: é trabalhar com o cuidador para manter sua integridade física e emocional, para planejar a sua vida, e entender seus próprios sentimentos.

É muito importante que haja revezamento nos cuidados; muitas vezes, o cuidador não tem com quem contar; a inclusão de outros membros ajuda no autocuidado do cuidador, fortalece os vínculos familiares e a inclusão na vida social.

Sabe-se que a limitação da pessoa adoecida não é somente física, mas financeira, dependendo, na maior parte das vezes, da ajuda de terceiros para complementar a renda da família. E se tem também muitos idosos como os principais provedores de uma residência, no caso de os membros dessa família estarem passando por problemas de desemprego, baixo salário etc.

A rotina cotidiana de um cuidador é muito tensa, dependendo das condições do paciente sob seus cuidados; nesse sentido, é fundamental que o cuidador se organize juntamente a outros familiares, para poder descansar, realizar atividades físicas, distrair-se, dar sentido a outras necessidades de sua própria vida e que lhe são imprescindíveis.

Plano de Cuidado

Para se obter um Plano de Cuidado para a população idosa, especialmente os pacientes crônicos, dependentes de cuidados, é preciso alinhar a comunicação das novas propostas com os serviços de saúde existentes na sociedade, promovendo-se a prevenção dos riscos e a atenção à saúde.

Dessa forma, o Plano de Cuidado, relativamente aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, tem como porta de entrada a Atenção Primária, com a definição da linha de cuidado partindo da avaliação de risco e da definição dessa linha de cuidado.

É importante saber *a priori* quais os problemas de saúde de um paciente, os profissionais mais adequados para o cuidado, quais os serviços de saúde que deverão lhe ser aplicados, qual o território desse paciente, que demandas sociais aí se observam. É preciso ter um modelo de assistência ao idoso, que objetive recuperar sua capacidade funcional (GORDILHO *et al.*, 2000), sua autonomia, a fim de que suas habilidades físicas

e mentais sejam mantidas para uma vida independente e autônoma, assegurando-se, assim, sua qualidade de vida. Entende-se, pois, que todos os idosos devem ser acompanhados efetivamente, evitando-se o risco de fragilização, sendo preciso promover a integração da saúde do idoso em todos os níveis de atenção.

Para que um Plano de Cuidado seja eficiente em seu desenvolvimento e eficaz em seus resultados, é preciso estar em uma rede articulada, com sistema único de informação, desde o acolhimento no sistema até chegar aos cuidados de final de vida.

Os modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitem não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico terapêutico, como também uma visão global das condições de vida (Brasil, 2008).

A estruturação de um Plano de Cuidado deve contar com as seguintes unidades voltadas ao atendimento das pessoas idosas:

1 – Cadastro no Sistema Único de Saúde - para obtenção do cartão SUS, a porta de entrada no sistema; a unidade básica de saúde de referência; a inclusão para o acesso a uma primeira consulta;

2- Centro de Convivência, os NCIS - com o objetivo de promoção e prevenção em saúde; para a manutenção de hábitos saudáveis; a integração social entre os idosos;

3 - Ambulatórios de Especialidades: URSI - Unidades de Referência do Idoso; CRI – Centro de Saúde de Referência à Saúde do Idoso;, além de Ambulatórios de outras especialidades conforme a necessidade do idoso;

4 - PAI - Programa Acompanhante do Idoso, que presta atendimento à pessoa idosa em situação de fragilidade;

5- Assistência Domiciliar, que objetiva levar atendimento às casas de pessoas com necessidades de reabilitação motora, a idosos, a pacientes crônicos sem agravamento;

6- Hospital Secundário - para tratamento da fase de agudização das doenças crônicas;

7- Instituições de Longa Permanência para Idosos, ILPIs, para acolhimento a idosos com mais de 60 anos;

8- Hospital de Retaguarda, para acolhimento a doentes crônicos, dependentes de cuidados, sem família ou com laços familiares esgarçados;

9- Instituições de Cuidados Paliativos.

O primeiro nível é muito importante, dado ser a porta de entrada do idoso no sistema de saúde e, sem dúvida, o mais importante para que haja sua inclusão na rede de atenção primária.

O segundo nível de atenção tem o objetivo de promoção e prevenção em saúde; incentivo a hábitos saudáveis, a integração social com outros idosos.

O terceiro nível de atenção, o Centro de Saúde de Referência à Saúde do Idoso trata de outras especialidades, conforme a necessidade do idoso.

O quarto nível de atenção, o PAI, tem como objetivo prestar atendimento à pessoa idosa em situação de fragilidade.

O quinto nível de atenção, a Assistência Domiciliar, visa a levar o atendimento aos domicílios de pessoas em qualquer faixa etária, com necessidades de reabilitação motora, a idosos, pacientes crônicos sem agravamento.

O sexto nível de atenção se volta ao tratamento de pacientes quando da fase de agudização das doenças crônicas

O sétimo nível de atenção busca dar atenção integral às pessoas com mais de 60 anos defendendo sua dignidade e direitos.

O oitavo nível - cuida da organização dos cuidados, minimizando as preocupações daqueles que não têm condições de assumir os cuidados por questões sociais que impactam no Cuidado.

O nono nível, o do Serviço de cuidados paliativos em fim de vida – objetiva trazer dignidade à pessoa humana, a integração entre família e paciente, dando suporte nos cuidados, visando ao controle de sintomas, o alívio das dores.

A implementação de Políticas Públicas impactaria na vida dos idosos e seus familiares e cuidadores, pois estes teriam maior apoio e a pessoa cuidada teria resultados positivos na integração de tais cuidados junto a seus familiares.

Por meio da portaria n.º 1395/GM, em 1999, foi aprovada a Política Nacional do Idoso, que reconhece a necessidade crescente de apoio a essa faixa etária; já em 2003, houve um avanço importante, quando aprovado o Estatuto do Idoso, ampliando os direitos dessa população.

No Diário Oficial da União, de 10 de junho de 2021, foi designado um Grupo de Trabalho que propôs a POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS, coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, colegiado que ainda conta com representantes dos Ministérios da Cidadania, da Educação, da Saúde e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (JUSBRASIL, 2021; CAMARANO, 2021). Essa proposta promete...
Aguardemos...

Outra proposta que vem ganhando desenvolvimento é a conhecida como o Diamante de Cuidado: um modo de pensar um arranjo institucional para prover cuidados, especialmente àqueles que precisam de cuidados de maneira intensiva, como crianças e pessoas idosas, e que envolveria Estado, mercado, família e setor privado sem fins lucrativos (RAZAVI, 2007).



Diamante do Cuidado³¹

³¹Disponível em: <https://cuidemos.com.br/explicando-conceitos-o-diamante-de-cuidados/>.

Esses quatro vértices desempenhariam papéis e responsabilidades diferentes. Eles poderiam, inclusive, sobrepor-se em algumas instâncias. A ideia não é assinalar funções e atribuições-estancques para cada um desses níveis, mas reconhecer que é necessário pensar em uma arquitetura institucional para os cuidados, que vá pra além das famílias.

Em países como o Brasil, a maior parte do trabalho de Cuidado é executado pelas famílias e, dentro das próprias famílias do idoso doente; atividades essas que em geral recaem sobre as mulheres. Algumas famílias privatizam esse trabalho por meio da contratação de outras mulheres, como trabalhadoras domésticas, ou de serviços como creches e instituições de cuidado para pessoas idosas (ILPIs, Casas de Repouso...). Outras famílias dependem integralmente do trabalho não remunerado de mulheres como mães, avós e filhas, na dependência de relações intergeracionais, muito bem-sucedidas em alguns casos; impossíveis de serem conseguidas, em outros.

Razavi (2007) enfatiza que o Estado participaria, nesse modelo do diamante de cuidado, como provedor do Cuidado, ao estabelecer serviços como creches e políticas públicas de bem-estar social, e como tomador de decisão a respeito da própria arquitetura institucional dos cuidados. Por meio de decisões sobre o orçamento público, o Estado decidiria se haveria espaço fiscal para o estabelecimento de creches, por exemplo, determinando, assim, se o Estado ocuparia seu lugar no compartilhamento do trabalho de Cuidado ou se esse trabalho continuaria sendo deixado para as famílias e exigido das mulheres. O Uruguai, por exemplo, ao criar o Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), reconheceu a necessidade de reduzir a sobrecarga de trabalho não remunerado de Cuidado, realizado voluntariamente pelas mulheres, estabeleceu diretrizes para os serviços de Cuidado prestados pelo mercado e buscou incluir a sociedade civil na tomada de decisão sobre o SNIC.

Embora Razavi tenha tratado do vértice de mercado como um provedor de serviços de cuidados, argumenta-se que seria possível (e preciso!) também entender o mercado como um tomador de decisões sobre a arquitetura institucional dos cuidados, embora não no mesmo nível do Estado, mas com capacidade para influenciar como as trabalhadoras, trabalhadores e suas famílias experimentaríamos os cuidados. Isso porque as empresas e

organizações podem desempenhar um papel fundamental na redistribuição do trabalho de Cuidado, por meio de políticas institucionais que promovam licenças, combatam a discriminação no trabalho, implementem flexibilidade para possibilitar o equilíbrio entre vida laboral e o Cuidado e incentivem a plena participação dos homens no trabalho de Cuidado.

O quarto vértice inclui organizações sem fins lucrativos, que podem ser organizações da sociedade civil, sindicatos, movimentos, ONGs, associações locais e outros grupos que, por meio de sua ação política ou filantrópica, realizem serviços de cuidados como creches, cozinhas comunitárias, entre outros.

Nesse vértice, podem ser incluídas iniciativas comunitárias e, a partir disso, pensar em como o desenvolvimento local com participação de mulheres e uma forte perspectiva de gênero pode contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de cuidados disponíveis e promover a equidade de gênero por meio da redistribuição do trabalho de Cuidado.

Políticas Públicas

Impactos os mais diversos da Covid-19 sobre a sociedade brasileira, desde março 2020 - como o aumento da demanda por Cuidados aos mais "vulneráveis" - pessoas idosas via de regra com comorbidades -, ocorrem em um cenário de persistente negligência relativamente à formulação e implementação de Políticas Públicas, Programas e Ações de apoio ao campo do Cuidado.

Tal situação de negligência, se anteriormente ao período pandêmico, afetava negativamente a vida de pacientes, familiares, cuidadores, agora acabou prejudicando, de fato, o mercado de trabalho em geral.³²

Esta é uma questão preocupante, dada a urgência que a temática exige, com nosso país sendo considerado um dos que mais sofreram: - tanto em termos de impactos quanto à mortalidade (com mais mortes em 2020 do que em 89,3% dos demais 178 países do mundo); - quanto na destruição de postos de trabalho em função da pandemia (com queda

³² Proposta de encaminhamento para o Cuidado, aqui referida, disponível em: Estratégias de recuperação pós-pandemia da COVID-19: os cuidados no centro da agenda. <https://cuidemos.com.br/estrategias-de-recuperacao-pos-pandemia-da-covid-19-os-cuidados-no-centro-da-agenda/>.

mais intensa do indicador do que as de 84,1% dos demais 63 países analisados entre os três últimos trimestres de 2019 e de 2020) (HECKSHER, 2021; IPEA, 2021).

Constatação esta que faz ver a necessidade de se compreender melhor os reais impactos da Covid-19 na composição da força de trabalho brasileira nestes tempos de pandemia da Covid-19.

Segundo Galindo; Pereira Silva; Pedreira Júnior (2022), um acompanhamento sistemático e constante dos "...impactos diretos e indiretos da disseminação epidemiológica no território brasileiro torna-se algo fundamental para que o país possa se instrumentalizar, no intuito de mitigar esses efeitos e construir um futuro mais promissor para sua população".

Tratou-se, aqui, de verificar, como exemplificação, a situação das mulheres brasileiras, que atuam no mercado externo de trabalho: indicadores recentes mostram uma saída massiva desse mercado por parte dessas profissionais, o que constitui uma redução do tempo dedicado por elas a um trabalho remunerado. E o trabalho remoto remunerado por empresas para muitas das mulheres não lhes é propiciado, dado que 55% dos empregos das mulheres estão na economia informal, tendo elas ficado desprovidas de renda própria neste período pandêmico (ONU MULHERES, 2022)³³

Situação que fragiliza a autonomia econômica dessas mulheres, via de regra cuidadoras ou mantenedoras de seus lares, onde realizam entre três e cinco vezes mais trabalho doméstico e de Cuidado que os demais membros da família - e sem remuneração alguma! Tal situação de trabalho excessivo e sem contraparte financeira aumenta sua vulnerabilidade e a de suas residências, levando-as, e as respectivas famílias, a uma pobreza extrema (ONU MULHERES, 2022).³¹

Como contar com essas mulheres, essas famílias desprotegidas pela pandemia tão extensiva, no sentido de cuidar de seus idosos *de casa*, recém-egressos de uma hospitalização, idosos crônicos, dependentes, necessitando de cuidados domiciliares, e que valorosamente não sucumbiram ao flagelo da infecção pela Covid-19?

³³Entidade das Nações Unidas destinada a promover igualdade de Gênero e o empoderamento das mulheres, com sede em Nova Iorque, EUA. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/>. ³¹ Entidade das Nações Unidas destinada a promover igualdade de Gênero e o empoderamento das mulheres, com sede em Nova Iorque, EUA. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/>.

Os arranjos existentes que orientam a distribuição de responsabilidades pelos Cuidados firmam-se no equivocado pressuposto de que é infinito o tempo disponível das mulheres, reservando o trabalho de Cuidado à total responsabilidade das famílias - assim continua propondo o Estado, mantendo a atribuição secular à esfera privada da vida. Uma lógica perversa, dado que interfere negativamente no contexto de formulação de Políticas Públicas. Como consequência, a maior parte dos governos deixa de considerar o Cuidado como uma área central e fundamental de investimento público-social. De acordo com dados levantados pela ONU-Mulheres, mesmo em um contexto de aumento exponencial da demanda pelo Cuidado, foram dirigidas para o apoio ao trabalho não-remunerado do Cuidado apenas 11% das medidas de enfrentamento à pandemia adotadas pelos governos(ONU MULHERES, 2022).³⁴

Diante desse complicado cenário, uma oportunidade inédita se configura: incorporar o Cuidado no centro das estratégias de recuperação econômica pós-pandemia, de modo a implementar bases sólidas para aliviar os impactos de crises futuras e fomentar projetos sustentáveis de desenvolvimento. Para isso, seria necessário ultrapassar a visão de que o Cuidado seja de responsabilidade da esfera privada da vida e de responsabilidade única das mulheres, e passar a considerá-lo como área essencial de investimento público-social (ONU MULHERES, 2022).

Dois encaminhamentos seriam imprescindíveis para uma tal estratégica proposta: primeiramente, incorporar o investimento no Cuidado como um componente central do investimento em infraestrutura no país. Isso significa reconhecer o Cuidado como base indispensável para o funcionamento dos diversos setores da economia e como um elo imprescindível de qualquer cadeia de valor. Para além disso, investir no Cuidado como um setor econômico, capaz de criar empregos e ofertar serviços essenciais, com o potencial de aliviar os impactos negativos de crises ainda por vir sobre os demais setores da economia, sobre o mercado de trabalho, sobre as famílias e, especialmente, sobre as mulheres (ONU MULHERES, 2022).Dentre os desafios para a execução das ações de saúde na área do Cuidado, especificamente as exercidas por cuidadores, verifica-se que há também a necessidade da criação e da implementação de Políticas Públicas voltadas para a capacitação profissional dessas pessoas, que já atuam ou pretendem atuar

³⁴ Entidade das Nações Unidas destinada a promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, com sede em Nova Iorque, EUA. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/>.

continuamente, na área de gerontologia e geriatria, com vistas a sua educação, que deve ser permanente e continuada, visando a aperfeiçoar o conhecimento técnico-científico, qualificar a condução do Cuidado prestado e atenuar uma possível sobrecarga dos cuidadores, informais/familiares ou formais (os contratados para tal, com remuneração).

Isso é imprescindível haja vista que o processo de cuidar de um idoso no domicílio, ou mesmo em instituições, impõe sérias dificuldades e limitações aos profissionais cuidadores (GARBACCIO; TONACO, 2020).

O despreparo do profissional que assiste os idosos dependentes e que gera insegurança na execução das ações de Cuidado, é advindo, certamente, da insuficiência de capacitação, de apoio, de recursos financeiros e de pessoal (MARTINS; GOMES, 2020). Assim, ocorre uma maior probabilidade de equívocos na execução de ações voltadas a idosos por cuidadores despreparados e sobrecarregados (GUTIERREZ *et al.*, 2017). Muitos cuidadores exercem profissionalmente as atividades a partir de habilidades adquiridas com o Cuidado realizado com conhecidos e/ou familiares; outros ainda, muitas vezes dedicados aos serviços de casa, passam a ocupar a posição de cuidadores, atuando apenas a partir de suas próprias intuições, de seus conhecimentos ao cuidar de outros familiares...

No decorrer do tempo de exercício da atividade de cuidador, verifica-se, de fato, a procura por este de conhecimentos introdutórios técnico-científicos nesse campo do Cuidado. Com isso, constata-se a importância de qualificar o profissional cuidador, para uma bem-orientada prestação do Cuidado, tornando essa atividade segura e ampla, visando a promover integralmente a saúde da pessoa idosa, de modo efetivo e humanizado, a fim de respeitar as próprias escolhas e proporcionar-lhe maior autonomia (SILVA *et al.*, 2013).

Como se pôde observar, uma das grandes lacunas de conhecimento, identificada nos estudos para esta tese, foi a insuficiência de capacitação dos cuidadores, especialmente aqueles que vão cuidar de idosos crônicos, dependentes de cuidados, recém-desospitalizados. Isso clama para a necessidade da oferta de educação permanente e continuada na área de gerontologia para esses profissionais do Cuidado, por meio de atividades extensionistas universitárias, programas institucionais de formação ou outras atividades de atualização - orientadas, sustentadas, disponibilidades pelo Estado. Este deveria acordar para os alertas dos especialistas - demógrafos,

gerontólogos, geriatras, estudiosos do presente e de um futuro próximo - de que o mundo está envelhecendo a largos passos, os velhos vivendo muitos anos a mais em sua fase de velhice, o que deixa o campo do Cuidado desguarnecido, em residência ou em instituições, em especial quando da desospitalização de pacientes crônicos, dependentes de cuidados.

Pensando-se, de modo mais geral, sobre as Políticas Públicas da Saúde brasileira, verifica-se a necessidade urgente de adoção de um Plano de Cuidados para idosos, que seja Integral, especialmente aos aqui tratados: pacientes crônicos dependentes de cuidados, cuja implantação, assim como dos respectivos Programas que atendam desde a atenção primária até os cuidados de final de vida.

A questão da saúde vem sofrendo os grandes impactos sociais dos últimos tempos, o acelerado processo de envelhecimento da população idosa, a urbanização, as doenças crônicas e recentemente a Covid-19, que mudou o contexto social da sociedade brasileira e mundial.

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, por meio do decreto n.º 1948, em 03 de junho de 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, visando a promover sua autonomia, integração, e participação efetiva na sociedade, e seu direito à saúde, em diversos níveis de atenção.

Houve marcos importantes em termos de proteção social ao segmentopopulacional idoso no Brasil, dos quais se destacam:

:

1974 - Por meio da Lei n.º 6.179, foi criada a Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (18), e de decretos, leis, portarias, referentes, principalmente, à aposentadoria.

1977 - Foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). (Lei n.º 6.439) integrando: o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, a Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS, para unificar a assistência previdenciária.

1982 - Foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, que traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, publicado em Nova York em 1983. Esse Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedades de todo o mundo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento.

1986 - Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa.

1988 - Foi promulgada a Constituição Cidadã – Constituição Federal, que destacou no texto constitucional a referência ao idoso. Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma Constituição brasileira assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CF, art. 230, 1988).

1993 - Foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93, que regulamenta o capítulo II da Seguridade Social da Constituição Federal, que garantiu à Assistência Social o *status* de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado. A LOAS inverte a cultura tradicional dos programas vindos da esfera federal e estadual como "pacotes", e possibilita o reconhecimento de contextos multivariados e, por vezes universais, de riscos à saúde do cidadão idoso. Cita o benefício de Prestação Continuada, previsto no art. 20, que é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

1994 - Foi aprovada a Lei n.º 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto n.º 1.948/96, que cria o Conselho Nacional do Idoso. Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a

promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Estipula o limite de 60 e mais anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa. Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a descentralização de suas ações, envolvendo estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. A Lei em discussão rege-se por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas e sociais, além das regionais

1999 - Foi implantada a Política Nacional da Saúde do Idoso pela Portaria 1.395/1999, do Ministério da Saúde (MS), que estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. E, ainda, tem a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente.

2002 - Foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid – Plano Internacional do Envelhecimento – que tinha o objetivo de servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI. Esperava-se alto impacto desse plano nas políticas e programas dirigidos aos idosos, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Dessa feita, ele foi fundamentado em três princípios básicos: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

2003 - Foi realizada a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, na qual foram elaboradas as estratégias regionais para implantar as metas e objetivos acordados em Madrid. Foi recomendado aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, propiciassem condições que favorecessem um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade. Na área da saúde, a meta geral foi oferecer acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, de forma a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia.

2003 - No Brasil, entra em vigor a Lei n.º 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados aos idosos. Esse é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri.

2003 - Portaria do MS n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Art. 16. A Alta Hospitalar responsável, entendida como Transferência do Cuidado, será realizada por meio de:

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

2006 - Foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou a garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, RENADI.

O que falta, porém, atualmente é uma Política de Saúde com aumento de leitos para pacientes crônicos e dependentes de cuidados, para que as famílias e seus cuidadores possam receber orientação efetiva e contínua no sentido de se organizarem

até a desospitalização e, para além da desospitalização, tendo em vista a ineficácia dos recursos e a falta de leitos de retaguarda para os cuidados necessários desses pacientes recém-desospitalizados.

A Política da Pessoa Idosa propugna um envelhecimento saudável, política essa que vem definir diretrizes e nortear ações no setor da saúde, com indicação de responsabilidades. Assim é que o Estatuto do Idoso representou uma grande conquista quanto aos direitos das pessoas com mais de 60 anos, objetivando proteger e efetivar direitos e situando a atuação de todos (família, sociedade e Estado).

Surgiu ainda a Lei Orgânica da Saúde que ressalta a autonomia, a integridade física e moral da pessoa idosa. Direito universal e integral que foi conquistado pela sociedade na Constituição Federal do Brasil de 1988, e reafirmado com a criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde n.º8.080/90.

Subsídios para a formação profissional e o reconhecimento da atuação hospitalar de um Assistente Social

O processo de desospitalização, objeto de estudo desta tese, necessita ser conduzido, nas instituições hospitalares, por uma equipe multidisciplinar de participantes - um ponto de avanço indiscutível e sem possibilidade de retrocesso quanto a essa composição de profissionais.

Essa equipe precisa, entretanto, reconhecer, no próprio grupo, como antes dito, o trabalho fundamental de um profissional da Saúde - o Assistente Social,³⁵ cuja atuação está bem distanciada de ser apenas aquela de um profissional mediador de conflitos entre paciente e familiares, ou entre rede de apoio social e outros profissionais. Ou de ter, como de sua atribuição, ações de caráter eminentemente técnico-administrativo, ou que

³⁵O/A Assistente Social, como profissional da área e campo do Serviço Social, tendo profissão liberal regulamentada em Lei (BRASIL, 1993), uma das primeiras ocupações da área social a conquistar reconhecimento legal por parte do Estado (Lei Federal n.º 3.252, de 27/08/1957, complementada pelo Decreto n.º 994, de 15/05/1962) e muito bem definidas suas finalidades, fundamentos, compromissos ético-políticos, procedimentos operativos e formação acadêmico-científica, com a área do Serviço Social em várias linhas teóricas, vertentes na prática profissional, e particularidades nacionais (IAMAMOTO, 2020). Em função justamente da legitimidade e reconhecimento da formação/atuação do Assistente Social, é preciso que deixem de ser frequentes as dificuldades e dúvidas (tanto entre leigos quanto entre profissionais de outras áreas e dos próprios colegas de categoria) sobre a definição de suas competências, de suas atribuições privativas, dos papéis, e funções desempenhadas (FELIPPE, 2018), como a de não-necessidade de formação específica para o desempenho das atividades exercidas por este profissional (FELIPPE, 2013).

demandem formação técnica específica de outras profissões da Saúde. Ou a de simplesmente opinar sobre a Alta dada por uma equipe médica, ou de como pode ser, ou se realizar do modo mais adequado, o retorno de uma pessoa idosa para a residência, depois de avaliada, pela equipe multidisciplinar do hospital, a complexidade do quadro clínico desse paciente crônico/dependente.

A atuação do Assistente Social prevê, especificamente, acolher o idoso e sua família para uma entrevista, uma entrevista dita como social, identificando demandas, as quais podem orientar tanto esse profissional, quanto o idoso, quanto a família, em relação a seu bem-estar e a regularização dos mais diversos documentos, em caso de idosos não autônomos, e de variados tipos de informações. Inclusive, quando necessário, criar junto à família uma rede de vizinhos e amigos para auxílio nos cuidados a um idoso dependente. Segundo Rios e Reis (2016), o Assistente Social deve viabilizar e incentivar a criação de redes de relações sociais e familiares, para que o envelhecimento e a velhice sejam vistos como um processo de sociabilidade e, assim, garantir o fortalecimento das políticas de atenção aos idosos.

A atuação de um Assistente Social, na verdade, perpassa o simples acolhimento de um idoso, incluindo o encaminhamento aos serviços especializados em casos de dependência; recuperar a condição social relativamente a aspectos como renda individual e familiar, sobre a ausência de vínculos familiares; sobre o acompanhamento do idoso em cuidado domiciliar, buscando, acima de tudo, a garantia dos direitos do idoso, de acordo com o Estatuto do Idoso. O Assistente Social deve atuar de forma conjunta com a equipe multiprofissional para a resolutividade da Alta Hospitalar-Social que envolve uma situação de muita vulnerabilidade do idoso.

É preciso também que a equipe multidisciplinar de um hospital se dê conta de que existe uma série de fatores, os quais podem estar encobertos/implícitos e que precisam ter sido detectados, sentidos, e avaliados por um Assistente Social, e que este, ciente de uma necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção à saúde, buscará a troca de ideias em um diálogo interprofissional para que possa ocorrer efetivamente, de modo bem-sucedido, o processo de desospitalização. Fatores estes que estão para além dos saberes médicos, de enfermagem, e da condição clínica de uma pessoa idosa.

Tributariamente a um olhar sensível, humano e competente em termos de recursos sociais para tal, com seu trabalho legitimado como necessário em termos sociais, o Assistente Social não vê apenas o doente, ou a doença, mas se sente vocacionado a oferecer um olhar humanizado³⁶ a um paciente em situação de desospitalização e à sua família, o que se estende a uma pretendida rede de vizinhos e amigos próximos, dado que é próprio do Assistente Social aproximar-se de todos, valorizar sua presença, sabendo do quanto vale o apoio daqueles que estão no entorno de um determinado doente e o estimam.

Essa sua aproximação mostra a competência de que dispõe este profissional para, a partir de sua escuta própria, identificar e compreender as demandas do idoso em vias de desospitalização, dos familiares, e de toda uma rede de apoio que dele vai cuidar, no sentido de este profissional do Serviço Social ter condições de "(...)formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social [no caso, da transição hospital-residência], considerando-se as novas articulações entre o público e o privado".³⁷

Cabe também ao Assistente Social ter escuta aos demais Assistentes Sociais cuja atuação vem se dando em equipes de hospitais, para que estes possam desvelar, segundo seu ponto de vista, exposto livre e francamente, nas respostas semi-estruturadas de um questionário, sobre as vantagens de uma Alta Hospitalar previamente planejada dentro das equipes profissionais que atuam interdisciplinarmente junto ao idoso a ser desospitalizado e sobre as dificuldades que vêm tornando moroso o processo de desospitalização.

Uma expressão de Cerqueira (2019, p. 113), quando esta autora afirma a respeito de Simone de Beauvoir e Anne Karpt, quanto a ambas irem além do "conhecimento amplo

³⁶ Olhar humanizado atendendo ao chamado feito aos Assistentes Sociais para viabilizarem, junto a outros profissionais da saúde, o PNH, desde 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Ministério da Saúde. Um novo posicionamento no movimento em favor da Humanização (em final de 1990-início de 2000), conseguiu legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 2000, sob o tema: "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", com a criação, de tal Programa, a fim de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. Transformado no governo seguinte na Política Nacional de Humanização (PNH), ampliou a área de ação, contemplando a gestão e a atenção. (BRASIL, 2009). Ao olhar dos formuladores da PNH, a Humanização longe de se restringir a ações de caráter meramente humanitário, ou movida por pessoas "imbuídas de uma bondade supra-humana na feitura de serviços ideais", a nova Humanização resulta de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta o trabalho em equipe (atuação multidisciplinar) favorecido por uma troca de saberes (atuação interdisciplinar), envolvendo doentes e profissionais (MOREIRA *et al.*, 2015).

³⁷ De acordo com uma das Diretrizes Curriculares da Formação Profissional do Assistente Social explicitada em vários documentos: ABEPSS, 1996, p. 7; CFESS, 2010, p. 35; CFESS, 2012, p. 10.

e rigoroso sobre a velhice", demonstrando também "**cumplicidade com uma causa e a possibilidade de transformação social**" - do mesmo modo, vemos a vigorosa atividade de um Assistente Social junto às famílias e os doentes, que o próximo capítulo, **A transição hospital-residência: a visão de profissionais assistentes-sociais**, poderá atestar.

IV - A TRANSIÇÃO HOSPITAL-RESIDÊNCIA

Significado do processo de desospitalização em geral para o idoso crônico-dependente e para as famílias

Entende-se neste estudo o conceito de desospitalização referindo o processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais complementares a espaços, tais como os hospitais, que se caracterizam como locais de isolamento, com risco de novas infecções, e que, na verdade, promovem a exclusão social (COSTA; TREVISAN, 2012).

A metodologia da desospitalização enquanto Transição do Cuidado vem sendo cada vez mais adotada por hospitais, clínicas e profissionais de saúde, visando a garantir os cuidados a pacientes em estado clínico crônico, considerado estável, sem que haja a necessidade de mantê-los internados. Isso a partir de recursos da Assistência Domiciliar (AD), ou da Assistência Domiciliar (SAD) realizados por profissionais de saúde, mediante o estabelecimento de prazos e metas a serem cumpridas diariamente, visando a prestar uma assistência efetiva, com acompanhamento profissional, especialmente a familiares ou membros de uma rede social de apoio. Inclusive tal se deve ao fato de os custos com assistência em saúde nos hospitais serem de alta monta (SILVA; SENA; CASTRO, 2017), realidade esta que faz com que grande parte dos países passe a ceder espaço, em seus leitos hospitalares, de preferência a patologias agudas ou descompensadas.

Ressalte-se que a desospitalização é uma tendência mundial de encaminhamento de pacientes devidamente habilitados a retornarem para junto de seus familiares. Baseia-se na ética e no respeito à dignidade do ser humano, uma vez que o ambiente hospitalar por si só pode tornar mais lenta uma recuperação, criar novas doenças, novos problemas a um idoso hospitalizado, considerando-se que a recuperação em casa faz com que esse ambiente familiar influencie diretamente na melhoria da saúde psíquico-física desse idoso *de casa*.

Entretanto, é preciso que se conheça, previamente as implicações e consequências do processo de desospitalização: que o idoso possa compreender o que

é a desospitalização, e que se conheça previamente o contexto familiar que vai receber o idoso recém-desospitalizado. Com relação aos familiares, estes precisam apropriar-se de procedimentos e dispositivos que possibilitem a reabilitação psicossocial desse paciente idoso com doenças crônico-degenerativas, geralmente múltiplas, na maior parte das vezes dependentes, nesse processo.

Além disso, a prestação dos serviços de saúde nesta modalidade em residência precisará ser realizada de forma multidisciplinar, envolvendo profissionais de diversos campos de atuação (RABELO; THAMIREZ, 2018), assim como tem que ser um trabalho interdisciplinar, a partir do diálogo entre os diversos profissionais sobre aspectos como a condição do paciente, de suas necessidades particulares, de seus desejos de vivenciar seu fim de vida.

Saraceno (2001) nos faz ver que a desospitalização não pode ser entendida simplesmente como os procedimentos que promovem a saída de um hospital, pois tal não seria suficiente para a participação social de uma pessoa idosa. É necessário, segundo ele, um processo de superação das condições de dependência institucional e da lógica da proteção e contenção que uma instituição hospitalar oferece e a que se faz sujeitar um idoso, necessariamente por tempo limitado.

O processo de desospitalização, para um idoso, antes em situação crítica, e que, agora, sente-se recuperado após o tratamento específico de um hospital, é a oportunidade de ele retornar ao conforto do seu lar, da continuidade da vivência de sua recuperação junto aos familiares que passarão a lhe ministrar os cuidados psico-sócio-assistenciais necessários, complementares àqueles do hospital, na função de cuidadores informais, apoiados ou substituídos por cuidadores formais, contratados profissionalmente para tal atividade.

A desospitalização é, então, entendida pelo idoso doente e em franca recuperação, e pelas famílias, como uma Transição avançada do Cuidado a pacientes dependentes, com cuidado oferecido antes no hospital e que passa a ser, depois, na residência (ACOSTA, 2016), envolvendo especialmente a relação com a família e necessariamente com uma rede de apoio social. Na verdade, um modo mais humanizado de prosseguir o tratamento desse idoso com doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis, as DCNT de longa duração (SILVA; SENA; CASTRO, 2017), caso exemplar de pessoa de idade avançada (geralmente no caso de octogenários, nonagenários, centenários). Esta não

deve continuar sob o tratamento impessoal, desumanizado, e tecnologicamente dependente (CARVALHO *et al.*, 2015), como se caracteriza o oferecido pelo hospital, mas sob a luz dos Cuidados em residência.

A desospitalização deve ser vista como uma estratégia que deve assegurar a continuidade dos cuidados da Alta Hospitalar, nos termos, a um só tempo, de uma Alta Social, contribuindo para a prevenção de readmissões hospitalares e para a redução dos custos envolvidos no processo.

As ações desenvolvidas durante a Transição do Cuidado são fundamentais especialmente em se tratando de pacientes com DCNT que, muitas vezes, apresentam períodos de exacerbação da doença, quando então, necessitam de cuidados em serviços de emergência, voltando ao hospital. Mas justamente para evitar tal retorno à emergência, é que se tem investido em ações que evitem as readmissões hospitalares.

Há uma carência quase que total de serviços dedicados a este segmento populacional dos recém-egressos de uma Hospitalização. Responsáveis por essas ações de cuidado em domicílio acabam sendo - inclusive isso sendo delegado pelo próprio Poder Público -, os familiares chamados de cuidadores informais, ou os cuidadores formais³⁸ - pessoas contratadas para exercer a função de cuidar de um recém-egresso de um hospital. Ambos se veem, via de regra, sobrecarregados pela falta de suporte e orientação institucional (SILVA; NERI, 2009). Ambos exigindo apoio do Poder Público e da própria equipe multidisciplinar de um hospital de onde foi desospitalizada a pessoa idosa.

Dentre os cuidadores informais ou familiares, via de regra, há um cuidador principal, "aquele que, em uma família, assume deliberadamente, ou por designação dos demais membros, ou por sua própria delegação ou por omissão dos demais, o cuidado com uma pessoa doente em casa" (COSTA; LODOVICI, 2016).

Costa (2015), em sua dissertação de mestrado, explicitava o quanto seria necessário indagar os modos de operação (*modus procedendi*) das práticas cotidianas de cuidados a um *idoso de casa*, um parente adoentado, por parte de um cuidador familiar

³⁸ Conforme BRASIL (2012, P. 24), "O cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. É importante que a equipe de Atenção Básica [AB], ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família dele. Na ausência da família, a equipe deverá localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo de cuidar. Entende-se que a figura do cuidador não deve constituir, necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica. Propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio".

principal. Isso significa que seria preciso analisar, tentar compreender as ações humanas de um cuidador dessa natureza, dado que seus modos de operação junto a um doente são animados por uma direção, um sentido muito particular a cada cuidador, que precisaria ser revelado, trazido à luz, algo da ordem da alteridade,³⁹ da relação intrínseca entre um ser humano e outro.

Assim é que pensar no cuidador familiar principal remonta ao trabalho na maior parte das vezes incógnito e solitário de tantas mulheres eleitas em família, por herança cultural, mas sem o devido preparo assistencial, a não ser o de cuidar intuitivamente e com muito amor, um *idoso de casa*. As mulheres que não se afastavam dos parentes mais próximos arcavam, inevitavelmente, com a responsabilidade de ser *cuidadoras principais*, assumindo a tarefa - antes que por opção pessoal, disponibilidade ou capacidade para tal (CATANI; GIRARDON-PERLINI, 2004) -, mas em direção a uma imediata obrigação ou dever, mas com tal aceitação que se desenvolviam mais e mais, à medida que punha em marcha sua execução, o que pode se justificar como ligado tributariamente a um compromisso consolidado durante toda a convivência familiar.

A adaptação à nova situação de cuidador familiar principal, esquecendo-se do próprio corpo, com renúncia a si própria e à vida social, mostrava a capacidade dessas mulheres de improvisação e da própria aprendizagem diante das novas exigências de um doente, com dedicação plena, dia e noite, denotando uma maleabilidade existencial fundada, certamente, na fraternidade, na solidariedade com o outro.

Longe, porém, de promover, na atualidade, um retorno à visão tradicional dos cuidados informais em casa, e considerando-se a família como uma instituição em transformação, com quase todos os seus membros ocupados em atividades externas, é preciso - sob a ética da atenção da proteção especial que pressupõe o reconhecimento do grupo familiar como referência afetiva e moral, o respeito à cidadania - que se consiga, com a orientação e participação ativa do campo do Serviço Social, a reestruturação das

³⁹ A **alteridade** entendida aqui em seu sentido etimológico: <lat. *alteritas*= "o outro", a concepção fundada no pressuposto básico de que todo o ser humano interage e é interdependente do outro. (que em uma visão expandida setorna o Outro, ou seja, a própria sociedade diferentemente do indivíduo). A alteridade [que] adquire centralidade e relevância ontológica na filosofia moderna (*hegelianismo*) e especialmente na contemporânea (*pós-estruturalismo*). Assim, pode também se dizer que a alteridade é a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal (relação com grupos, família, trabalho, lazer e a relação que temos com os outros etc.), com consideração, identificação e dialogar com o outro. Por fim, alteridade não significa que tenha de haver uma concordância, mas sim uma aceitação de ambas as partes". Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Alteridade>.

redes de reciprocidade social, para que se encaminhem novos formatos de cuidados aos egressos da Desospitalização.

Silva (2016, pp. 104), citando Goldani (2004, p.236) ressalta que, de 'recurso invisível', o trabalho da mulher na condição de cuidadora vem se tornando 'recurso escasso', em função de sua inserção nos mais diversos setores da vida social, especialmente no mercado de trabalho, restando menor tempo para as tarefas domésticas que, tradicionalmente, abrangem os cuidados para com outros membros da família.

De qualquer modo, ao se analisar a família em suas formas de cuidado (DELGADO, 2002, p. 450), vê-se que "cada um se cuida e cuida do outro", subsumindo por meio dessa proposição que "a família tem seus próprios recursos e sua capacidade de organização para cuidar também de si quanto tem um integrante doente".

Iniciativas têm sido feitas para favorecer a vida e o trabalho de um Cuidador Informal. Uma delas é a da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, ao aprovar o "Projeto de Lei 6892/10" (2019), que cria uma Política Nacional de Apoio ao Cuidador Informal e ao atendente pessoal não remunerados de pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária.

Tal proposta, ainda como projeto, poderá garantir, a partir de sua implementação, benefícios a uma pessoa idosa ou com deficiência em situação de vulnerabilidade financeira, acreditando-se ser este um primeiro passo de uma Política de Cuidados ao Idoso. Será coordenada pelo poder público e poderá ser executada com a participação de organizações sem fins lucrativos e de empresas privadas. Como objetivos dessa Política, dentre outros, tem-se: a orientação e o apoio biopsicossocial para ações de autocuidado, melhoria da qualidade de vida e bem-estar; a capacitação, aperfeiçoamento e acompanhamento continuados; e o apoio comunitário para a garantia de períodos regulares de descanso desse cuidador formal ou informal.

Na atualidade, chama a atenção o fato de continuar havendo a prevalência do sexo feminino, seja quanto a cuidadores formais e informais, fato registrado e destacado na literatura. Entender as razões que levam uma mulher a se vincular a trabalhos dessa natureza e de como ela se relaciona com estes, é fundamental para propor ações direcionadas ao apoio a essas cuidadoras, para melhoria nas suas condições de saúde e de trabalho.

Nos dias atuais, via de regra, registram-se queixas de cuidadores como: sobrecarga de trabalho físico, de cansaço mental, da falta de companheirismo da família, da falta de oportunidades de lazer ou de manutenção dos estudos ou retorno aos mesmos. Inclusive, o estresse de cuidar é associado ao aparecimento e manutenção de doenças nessas cuidadoras familiares, como a hipertensão, o diabetes e a obesidade, além de piora de suas próprias dores crônicas (MANSO; GOES; CONCONE, 2019), devendo-se levar em consideração as especificidades de gênero, além das exigências pessoais e as dos familiares com quem ela convive e as necessidades de uma interação social (DINIZ *et al.*, 2018).

A saúde mental dos cuidadores informais ou não-profissionais que até 2020 já trazia preocupações, durante a pandemia, piorou em 70%,⁴⁰ com problemas financeiros, o isolamento social, o cansaço trazido pelas preocupações, ansiedade e outros sentimentos.

Um complicador maior foi o de ter que assumir uma nova função: com as incertezas e o medo da pandemia, um grande número dos cuidadores afirma que teve que assumir o papel de suporte emocional na relação com o idoso doente, e inclusive com os familiares.

Queixam-se os cuidadores por não poderem realizar suas atividades do dia a dia, como se alimentar corretamente, dormir o suficiente, e se socializarem mais com as próprias famílias, com uma dedicação maior ao doente.

Uma dedicação excessiva - que pode ser integral no caso de um cuidador familiar principal, e por longos anos - o que acaba lhe causando desgaste físico e mental. Também se queixaram da necessidade de mais orientação e treinamento sobre como usar a telemedicina, as ferramentas online e aplicativos móveis, a fim de manter os cuidados de saúde em dia dos doentes que cuidam, inclusive com dados estatísticos sobre o impacto direto na quantidade de horas "trabalhadas": no geral, quando alegam terem gasto 46%⁴¹ a mais de horas com as pessoas que cuidam durante o pico da pandemia Muitos

⁴⁰ Cf. Índice de Bem-Estar do Cuidador não-Profissional de 2020, realizado pelo EmbracingCarersTM, programa global apoiado pela farmacêutica alemã Merck. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/04/19/saude-mental-piorou-para-70-doscuidadores-brasileiros-durante-a-pandemia.htm>.

⁴¹ Dados disponíveis em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/04/19/saude-mental-piorou-para-70-dos-cuidadores-brasileiros-durante-a-pandemia.htm>.

chegam a desenvolver uma condição patológica chamada de estresse do cuidador, uma tensão emocional decorrente do trabalho excessivo que lhes é incumbido.

A insuficiência de recursos públicos, infelizmente, para ações favoráveis de apoio aos cuidadores familiares, vem sendo apontada pelos autores. Geralmente, a família encontra dificuldades de várias ordens, ao ter que assumir o cuidado de um doente, em residência, criando, diante de uma tal situação, uma série de impasses a serem enfrentados por uma equipe multiprofissional, relativamente à necessária educação em Saúde para o momento da Alta hospitalar (ALCÂNTARA, 2012).

A necessidade imprescindível de planejamento e coordenação da Alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio, é enfatizada por vários dos autores pesquisados nesta revisão, a fim de assegurar continuidade dos cuidados adequados no ambiente familiar, e propiciar atenção integral no campo da Saúde ao idoso (FLESH; ARAÚJO, 2014). Ainda segundo essas autoras, é preciso ter em conta que, na maior parte dos casos, os cuidados com um doente recém-egresso de uma Hospitalização não cessam com a saída do hospital e o retorno ao domicílio. Será preciso, necessariamente, mudar hábitos de vida, ajustar rotinas familiares para dar conta de diferentes incapacidades e dos tratamentos para elas exigidos. Via de regra, a Alta hospitalar traz insegurança a todos os envolvidos, paciente, familiares, cuidadores, profissionais e, se não for bem-orientada, acarretará inevitavelmente novas rehospitalizações (FLESH *et al.*, 2014).

A *observação participante* junto aos pacientes idosos em situação crítica e respectivos familiares, e demais profissionais, advinda da atuação muito próxima do trabalho dos profissionais do Serviço Social tem sido o motivador para que esses Assistentes Sociais venham sendo convocados, pela equipe multidisciplinar de um hospital, para a construção e a efetivação da desospitalização dos pacientes que se encontram internados, em hospital privado ou público (MAGALHÃES; SOUZA, 2019).

A AD (Atenção domiciliar) ou SAD (Serviços de Atenção Domiciliar) tem-se mostrado como modalidade de assistência que substitui ou complementa a atenção hospitalar, mas que ainda é carente de estudos que descrevam suas contribuições, conforme Alencar (2013). Esta autora investigou limites e possibilidades de a internação hospitalar promover a desospitalização, com as doenças crônicas representando 97,2% do que foi encontrado em seu estudo. Das doenças diagnosticadas como primárias, assim

codificadas pela CID 10, prevaleceram aquelas do aparelho circulatório (39,5%), seguidas por neoplasias (27,7%), doenças do sistema nervoso central (21,5%) e consequências de causas externas (4,5%). Em média, os sujeitos conviviam com a doença primária por 73 meses, podendo variar de 3 a 12 anos de cronicidade. Estes sujeitos tiveram sua desospitalização iniciada no ano de 2009, com uma fração de desospitalização de 2,7% finalizando o ano de 2012 com 46,9%. Dentre os admitidos com desfecho de Alta, 75% não foram rehospitalizados ou tiveram apenas uma reospitalização, sendo os admitidos com este desfecho significativamente diferentes dos admitidos ativos ou com desfecho de óbito, quando se observou mais de uma reospitalização. Conclui-se que o Programa Institucional de Desospitalização iniciou suas atividades com pequena contribuição na desospitalização que aumentou progressivamente após quatro anos, e neste período constatou-se que o sucesso na assistência domiciliar pode estar relacionado à prevenção de reospitalização.

São vários os fatores estatisticamente significantes que predispõem os idosos à reospitalização, sendo eles ligados a complicadores ligados às suas doenças crônico-degenerativas, sendo a principal o Acidente Vascular Encefálico, outras neuromusculares, as pulmonares obstrutivas crônicas e a presença de traqueostomia, tal como se pôde depreender do estudo de Borges (2018). Para esta autora, que lidou com idosos octogenários, após a transição hospital-residência, a comorbidade estava presente na maioria dos pacientes, em que metade deles apresentava algum dispositivo auxiliar (traqueostomia, gastrostomia, oxigênio, ventilação mecânica) e apresentava ainda algum tipo de infecção. As reospitalizações foram mais prevalentes nos pacientes com dispositivos auxiliares, comorbidades e infecções. Dos idosos, um terço dos doentes evoluíram para óbito no período de acompanhamento pós-reospitalização. Conclui a autora que há, na transição hospital-residência, uma prevalência de pacientes com comorbidades sérias, com dispositivos auxiliares e elevadas intercorrências infecciosas. Em função de os fatores estatisticamente significantes relacionados a reospitalizações estarem associados a problemas respiratórios, a autora propõe o aumento da frequência de atendimento fonoaudiológico, de fisioterapia respiratória, de atendimento odontológico, dentre outros.

Cuidados na fase pós-desospitalização de pacientes crônicos-dependentes

Uma família pode ou, muitas vezes não pode, colocar-se como capaz de desempenhar as funções básicas para os cuidados na fase pós-hospitalização de um *idoso de casa*, que retorna do hospital semi-recuperado, ou seja, recuperado do agravo agudo da situação em que estava em sua internação, mas que continua com as mesmas patologias crônico-degenerativas, ora estabilizadas, que fazem parte de sua constituição orgânica.

Conforme a PNAS (2004), o fundamental, nessa situação de transição hospital-residência, é verificar que essa capacidade esperada das famílias "resulta não de uma forma ideal, mas de sua relação com a sociedade, sua organização interna, seu universo de valores, dentre outros fatores, enfim, do estatuto mesmo da família como grupo-cidadão" (p. 35).

Em decorrência disso, a equipe multidisciplinar de um hospital responsável pelo processo de desospitalização, se coordenada por um Assistente Social como o aqui proposto, levará em conta certamente, em um grupo familiar, sua singularidade, sua vulnerabilidade no contexto social, além de considerar seus recursos simbólicos e afetivos, bem como de sua disponibilidade atual para se modificar e conseguir desdobrar-se para lidar com as atribuições com seu *idoso de casa* que chega de um hospital - toda essa responsabilidade devida, não apenas ao postulado pela PNAS (2004), mas especialmente em razão do que preconiza o código de ética em um dos seus princípios fundamentais: o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Em se pensando em Proteção Social aos idosos, Silva (2011, p.1) destaca que são notáveis em nosso país, os avanços dessa legislação, "(...) uma profusão de iniciativas – dos governos ou da sociedade civil – conducentes à sensibilização e conscientização quanto aos fenômenos relacionados à velhice e à importância dos idosos e de suas demandas sociais, políticas, econômicas e culturais". O autor apresenta os "(...) principais aspectos da Política Social Brasileira relativamente às pessoas idosas, destacando os marcos legais e as manifestações da sociedade civil (...) em defesa dos direitos sociais dos idosos (...)".

Desse modo, a Proteção Social à população Idosa é um dos papéis a serem desempenhados pela Assistência Social, por meio da provisão de serviços e benefícios, tais como o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, o PAEFI, e o Benefício de Prestação Continuada, entre outros direitos socioassistenciais previstos na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Ressalta-se, assim, a importância da manutenção, ampliação e sustentabilidade do Sistema Único de Assistência Social, durante o período de pandemia, e na esperada pós-pandemia. A Assistência Social é política essencial, lutando pelos direitos às pessoas idosas, tal como o anuncia a *Revista Fonseas* (2021).

Em "Proteção Social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil", as autoras, Maria do Rosário de Fátima e Silva e Maria Carmelita Yazbek, localizam, de par com o que ocorre em outros países latino-americanos, "as medidas específicas do sistema de proteção social (...), adotadas pelo governo brasileiro no atendimento das demandas da população idosa (...). São abordadas as concepções sobre proteção social e envelhecimento, encaradas como direito e conquista da civilização humana no século 21".

A respeito do Cuidado, segundo Tavares *et al.* (2018), esta é uma temática complexa, multidimensional, e que tem sido estudada por diversas áreas do conhecimento, justamente porque todos têm noção de que, mais dia menos dia, podem, em algum momento de suas vidas, ter que exercer o Cuidado - uma tarefa intimamente ligada ao ser humano e da qual não se tem como eticamente não se responsabilizar.

Assim é que, em nível internacional, o documento da Organização das Nações Unidas (ONU), de título: "Covid-19 e Desenvolvimento Sustentável: avaliando a crise, de olho na recuperação" (2021), defende o reforço do sistema de Proteção Social aos idosos em todo o mundo, o que significa disponibilizar, sob a premência de uma tragédia tal qual a da pandemia pela Covid-19, um conjunto de serviços públicos, incluindo programas de transferência de renda, cobertura de saúde e acesso a serviços básicos, a fim de minimizar as ampliadas desigualdades entre as pessoas e melhorar sua condição social, sua qualidade de vida (BRASIL, 2021).

As recomendações desse documento da ONU aplicam-se ainda mais no Brasil, um país marcado por tantas desigualdades sociais, sendo considerado a nona nação quanto a mais desigualdades do mundo, com pessoas na miséria, que passou de 6,5% da

população, em 2012, para 13,5%, em 2019, o que representa 13,6 milhões de cidadãos (BRASIL, 2021).

Em poucas palavras, pode-se dizer que a pandemia da Covid-19 descortinou globalmente as desigualdades entre os brasileiros: as raciais, as de gênero, as de idade, levando as pessoas, assim configuradas, a "risco de morte", conforme destacou o citado documento da ONU. É de se prever, porém, que a maior exposição a esse risco tem, além da idade, cor e gênero. Desigualdades, como a etária: ter 60 ou mais anos; as étnicas/raciais: ser pardo, mestiço, negro ou de outra descendência; e a de gênero: ser mulher ou declarar gênero outro que não o masculino, ainda conforme o Relatório da ONU, aumentam a mortalidade pela Covid-19, características estas que situam mais dramaticamente todas essas pessoas em vulnerabilidade social (BRASIL, 2021; LODOVICI, 2021).⁴²

Se, por um lado, uma mulher, negra e idosa, passou a ser a mais vitimada no sentido de apresentar maior mortalidade por Covid-19 que qualquer pessoa de outro grupo (BRASIL, 2021), por outro lado, idosos e indivíduos do sexo masculino tornaram-se os perfis mais comuns entre os hospitalizados pela Covid-19, sendo os idosos dos 70 aos 79 anos, os septuagenários, os que morreram em maior número (BRASIL, 2020). Em razão das doenças mais incidentes na faixa etária longeva, as DCNT⁴³, ou em quadros de imunodepressão, os idosos acabaram, de fato, sendo um grupo humano de vulnerabilidade à Covid-19 (BRASIL, 2020; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020; LODOVICI, 2022), com maior número de complicações, de necessidade de hospitalização e de maior mortalidade.

Similarmente às das demais gerações, as pessoas idosas, ainda que contem com a experiência em resistir, não deixaram, porém, diante do avanço de tal acontecimento inoportuno, desconhecido, de consequências imprevisíveis - o Coronavírus e suas variantes por novas cepas -, de experimentar o medo, palavra concebida "enquanto sentimento, experiências, articulações, ressonâncias" (LOPES *et al.*, 2021, no prelo).

⁴² Tal qual tentaram ratificar, insistir sobre sua presença insidiosa, os textos ora referenciados: Desigualdades etárias (PODER 360, 2021); étnicas/raciais (FERREIRA MOURA, 2021); de gênero (REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE, 2021).

⁴³ DCNT: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (as de longa duração: cardiopatias, HAS-Hipertensão arterial sistêmica, DM-diabetes mellitus, DM2-diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças pulmonares, renais dentre outras).

Medo por sua velhice? Medo da doença? Medo da morte? "Não!, esses medos fazem parte da condição humana", responde Kell (2011, p. 119), a que complementa a psicanalista: "Pertencemos a essa espécie desnaturada, a única que sabe de antemão que o coroamento da vida consiste na decadência física, na perda progressiva dos companheiros de geração e, por fim, morte. Do medo desse previsível *grand finale* não se escapa". Ratificando o dito por Albert Camus, no romance *La Peste*, que, apesar das diferenças sociais, somos todos naturalmente condenados à morte. Mas seria um novo medo, de nós vivos: o da involuntária solidão - refúgio ou abandono em si mesmo? e quem se importa? - tudo trazido pelo distanciamento social? (LODOVICI, 2021).

O medo de que se fala aqui, um exacerbado medo, todavia, vivenciado pela pessoa idosa poderia ser bem outro, talvez menos insuspeito: o de sucumbir, sem se dar conta, sob os efeitos insidiosos de determinadas estratégias de comunicação que divulgam notícias falsas, sob o movimento do negacionismo científico, "(...) que afronta a ciência e coloca vidas em risco" (DIAS, on-line, 2021). Mas a pessoa idosa se engajada à ideia de não se submeter às famigeradas *fakenews*, *resiste* com coragem em si mesma, neste que é tão simplesmente seu modo de lutar, tal como o registra nos versos o próprio Drummond: "*Só é lutador quem sabe lutar consigo mesmo*".⁴⁴

Pode-se dizer, então, do poder da própria palavra do idoso que sustenta seu pensamento, seu viver, a palavra na eficácia de sua luta diária que torna possível a esperança por tempos melhores (LODOVICI, 2021).

"Qual o impacto sobre a saúde mental dos idosos afetados pela estendida pandemia?", foi a pergunta lançada por autores, também idosos (LOPES *et al.*, 2021), interessados em compreender os aspectos psicossociais manifestos em seus pares, após o "início esperançoso de 2021 e do rápido desenvolvimento de vacinas, [entretanto, quando então] surgiram novas variantes do vírus, com maior capacidade/velocidade de transmissão, casos de reinfecção e aumento acelerado de infecções e mortes" (LOPES *et al.*, 2021, no prelo).

E esta pesquisadora ainda pergunta: "Quais as sequelas da infecção pelo coronavírus ou as novas cepas? Como cuidar dos idosos recém-egressos de uma hospitalização, que não sucumbiram, mas trazem para seu lar as consequências da

⁴⁴ DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. *O Avesso das Coisas. Aforismos*. (1988). São Paulo: Editora Record.

infecção e necessitam de uma reabilitação séria e prolongada? Como estão sendo contemplados os direitos das pessoas idosas de serem cuidadas em seus próprios domicílios?

Mas basta iniciar a reflexão sobre a questão dos direitos da pessoa idosa neste momento sócio-político ainda de dor, de perplexidade, para não dizer de indignação a que nos levou a pandemia, para que ratifiquemos, desde já, similarmente a Kell (2011, p. 16), "(...) a dor e a vergonha de constatar a persistência [e a manifestação exacerbada] da desigualdade brasileira no campo dos direitos do cidadão e dos deveres do Estado".

Direitos e deveres concebidos como bens que deveriam ser comuns a todos nós, seres humanos, aos quais devemos sempre tentar alcançar e exercê-los, considerados um autêntico truísmo, uma verdade óbvia que salta aos olhos. Mas, na verdade, não deixam de ser estranhos truísmos os direitos das pessoas idosas, dado que são postergados, para não dizer rejeitados, até o presente, segunda década do século XXI, à parcela longeva, dentre outros segmentos fragilizados, da população brasileira.

Há, pois, a necessidade de se implementarem Políticas Públicas e Sociais adequadas para assegurar os direitos das pessoas idosas, e com a participação deliberada dos próprios idosos, possibilitando a manifestação e a escuta de sua palavra.

Refletindo um pouco sobre como os efeitos das palavras ligadas aos direitos humanos ressoam em entidades internacionais, surge a Organização das Nações Unidas, a ONU, da qual um de seus objetivos principais é justamente "promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião", cujos estados-membros se comprometem a agir em cooperação, em conjunto ou separadamente".

Os direitos relativos à pessoa idosa foram atualizados e assegurados pela Constituição Federal Brasileira, de 1988 (CF-1988), na qual seu art. 230 dispôs de palavra inovadora ao exigir a efetiva proteção à pessoa idosa por parte do Estado, da sociedade e da família, redefinindo a velhice digna como um direito humano fundamental, porque expressão do direito à vida com dignidade (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).⁴⁵

⁴⁵Esta Assembleia discutiu os problemas relacionados aos idosos, retirando-se um documento que deu origem ao Plano Internacional para o Envelhecimento (PIAE), adotado por todos os países-membros das NU presentes, como compromisso internacional em resposta a um dos maiores desafios sociais do mundo no séc. XXI: o rápido

Uma das alterações mais significativas do texto constitucional de 1988, dentre as mais de 80 ocorridas, foi a Reforma do Poder Judiciário, veiculada por meio da Emenda Constitucional n.º45, de 2004, quando foram introduzidas mudanças em vários dispositivos (CARVALHO; ARAUJO, 2016). Uma série de aparatos passaram a garantir suporte a uma pessoa idosa, o que pode evidenciar os cuidados de um legislador infraconstitucional com o tema da idade e da fragilidade.

Assim, tem-se, nos objetivos fundamentais do Estado Brasileiro, que é necessário "promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade, e quaisquer outras formas de discriminação" (Art. 3º, inciso IV). Artigo este que mostra que toda a atividade estatal tem como função proteger o bem de todos (CARVALHO; ARAUJO, 2016). E extensivamente às pessoas idosas, que correspondem a uma parcela expressiva da sociedade brasileira, grande parte dela fragilizada.

Por outro lado, segundo os mesmos autores, o constituinte de 1988 também se propôs a proteger as pessoas idosas em outros pontos do texto Constitucional: primeiramente, garantindo-lhes a igualdade material, ao assegurar, no art. 203, inciso V, um salário mínimo àquelas que não tenham condições de se manter ou de serem mantidas pela família. Em segundo lugar, em "Da família, da criança, do adolescente e do idoso" que engloba, dentre outros, o art. 230, o qual, por sua vez, assegura que os programas de amparo à pessoa idosa sejam executados preferencialmente na própria residência ou local de moradia. O tema da pessoa idosa veio, de fato, recebendo um certo cuidado do constituinte de 1988 (CARVALHO; ARAUJO, 2016), mas seria preciso muito mais!

Os mesmos autores vão mostrar que o idoso foi ainda tratado na legislação processual, em duas situações: a primeira, conduzindo a foro especial, se o tema da

envelhecimento populacional. 3 áreas prioritárias: (1) como colocar envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; (2) a importância singular e global da saúde; (3) como desenvolver políticas de meio ambiente (do ponto de vista físico-social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem, priorizando-se questões de gênero e desigualdade social. No documento, a ONU recomenda a promoção de abordagem positiva do envelhecimento e superação de estereótipos etários. Discutido/aprovado na conferência de Madri, o Plano sugere aos governos agirem p/enfrentar o desafio do envelhecimento, apresenta, aos responsáveis pela formulação de políticas de países presentes, 117 recomendações, em 3 esferas prioritárias: envelhecimento e desenvolvimento, promoção da saúde e do bem-estar na velhice e garantia de ambiente propício e favorável. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/3/idoso/marco.htm>. O PIAE pede mudanças de atitudes, políticas e práticas, buscando concretizar as potencialidades do envelhecimento: todas as pessoas deveriam poder envelhecer em segurança, dignidade e participar na sociedade como cidadãos com plenos direitos. Objetiva-se garantir que idosos realizem plenamente seus direitos, consigam envelhecer com segurança sem estarem sujeitas à pobreza, que participem plenamente na vida econômica, política e social e que tenham oportunidades de continuar seu processo de desenvolvimento, a eliminação da violência e da discriminação de que são alvos os idosos, a igualdade entre os sexos, a importância vital da família, os cuidados de saúde e a proteção social das pessoas idosas.

discussão fosse ligado ao Estatuto do Idoso; neste caso, por força do Art. 53, III "e", o foro é o da residência/local de moradia da pessoa idosa. Na segunda, assegura-se à pessoa idosa prioridade nos trâmites processuais, sem nenhuma outra formalidade, bastando que se comprovasse sua situação. Apesar de alguns pontuais passos se terem dado em favor da pessoa idosa, no relatório de 2015, do Conselho Nacional de Justiça, não havia citação direta de qualquer outra estratégia, ou de dados levantados, ou de alguma ação tomada, ou até quanto às metas propostas para 2016, que estivessem sendo direcionadas para o segmento idoso.

Carvalho e Araujo (2016) apontaram a falta de atenção ao tema, o que não deixa de ser alarmante principalmente se consideradas as projeções atuais e futuras sobre o envelhecimento. Destaque-se, pois, que ações pontuais do Conselho Nacional de Justiça foram ocorrendo, mas sem um caráter estruturante ou serial a outros anos, segundo os mesmos autores.

Verifica-se que o Relatório do Conselho Nacional de Justiça do Brasil abandonou o tema da pessoa idosa e não se preocupou posteriormente com esse não-tratamento. "Milhares de pessoas idosas estão sendo lesadas, sem acesso ao Poder Judiciário, têm suas pensões retiradas, muitas vezes pelos próprios familiares - problemas que poderiam constar de uma política pública encetada pelo Conselho Nacional de Justiça" (CARVALHO; ARAUJO, 2016).

Segundo Alcântara; Camarano; e Giacomini (2016), em termos infraconstitucionais, e como principais leis ordinárias de proteção à pessoa idosa, foram gerados: a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994⁴⁶ e o Estatuto do Idoso, em 2003 (Lei 10.741, Art. 3, 2003)⁴⁷.

Em sequência à PNI de 1994, ocorreu um forte trabalho legislativo em favor da pessoa idosa: em 1999, a Portaria Ministerial n.º 1.395, de 10 de dezembro de 1999, determinou que órgãos e entidades do Ministério da Saúde ligados ao tema providenciassem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades de acordo

⁴⁶ "A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei n.º 8.842/94 e Decreto n.º 1.948/96)". Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

⁴⁷ Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10994645/artigo-3-da-lei-n-10741-de-01-de-outubro-de-2003/artigosoutubro-de-2003/artigos>.

com as diretrizes e responsabilidades ali estabelecidas (BRASIL, 1999). Assumiu-se, então, que o principal problema a afetar o idoso seria a perda de sua capacidade funcional, com a perda das habilidades físico-mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.⁴⁸

Em 2002, foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria n.º 702/SAS/MS), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades, definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, foram, então, criadas as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria n.º 249/SAS/MS).⁵³

Em 2002, em nosso país, foi criado o Conselho Nacional do Idoso, CNDI, Decreto n.º 4227, com suas deliberações aprovadas mediante resoluções, com poder vinculante e de cumprimento obrigatório. Esse caráter continuou assegurado pelo Decreto n.º 5.109/2004; entretanto, falta ao CNDI exercê-lo decisivamente, agindo de modo mais proativo em favor do idoso.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados com o segmento populacional idoso esteja bastante avançada, a prática continua um tanto insatisfatória, com a necessidade de uma organização mais sistematizada do segmento idoso, em um exercício de sua palavra para a defesa dos próprios direitos. Conselhos Estaduais do Idoso foram se estendendo pelas unidades federativas e Municipais, em muitas das cidades brasileiras. Os Conselhos de Idosos passaram a concentrar esse modo de participação, ainda que não estejam instalados em número desejado e continuem um tanto frágeis em sua atuação.

A população pode ainda recorrer, além de aos conselhos e conferências de saúde, a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, por exemplo, recorrendo ao Ministério Público,⁴⁹ que fornece a Cartilha do Idoso,⁵⁰ à Comissão

⁴⁸ Informações disponíveis em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

⁴⁹ O Ministério Público brasileiro (MPF), de acordo com a Constituição Federal de 1988, cuida da defesa da ordem jurídica e da defesa do regime democrático. Atua como fiscal da lei, mas tem atuação também nas áreas cível, criminal e eleitoral. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/o-mpf/sobre-o-mpf>.

⁵⁰ A Cartilha do Idoso, elaborada em 2007 pelo Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI), do Ministério Público do Estado de São Paulo e pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo está disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/cartilhaidoso.pdf>.

de Seguridade Social e/ou da Saúde do Congresso Nacional,⁵¹ às Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores, à Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon), aos Conselhos Profissionais etc.

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa,⁵² ligada à Câmara dos Deputados, debate e vota temas pertinentes ao envelhecimento, como os seguintes: a) recebimento, avaliação e investigação de denúncias relativas à ameaça ou à violação de direitos da pessoa idosa; b) fiscalização e acompanhamento de programas governamentais relativos à proteção dos direitos da pessoa idosa; c) programa de apoio à pessoa idosa em situação de risco social; d) monitoramento de políticas públicas relacionadas às pessoas idosas; e) acompanhamento da ação dos conselhos de direitos das pessoas idosas, instalados na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios; f) pesquisas e estudos relativos à situação das pessoas idosas no Brasil e no mundo, inclusive para efeito de divulgação pública e fornecimento de subsídios para as demais Comissões da Casa; g) incentivo à conscientização da imagem dos idosos na sociedade; h) regime jurídico de proteção à pessoa idosa.

Sancionado o Estatuto do Idoso, em 2003, após intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos no sentido de atender às suas necessidades, com resposta positiva do Estado e da sociedade; o documento, porém, não indicou meios para o financiamento das ações propostas. No capítulo IV do Estatuto, trata-se especificamente do papel do SUS para a garantia da atenção à saúde da pessoa idosa, e de forma integral, em todos os níveis de atenção. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que trouxe, ao conhecimento de todos, a presença de idosos, em famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, bem como a inserção, embora ainda incipiente, das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tudo isso exigiu uma readequação via Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).⁵⁸

O Estatuto do Idoso assegurou a propagação dos Conselhos Municipais para a garantia dos direitos dos idosos. Muito embora, no Estado de São Paulo, somente pouco

⁵¹ A Comissão de Seguridade Social e Família (cf. art. 32, XII, parágrafo Único), ligada à Câmara dos Deputados, promove a assistência oficial, inclusive a proteção, dentre outros segmentos, aos idosos e à pessoa com deficiência; assim como debate e vota matérias relativas à família, à mulher, à criança, ao adolescente, ao idoso e à pessoa com deficiência física ou mental. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf>.

⁵² Informações disponíveis em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/atribuicoes>.

mais de 50% dos municípios disponham de um Conselho do Idoso. Tal carência desse espaço democrático de reivindicações e novas proposições se deve, talvez, à falta de mobilização dos próprios idosos, que, por ignorar seus direitos da palavra política, não se empenham em lutar para que os Conselhos sejam implementados - o que favoreceria o exercício justo de sua cidadania. Como efeitos benéficos da mobilização dos idosos tornando essas suas ações mais organizadas, mais efetivas, certamente poderiam estar mais adensadas as políticas públicas e em execução os programas propostos.

Continua-se pleiteando o reconhecimento do direito de cidadania pela sociedade brasileira em geral. No caso das pessoas idosas, é preciso que se lhes garanta a defesa e proteção de seus direitos, pautados nos princípios éticos de inclusão, cidadania, acesso e direitos. E que sejam vistos pelas políticas públicas setoriais como cidadãos que fazem parte da vida social coletiva, e que muito contribuíram, e continuam a contribuir, para que o país seja efetivamente um lugar para todas as idades.

Outra entidade, de âmbito estadual, atuando em favor dos direitos da pessoa idosa: a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), por meio da Coordenação de Políticas para a Pessoa Idosa, tem como objetivo articular e integrar as políticas públicas para pessoas idosas junto aos órgãos da administração pública municipal. Tenta promover a participação ativa da pessoa idosa na estruturação da rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Apoia e dá suporte ao Grande Conselho Municipal do Idoso, que representa a população idosa da cidade de São Paulo.

Em fevereiro de 2006, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida⁵³. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, e apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, a publicação do Pacto pela Vida mostrou-se como um importante avanço. Todavia, há muito a ser feito para que o Sistema Único de Saúde ofereça respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. De qualquer modo, com a participação

⁵³ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

de duas entidades: as Comissões Intergestores, Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT),⁵⁴ e a do Conselho Nacional de Saúde (CNS),⁵⁵ criou-se um lugar primordial para a discussão e formulação de estratégias de ação, capazes de considerar, nas discussões propostas, a questão da heterogeneidade da população idosa, por conseguinte tentar dar conta da diversidade de questões apresentadas.⁵⁶

Cabe sublinhar, por fim, que se tornou fundamental a organização da rede do SUS, a fim de que as diretrizes dessa Política do Pacto pela Vida fossem razoavelmente alcançadas. Dessa forma, tornou-se necessária a revisão das Portarias: n.º 702/GM, de 12 de abril de 2002, que criou os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; e de n.º 249/SAS, de 16 de abril de 2002,⁵⁷ com posterior pactuação na Comissão Intergestores, Tripartite (CIT). A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impuseram, e ainda impõem, sérias limitações a seu bem-estar.⁶⁴

Mas que se pode verificar é que, desde a CF-1988, transcorridas mais de três décadas, as políticas públicas para o envelhecimento ainda não foram devidamente efetivadas. Uma rápida leitura da PNI e o do Estatuto do Idoso demonstra uma dívida do Estado com esse segmento populacional, restando às famílias a grande responsabilidade e o ônus de cuidar, quase que sozinhas, de seus idosos ((ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

O que se faz ver é que, embora leis estejam sendo aprovadas, os esforços se esgotam em seus sentidos, permanecendo-se sempre num mesmo lugar: o de discussões sobre como pode ser interpretada uma determinada lei, sobre o que demanda sua aplicação, suas implicações; mas e suas consequências? Parece tudo ficar em uma instância tal, que não leva a ações realmente práticas, que favoreçam efetivamente o cotidiano das pessoas idosas, mostrando que estas poderiam estar em pleno exercício de seus direitos já tão discutidos e aprovados. E se as pessoas idosas fossem convidadas,

⁵⁴ Comissões Intergestores, Bipartite e Tripartite, representam espaços intergovernamentais, de caráter político e técnico, quando ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Informações disponíveis em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php#:~:text=As%20Comiss%C3%B5es%20Intergestores%20Bipartite%20e,a%20negocia%C3%A7%C3%A3o%20entre%20as%20partes.>

⁵⁵ CNS: informações disponíveis em: <http://conselho.saude.gov.br/>.

⁵⁶ Informações disponíveis em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

⁵⁷ Portaria 249/SAS, disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf.

convocadas, ou elas próprias se dispusessem a participar, colaborando para a viabilização de propostas sempre tão bem delineadas?

Direitos é palavra que contém/suscita enunciados diversos que precisam ser bem conhecidos, tornados claros aos idosos, para que estes se informem devidamente, que se contrariem ao compreender os complicadores da aplicação das leis no cotidiano de vida, e se comovam, e passem a se mobilizar, especialmente ao se aperceberem do quanto todo o segmento idoso foi posto ultimamente na berlinda. E culpabilizado mais uma vez em uma evidência segregadora nas sociedades de todo o mundo, desde o início da pandemia, como se os idosos fossem os únicos "vulneráveis" aos quais se deveria isolar, pelo receio de que ampliassem a rede de infectados. Uma pandemia que, de fato, não apenas afetou e ainda afeta, sobremaneira, os mais velhos da população, mas para além disso, "(...)como um fino e potente veneno (...) põe em risco a sustentabilidade do fruto cultural mais precioso: a longevidade e o prolongamento da própria velhice como etapa da vida".⁵⁸

Os últimos acontecimentos internacionais, se avaliados em termos da consequência de suas proposições, podem dizer de sua infrutífera tentativa de tornar os direitos humanos mais respeitados; comentando-se, aqui, a Convenção Interamericana para a Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, assinada em 15 de junho de 2015, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)⁵⁹. Buscou-se viabilizar a premissa de que as pessoas idosas devem ser reconhecidas como sujeitos de direito, cuja presença e contribuição para a sociedade são fundamentais, devendo viver com dignidade e direitos assegurados, tal qual devem viver todas as idades, com suas demandas a serem atendidas por meio de políticas de Estado. Mas, tornarem-se visíveis as consequências reais de tal proposta pela CIDH, ou o que se verifica é a ineficácia de sua aplicação?

Como cumprir em nosso país o feliz prenúncio feito por Dabove? — "O tempo dos direitos para as pessoas idosas chegou para ficar. Respeitar seus direitos não é apenas um

⁵⁸ De nossa tradução, os termos de Dabove (2021, p. 5): "(...)como fino y potente veneno (...)poneenriesgoelsustenimientodel fruto cultural más preciado: lalongevidad y el alargamento de lapropiavejez como etapa de la vida".

⁵⁹ A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) é órgão principal e autônomo da Organização dos Estados Americanos (OEA), cujo mandato decorre da Carta da OEA e da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, objetivando promover a observância e a defesa dos direitos humanos atuando como órgão consultivo da OEA nessa matéria. Disponível à p. 41, em: <https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2015/doc-es/InformeAnual2015-cap1-ES.pdf>.

dever legal. É também uma dívida ética intergeracional e é o orçamento político necessário para viver uma velhice com senso de integridade"⁶⁰ (DABOVE, 2021, on-line).

Em 2020, mais uma vez ratificou-se, por meio da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em seu Informe Anual, ⁶¹ a "persistência da discriminação e violência às pessoas idosas, dentre outros vitimados no mundo". Alertou-se ainda que urge que os Estados assegurem os direitos das pessoas idosas em situação complicada em razão da pandemia da Covid-19. O que faz acentuar é que, ao longo dos anos, as entidades transitam de um acontecimento a outro, mas sem poder oferecer qualquer sensação especial de mudança, limitando-se a fazer alertas e recomendações em seus encontros, ou para além deles. Tentar convencer parece não ser o suficiente. E que não é a ausência de tais ações, mas a impotência de tais ações que impede que os direitos humanos sejam reconhecidos por todas as gerações e possam ser exercidos, especialmente pelas pessoas idosas.

Quando o documento Covid-19 e Desenvolvimento Sustentável: avaliando a crise de olho na recuperação (BRASIL, 2021) alerta tratar-se da pior crise do planeta - desde a fundação do organismo internacional em 1945, atingindo a população mundial de modo desproporcional, com os vulneráveis em situação ainda mais crítica, este mesmo Relatório defende o reforço do sistema de proteção social, incluindo programas de transferência de renda, cobertura de saúde e acesso a serviços básicos, no sentido de minimizar as ampliadas desigualdades e tornar menos distanciado o alcance dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, dentre eles a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Ainda segundo o citado documento da ONU, o mundo vem retrocedendo em relação aos dezessete objetivos antes propostos, que postulavam, não apenas uma palavra em seu favor, mas a palavra transformada em ações efetivas e urgentes, a fim de reduzir a pobreza, proteger o meio ambiente e melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente no caso de idosos e crianças.

Parece que continuarão, pois, apenas como metas, a redução das desigualdades etárias, raciais, genéricas, dentre outras, o combate à fome, manter uma agricultura

⁶⁰ " El tiempo de los derechos heredado para quedarse (...). Respetar sus derechos no sólo es un deber jurídico. También es una deuda ética intergeneracional, y es el presupuesto político necesario para vivir una vejez con sentido de integridade" (de nossa tradução) (DABOVE, 2021, on-line).

⁶¹ "La CIDH presenta su Informe Anual 2020" (n.º088/20), explorando o tema "La CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos de las personas mayores frente a la pandemia del COVID-19". Disponível em: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/091.asp>.

sustentável, o trabalho decente, o crescimento econômico, o consumo responsável, metas estas que foram reequacionadas pela ONU para serem atingidas em época mais distanciada, por volta de 2030. Como se uma simples palavra, pandemia, pudesse dizer ou representar um acontecimento que respondesse ao reiterado adiamento de ações efetivas que possam superar as desigualdades existentes no mundo...

A desospitalização sob o olhar dos profissionais do Serviço Social

Pensar nos serviços de apoio em rede ao idoso recém-egresso da desospitalização, planejá-los adequadamente junto aos familiares, é uma das maiores preocupações para os profissionais do Serviço Social, e antes que aconteça a desospitalização. Envolver, além dos familiares, cuidadores formais ou informais, vizinhos, amigos, em suma, todo o entorno de uma pessoa idosa; condições estas fundamentais para que o processo de recuperação se dê de modo progressivamente satisfatório, sem trazer sobrecarga demasiada aos mais próximos, como familiares ou cuidadores formais ou informais.

Nessa direção, um Assistente Social tem que enfrentar tal desafio, e cotidianamente, ao atuar na área da saúde em especial nos contextos hospitalares, para o atendimento direto e muito aproximado a pacientes e familiares, quando estão envolvidas dimensões éticas constitutivas da identidade de sua profissão, e que se expressam em diferentes níveis no âmbito da proteção social.

Em função dos desafios colocados, é que se enfatiza que, quanto mais um Assistente Social se dedicar a sua formação profissional, assim como à pesquisa, mais ele irá qualificar o conhecimento, a própria intervenção profissional na sua área de formação e atuação (MARTINELLI, 2011). De fato, na linha do debate que vem ocorrendo nestas duas décadas do século XXI, relativamente às profissões, o Serviço Social é reconceptualizado como um trabalho profissional (CARIA; PEREIRA, 2016; CARIA; SOUSA; ALMEIDA, 2017), fundado em conhecimento formal e científico (CHAMPY, 2011; FREIDSON, 1994).

A atuação do Assistente Social se atesta como valiosa especialmente no seu trabalho no complicado processo de desospitalização, que envolve essencialmente as questões do Cuidado hospitalar e familiar com um idoso doente. Isso tudo faz com que o Assistente Social esteja a par dos direitos sociais desse idoso e que a sua atuação nas

equipes multidisciplinares responsáveis pela desospitalização constitua, de fato, uma ação disseminadora em cada unidade hospitalar. No sentido de nos fazer ver, aliás, a toda a sociedade, sobre a necessidade de, o mais urgente possível, legitimar um trabalho desconhecido, na maior parte das vezes invisível, ainda incógnito na sociedade, que é do cuidador informal/familiar ou do cuidador formal. Ambos precisam ser reconhecidos como imprescindíveis, e não apenas para a saúde do idoso a ser cuidado, ou do próprio cuidador, mas para a saúde de toda uma família.

É preciso que se desnaturalize a crença de que as atividades do cuidar façam parte das tarefas e obrigações específicas apenas de determinados membros de uma família, que acabam se sobrecarregando de tal modo que passam a prejudicar a vida do idoso, da própria vida e da vida familiar. E isso porque, ao prestarem os cuidados, na maior parte das vezes de modo direto e contínuo, tais cuidadores acabam tendo afetada até mesmo sua saúde mental.

É de se lembrar também que, embora o cuidar não deixe de ser ofício ou missão dos profissionais das áreas da saúde, tais atividades estão dentro "do que nos cabe a todos na condição de seres humanos, vivendo em sociedade" (FIGUEIREDO, 2009, p.131).

Na atualidade, as práticas de cuidado em saúde - no sentido de, por meio deles, assegurar mais bem-estar, uma melhor qualidade de vida especialmente àqueles de idade avançada, e que, a nosso ver, devem estar orientadas por profissionais do Serviço Social, estão exigindo abordagens inovadoras e a busca de novos espaços e modalidades de atenção, justamente as realizadas em domicílio (Tavares *et al.*, 2018). O domicílio, como um espaço que pode se dizer privilegiado, além de possível e benéfico a um idoso doente, desde que as ações preventivas, de promoção do cuidado possam ser preparadas, antes da Alta hospitalar, visando a acolher bem esse idoso em casa, oferecer-lhe os melhores cuidados, para uma melhor condição de saúde e vida. E não apenas para o doente, mas também para o próprio cuidador.

Pensando nos Cuidados, Carmona e Évora (2002), qualifica-os em seus graus de aplicação, como:

- (i) *Cuidados mínimos*: dispensados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

- (ii) *Cuidados intermediários*: a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;
- (iii) *Cuidados semi-intensivos*: a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
- (iv) *Cuidados intensivos*: a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

No Brasil, falar em saúde (segundo os termos do Editorial da *Revista Consensus*, 2019), confunde-se, no imaginário dos cidadãos, com acesso aos serviços de saúde. Estes, por sua vez, restringem-se, comumente, ao pensar nos cuidados a pacientes com patologia aguda, seguindo o modelo tradicional de Queixa-Consulta-Condução(intervenção)-Alta. Modelo este de serviço à saúde que não prevê o vínculo necessário entre cidadão-paciente e profissional-serviço, o retorno ao mesmo profissional/serviços, nem acompanhamento por parte de algum sistema, negando, *a priori*, ou não reconhecendo o termo *integralidade dos cuidados*, o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) e a premissa das chamadas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Além disso, segundo o citado Editorial, ainda se verifica desconhecimento das práticas dos chamados cuidados pós-agudos, chamados também de Cuidados Paliativos. justamente os tratados na presente tese, como os que se aplicam a idosos com doenças crônicas-degenerativas de longa duração. Observa-se grande dificuldade de discutir seus componentes em um momento em que as definições de suas diferentes modalidades ainda são pouco claras e não bem-conhecidas.

O conceito de cuidados pós-agudos foi também chamado de cuidados progressivos ou cuidados contínuos ou cuidados continuados. A Organização Mundial da Saúde, em 2018, definiu a continuidade do cuidado como refletindo até que ponto episódios únicos voltados à assistência são percebidos pelos indivíduos como coerentes, conectados no tempo e consistentes com suas necessidades e preferências em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Com relação aos cuidados ditos continuados, essenciais a qualquer faixa etária da população, e nas mais diferentes condições, não apenas reservados aos idosos com doenças crônico-degenerativas, é preciso ressaltar que o SUS, como sistema de saúde no Brasil que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, precisa cuidar de todos os cidadãos, em relação ao direito de recebê-los. Isso depende, no caso dos idosos, como se sabe, da compreensão adequada dos conceitos de finitude, morte assistida, conforto e cuidados paliativos, com o SUS, na maior parte das vezes, não se omitindo perante as atividades assumidas pela assistência social, com seus profissionais continuando atentos ao que é realizado pelos setores público e privado.

Dentre outras modalidades de Cuidado tem-se a do "Cuidado compassivo", que foi definido e caracterizado em Suet *al.* (2020), como a união de "empatia" relacionada ao desejo de um profissional, no caso da área da Saúde, de "aliviar o sofrimento dos pacientes", "atender às necessidades de cuidados individualizados", "usar comunicação terapêutica" e "promover benefícios mútuos com os pacientes".

Refletir sobre o papel do Serviço Social, durante a pandemia de Covid19, leva-nos a pensar que, conforme o código de ética, um dos seus princípios fundamentais explicita o posicionamento do profissional desse campo em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, especialmente no caso de uma desospitalização segura que transforme a vida de um idoso em recuperação.

Cuidados continuados e integrados são a última palavra quanto à prestação de serviços de saúde e de apoio social, individualizada e humanizada - "um desafio para o presente", cf. Editorial da Revista CONSENSUS, veículo de comunicação social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).⁶²

Assim, os cuidados continuados e integrados, em sua essencial implementação, viriam, na verdade, ao encontro da preocupação dos gestores estaduais de saúde de nosso país, em relação às transformações sociais, políticas e econômicas, que têm determinado

⁶² Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/editorial-22/>, que trata de um encontro realizado nos dias 26 e 27 de novembro de 2020, que contou com a presença de especialistas nacionais e internacionais de Portugal, Reino Unido, Quebec, Uganda, Espanha e Colômbia. Eles apresentaram as experiências exitosas desses países no desenvolvimento de ações relativas aos *cuidados continuados e integrados* e explicitaram os desafios que enfrentam.

alterações significativas no perfil demográfico e epidemiológico das populações, e isso em todo o mundo, e que afetam fortemente os sistemas de saúde.

Um exemplo desses cuidados é o que acontece em Portugal, com os cuidados continuados e integrados ligados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados-RNCC⁶³, um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde de Portugal, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social à comunidade.

Conforme indica essa modalidade de cuidado, ela se dá de modo continuado e integrado a pessoas que, independentemente da faixa etária, encontrem-se em situação de dependência, podendo beneficiar idosos crônico-degenerativos sob cuidados familiares. A continuidade do cuidado pode ser assegurada com o apoio de diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em Rede. Preocupa-se com a recuperação global de uma pessoa, tentando promover sua autonomia (psíquica/mental) e melhorando sua funcionalidade (orgânico-biológica), no âmbito da situação de dependência em que ela se encontra.

Dentre esses valores citados, busca-se a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipes da Rede, assim como se busca a proximidade da prestação desses serviços entre os diferentes tipos de unidades e equipes da Rede, através da potencialização de serviços comunitários de proximidade, para que o cuidado possa ser dito como integrado.

É preciso que, a nosso ver, o Cuidado se pautem, na prestação de cuidados, pela multidisciplinaridade (com a integração de profissionais de diversas áreas) e pela interdisciplinaridade (cada área mantendo a especificidade de sua formação e atuação e, a um só tempo, dialogando com as demais áreas, todas voltadas à particularidade de cada ser que está sendo cuidado) (RODRIGUES, 2001; BOFF, 2013; CARVALHO, 2012; SEVERINO, 2010).

⁶³Informações por meio da entrevista da Dra. Ana Teodoro Jorge, que coordena, desde 2016, a Unidade de Missão do Hospital da Estrela da Sta. Casa da Misericórdia de Lisboa para os Cuidados Continuados. Ela detalha a atuação da Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal, há 14 anos no Sistema Nacional de Saúde, e como essa atuação impacta, com efeitos muito positivos, a vida dos portugueses. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/ana-teodoro-jorge/>.

Outros valores a pautarem as ações são o da Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência, a definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia, bem como a promoção, a recuperação contínua ou a manutenção da funcionalidade e autonomia. E ainda valores como: - a participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; a eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne o estresse em longo prazo; não só atender os sintomas e necessidades físicas, mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes; e, por fim, a otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível.

Em nosso país, os Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos movimentaram o debate entre as três esferas de gestão do SUS, de novembro-dezembro/2019, a fim de que se definissem estratégias que pudessem organizar os cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma Política Nacional sobre os Cuidados Paliativos que, fundamentalmente, é uma abordagem para cuidar do sofrimento, evitando-se a dor.

Essa abordagem pode ser utilizada não só pra quem está em final de vida, ou só pra quem tem uma doença de tempo prolongado, incurável, caso das doenças crônico-degenerativas dos idosos, especialmente os recém-egressos da desospitalização. A proposta é, pois, integrar os Cuidados Paliativos para o tratamento de todas as doenças a pessoas em situação de final de vida, inclusive a muitos dos recém-egressos da desospitalização.

Daí decorre que o Assistente Social, a partir de seu exercício profissional cotidiano junto aos idosos em situação de desospitalização em um hospital e junto a suas famílias, ganha e pode aplicar sua proficiência profissional quanto a incluir, na preparação do processo de desospitalização, tais preocupações como a fragilidade dos grupos familiares, que podem/devem ser apoiados por uma rede social, de vizinhos, amigos próximos, e sob a orientação permanente de uma equipe multiprofissional do hospital de onde adveio a

pessoa idosa crônico-dependente ou dos serviços de assistência social local, ou até em sua inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade.

Tudo isso devido aos conhecimentos de Assistente Social acerca das mudanças na família, no mundo do trabalho, sobre as questões de uma adequada estruturação dos sistemas de proteção social e das insuficientes políticas sociais quanto à implementação do apoio aos cuidados pela família e por cuidadores (CARDOSO; CESAR, 2015; IAMAMOTO, 1983, 1998, 2012, 2020). E de sua atuação muito lúcida, certamente, nos trabalhos complicados pela pandemia da Covid-19...

Políticas necessárias para efetivar a integralidade do Cuidado pós-Alta, a pacientes recém-egressos da desospitalização

É mais que tempo de o Brasil ter uma política assertiva para cuidar de, ainda que não se pense em curar, pacientes com necessidades de longo prazo. Sem deixar de lado a chamada prevenção primária, este é o momento de investir também na terciária (ligada à limitação do dano, à reabilitação, à convalescença e à reinserção social ou à finitude) de modo organizado. Ou seja, encaminhar as questões de saúde de um segmento populacional que envelhece e continuará vivendo mais e mais anos, daqueles cuja vida foi salva nos hospitais de agudos, mas cujo lugar não é mais neles.⁶⁴

Há a necessidade de que nosso país possa contar com uma Política Nacional de Cuidados, que apoie o desenvolvimento e o acesso a esses cuidados com qualidade e equidade em todo o País. Política que deverá apoiar o desenvolvimento de implementação de equipes, disponibilidade de remédios e urgentemente de educação em larga escala, a fim de que os profissionais desenvolvam essa competência onde estiverem.

A Resolução CIT n.º 41 (BRASIL, 2018) foi um avanço importantíssimo nessa questão, ao dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Os cuidados presenciais podem ser ministrados diretamente junto a uma pessoa idosa doente, mas que,

⁶⁴ Informações extraídas da matéria midiática: "Muitos termos, pouco conhecimento, políticas relegadas". **Revista Consensus**, ed. 33, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/muitos-terminos-pouco-conhecimento-politicas-relegadas/>.

nos tempos atuais, até em razão do distanciamento social imposto pela pandemia, estão podendo ser realizados como Cuidados remotos/virtuais, oferecidos pela Telessaúde e pela Telemedicina, mas que exige de familiares e cuidadores que tenham tido uma boa aproximação com as tecnologias digitais, por exemplo, as de navegação na internet, em *sites* específicos para conferências à distância, *lives*, reuniões de profissionais de espaços diversos e em tempos diversos. Assim é que uma tragédia, como guerras, epidemias, pandemias, tal como a da Covid-19, fazem-nos ver um avanço acelerado de aplicação de tecnologias ora as digitais, transformando, para melhor, campos antes um tanto sedimentados e com mais problemas que avanços - assim, vem acontecendo nestes últimos tempos. A Telessaúde vem sendo caracterizada como um conjunto de ações em âmbito nacional, voltadas à Atenção Básica (AB) à saúde, e que vem aproximando organizações públicas e privadas, com vistas a qualificar o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se definir a Telessaúde como um sistema de serviços de saúde prestados à distância, possibilitados pelas tecnologias da informação e de comunicação (as chamadas TICs). (SILVA, 2014). A Telessaúde Brasil Redes na Atenção Primária "é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Primária e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Desse modo, tem como perspectiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica".⁶⁵ Os núcleos podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual e deverão estar estruturados na forma de uma rede de serviços, articulando a atuação de Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde na qualificação das equipes. Embora um de seus maiores propósitos seja dar suporte ao diagnóstico em regiões remotas do país, a abordagem da Telessaúde estende-se para além desse objetivo, preocupando-se inclusive com a educação médica, ao oferecer cursos em Telessaúde, ou oferecer a Teleconsultoria, a fim de esclarecer dúvidas acerca da saúde. Ações que favorecerão, certamente, as famílias, os cuidadores, embora para tal estes precisem ter tempo e habilidades para poderem se beneficiar com todas essas novas tecnologias.

⁶⁵ Informações disponíveis em: <http://aps.saude.gov.br/ape/telessaude/>.

CAPÍTULO V – A Desospitalização: potencialidades e limites na atuação do Serviço Social junto a pacientes crônicos dependentes de cuidados

De início, algumas palavrinhas sobre a relação neste estudo com os sujeitos desta pesquisa: é fundamental registrar que esses entrevistados estão tendo respeitada sua singularidade, assim como sua heterogeneidade, dado que o questionário aplicado não se limitou a recuperar apenas as condutas, ou os procedimentos comuns a esses profissionais, em uma situação de pré-, ou durante ou pós-desospitalização. A intenção foi a de registrar as respostas a questões semi-estruturadas, ou seja, com os entrevistados podendo responder à vontade, uma a uma as questões feitas. Além disso, não se deixou de considerar saberes intuitivos ou aparentemente leigos que pudessem emitir, ou propostas alternativas ou complementares de Cuidados à saúde.

Os Assistentes Sociais, enquanto valioso grupo ocupacional dos serviços de saúde, estão sendo considerados, aqui, agentes ativos e centrais do processo de hospitalização e desospitalização, devido ao envolvimento que eles vêm demonstrando, ao tentarem marcar seu lugar nas equipes multiprofissionais em um hospital, que se voltam ao processo de desospitalização, para um trabalho interdisciplinar e de valorização de todas as profissões da saúde ali trabalhando em conjunto.

Situou-se essa coleta de dados de modo a permitir que se respeitasse especialmente a diferença entre os dizeres sobre as práticas exercidas por um e outro Assistente Social, que ia sendo entrevistado, práticas essas que muitas vezes ficam obliteradas nos processos do fazer cotidiano, mas que se podem desvelar a partir de relatos despercebidos, incompletos, de respostas não tão monitoradas, que é quando se deixa que o sujeito fale, sem restrições sobre suas ações, pensamentos e práticas do dia a dia. Ou seja, não se tratou de instituir no momento das entrevistas um "bate-pronto" objetivo, e característico de uma dinâmica pergunta-resposta, mas, pelo contrário, tentou-se, cf. a orientação de Bardin (2011, p. 37), "pôr em evidência a 'respiração` de uma entrevista não-diretiva", possibilitando que, a partir das respostas quanto à experiência na prática cotidiana, emergissem dados da subjetividade e intersubjetividade dos entrevistados. Esta pesquisa buscou colocar-se nessa diferença, ou em um distanciamento saudável à análise dos

dados, situando-se na perspectiva da enunciação, em que se privilegia o ato de falar, mais precisamente as respostas dadas pelos entrevistados às questões feitas pela pesquisadora (BALBINO; LODOVICI, 2018; BARDIN, 2011; De CERTEAU, 2012).

Por meio de entrevistas semi-estruturadas, seguindo a metodologia do tipo qualitativo, procurou-se coligir informações junto a profissionais do Serviço Social, subsidiando as reflexões contidas neste capítulo à luz do referencial teórico-conceitual e do diálogo com a literatura revisada. Os dados coletados foram organizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), o que permitiu que se depreendessem aspectos, a nosso ver, relevantes e que foram explicitadas neste capítulo - um momento de síntese e reflexões muito significativas e gratificantes para a pesquisa aqui realizada.

Foram selecionados para participarem das entrevistas seis assistentes sociais das unidades Hospitalares das esferas municipal, estadual e federal, que atenderam aos critérios colocados: - atuar na Saúde; - ter experiência em desospitalização; - ter experiência no atendimento de pacientes idosos crônicos e dependentes de cuidados; - ter conhecimento da realidade desses pacientes; - terem disposição e tempo para responderem ao questionário proposto sobre o objeto de sua atuação e interesse: o problema da desospitalização. Como critérios de exclusão: profissionais que não atuam na Saúde, ou cuja atuação esteja distanciada da problemática da desospitalização; ou que não disporem de tempo ou disposição para tal tarefa.

Às assistentes sociais que participaram da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE), para leitura e assinatura e lhes foi oferecida cópia desse documento. Também apresentada a proposta da presente pesquisa, seu objetivo, em encontros que foram realizados presencialmente e on-line, com agendamento prévio; as entrevistas foram gravadas e transcritas com autorização escrita das participantes. A fim de ser mantido o anonimato das participantes, optou-se pela sua identificação por meio de códigos: AS1; AS2; AS3; AS4; AS5 e AS6.

Nessa etapa de coleta, optou-se pelo uso de entrevista semiestruturada, dividida em dois blocos: - Dados das/os Assistentes Sociais; B) Roteiro para entrevista com as/os Assistentes Sociais. No bloco A, foram identificados: dados pessoais dos entrevistados, grau de formação, em qual Instituição trabalha; para o bloco B, foram elaboradas treze questões.

Foi realizada uma entrevista por dia, durante o mês de dezembro de 2021, com duração de uma hora e trinta minutos, cada uma. Uma ou outra entrevista teve que ser reagendada, devida à ausência de outros profissionais na unidade hospitalar, a afastamento devido à pandemia pela Covid-19, tanto que algumas das profissionais optaram por encontros on-line, como medida de proteção, conforme a normativa n.º 21, de 16 de março de 2020 (Brasil, 2020). Mesmo com alguns entraves, não se teve qualquer prejuízo quanto ao bom-andamento da coleta de dados.

Apresentam-se, a seguir, alguns pontos relevantes registrados no decorrer da pesquisa, emergentes do trabalho empírico, que contribuiram para a compreensão da dinâmica e dos fatores que incidem no processo de desospitalização, advindos das manifestações das assistentes sociais, em seu cotidiano profissional.

As categorias que emergiram neste percurso fornecem as possibilidades de compreender o quanto é importante entender esse processo, para que a desospitalização seja bem-entendida em sua complexidade pelos participantes das equipes: a Alta Hospitalar-Social não é apenas de um profissional; todos têm que estar em sintonia para que haja efetividade no processo da transição do cuidado que, de hospitalar, passa a domiciliar.

São os seguintes os principais aspectos que emergiram, em nosso entendimento, dos dizeres dos entrevistados:

Sobre a capacitação para os cuidadores familiares no processo de desospitalização

Este é um requisito relevante e imprescindível para o processo de desospitalização: a *capacitação* de familiares/cuidadores informais ou cuidadores formais; atualmente na área da Saúde utiliza-se, via de regra, o termo "treinamento"; mas, segundo nosso entendimento, existe uma diferença para o emprego desse termo diante do preferido neste estudo, *capacitação*; "treinamento" significa potencializar algo que já existe; um termo que evoca uma aplicação não a seres humanos, dado que pressupõe repetição exaustiva e irrefletida de um determinado comportamento; a *capacitação*, por sua vez, é o ato de

preparar um ser humano para exercer, com a proficiência necessária, uma nova função ou habilidade, que requer uma aplicação refletida de, ou a criação de novos conhecimentos acompanhados do compartilhamento de afeto, o que ocorre com a atuação de um Assistente Social junto a famílias atendidas sob o Sistema Único de Saúde. Aspecto este que deriva das intuições desta pesquisadora, Assistente Social.

Sabe-se que um período de cuidados prolongados a um doente ressoa, para um familiar cuidador, como um processo muito complicado, dado que muitos dos pacientes crônico-dependentes de cuidados saem do hospital fazendo uso de dispositivos de aplicação não tão comuns em residência (sonda nasoenteral, traqueostomia, oxigênio domiciliar, dentre outros), o que, após uma Alta Hospitalar, demandará cuidados especializados domiciliares. Para tal, é preciso uma aproximação do Assistente Social com as famílias, para que estas compreendam o porquê do uso de tais dispositivos pelo doente, como é seu funcionamento, os cuidados para a manutenção desses dispositivos no dia a dia, por tempo limitado ou ilimitado... é preciso ter presente que são famílias que, na sua maior parte, têm um nível de compreensão um tanto deficiente, muitas vezes por falta de escolarização.

Os relatos das profissionais trazem a realidade da prática profissional e fazem pensar em estratégias para a capacitação desses familiares, destacando-se a necessidade de um espaço e tempo de cuidado para a capacitação de cuidadores, e um profissional específico para acolher essa demanda, no caso, talvez recomendável fosse um profissional da enfermagem. As respostas a seguir das entrevistadas atestam tais preocupações:

"O que ocorre é que cada área desenvolve, dentro das suas especificidades, as orientações cabíveis para cada caso; então, principalmente enfermagem orienta no momento em que dá o banho, em que oferta o alimento, faz uma orientação no leito, né?, no momento que a família está com o paciente no quarto..." (AS.1)

"Por exemplo, o paciente vai ter alta, sexta-feira, a gente já chama esse familiar na segunda, na terça, para iniciar o treinamento e, no dia da Alta, mais uma vez. Normalmente, é duas, três vezes, no máximo, esse treinamento... Às vezes, quando o paciente tem acompanhante, e esse acompanhante fica 24 horas, é bem mais fácil esse treinamento, porque ele já tá lá sempre, já consegue ver, já sabe como é a dinâmica, né?, então, fica bem mais fácil, mas tem familiar que não consegue ficar direto aqui; aí a gente precisa programar o horário certinho, mas, normalmente, é duas ou três vezes." (AS.2)

"Primeira coisa que eles falam pra gente: 'Ah, mas ele vai de sonda pra se alimentar? Não dá pra tirar essa sonda, aqui, no hospital?'" (AS.2)

"Sim, quando esse paciente, ele demanda cuidados, a família, ela é, sim, treinada e o tempo depende da necessidade da família. Se a família tem segurança, demonstra insegurança quanto aos cuidados; a equipe, ela vai trabalhar essa família com um tempo maior, pra que essa família saia do hospital sem dúvidas, ou com as menores dúvidas possíveis." (AS.3)

"Então, assim, como não existe um protocolo, não existe um tempo determinado e não existe um fluxo específico de qual especialidade, de como esse familiar vai ser treinado; então, vai depender muito de caso pra caso. Isso dificulta bastante." (AS.4)

"Um treinamento, quando, de repente, o paciente vai embora com uma traqueia; tá, aí o fisio vem ensinar a limpar, ou ensinar aspirar, é mais nessa parte. Viu? E o próprio fisio na questão do exercício, né?, pro paciente não ficar totalmente atrofiado, mais nesse sentido. Quando é curativo, já é mais da área da clínica médica, tá, eles acompanham, mas é mais isso aí, né?, da área clínica cirúrgica." (AS.5)

"Em torno de uma semana, esse treinamento dura." (AS.6)

"Dentro desta categoria, ressaltamos ainda que precisamos ter estratégias e um olhar para as famílias cuidadoras, com objetivo de esclarecer e sensibilizar as famílias, no início da internação hospitalar, abordar sobre as etapas necessárias sobre os cuidados, estreitar uma relação de confiança." (AS.6)

"Sabemos que ninguém nasceu para ser cuidador; o cuidador, ele é forjado no cotidiano; por isso, acreditamos que, para capacitação dessa pessoa tão importante, precisamos ter diálogos constantes, observamos se ele tem realmente o mínimo de conhecimento da realidade do paciente que vai ser cuidado, qual grau de parentesco com o paciente. A capacitação/treinamento é um aprendizado diário; por isso, acreditamos que dois ou três dias de treinamento é inviável para assegurar uma transição para segura para o domicílio. Temos que realizar formas sistemáticas, identificando a situação-problema, para que o aprendizado seja efetivo, dando autonomia para o cuidador em domicílio; sendo assim, caso haja piora clínica do paciente em domicílio, o mesmo tenha conhecimento mínimo para identificar a situação do paciente." (AS.6)

Segundo Lima *et al.* (2018), é importante que haja coordenação na transição do cuidado, especialmente no caso de pacientes com múltiplas comorbidades, com uso de dispositivos para continuidade do cuidado em seu domicílio, a fim de que o processo de recuperação do paciente ocorra de forma segura, quando se vai necessitar de cuidadores e também de familiares que entendam muito bem as exigências para essa transição; cuidando-se adequadamente do doente, evita-se sua rehospitalização (ou reinternação).

As famílias dos pacientes crônicos, dependentes de cuidados domiciliares, convivem com uma realidade muito difícil: lidar com a situação do adoecimento, o papel de cuidador,

e a concomitante necessidade de trabalho externo remunerado, a fim de garantir seu meio de subsistência, para manutenção das necessidades básicas de vida.

Segundo Karsch (2003), é de extrema importância que se conheça o núcleo familiar. Têm-se vivenciado mudanças na estrutura familiar, com a diminuição de nascimentos, com o convívio entre os membros familiares se tornando cada vez mais distanciado, os parentes próximos não morando nas mesmas casas, trocando-se telefonemas e outros contatos apenas via *Whatsapp* e redes sociais, em vez do olho-no-olho; em muitas famílias nem mais existem vínculos de afetividade, ou estes deixaram de ser fortalecidos, ficando cada vez mais esgarçados. O que fazer quando um idoso da família se torna dependente? Quem vai cuidar desse idoso *de casa*, em situação de dependência para as AVI, Atividades de vida instrumental, ou mesmo para as mais simples Atividades de Vida Diária?⁷³.

Ainda segundo Karch (2003), o envelhecimento com fragilidade/dependência vai exigir novas formas de assistência por parte das Políticas de Saúde; vive-se em uma sociedade capitalista, perversa quanto às necessidades sociais, sendo uma delas a desigualdade na distribuição de renda, desigualdades sociais..., trazendo impactos negativos na vida das famílias, criando um quadro crítico, severo, de exclusão social do idoso, principalmente o idoso com a capacidade funcional prejudicada pela dependência e falta de autonomia.

Dentro desta categoria, ressalte-se ainda que é preciso arregimentar estratégias e um olhar para as famílias cuidadoras, com o objetivo de esclarecer e sensibilizar seus membros, já no início da internação hospitalar de um parente seu, conversar com elas sobre as etapas necessárias para os cuidados, quando domiciliares, estreitar uma relação de confiança, pelo Assistente Social, junto aos familiares.

Sabe-se que ninguém nasceu para ser cuidador; este é forjado no cotidiano; por isso, acredita-se que, para a capacitação dessa pessoa tão importante para o Cuidado domiciliar, é preciso estabelecer diálogos constantes; observar se esse cuidador tem realmente um mínimo de conhecimento da realidade do paciente que vai ser cuidado, qual seu grau de parentesco com esse paciente. A capacitação é um aprendizado diário, contínuo; por isso, acredita-se, neste estudo, que dois ou três dias de formação/treinamento sejam insuficientes, para assegurar uma transição segura hospital-domicílio.

É necessário que se incrementem formas sistemáticas de atuação para conseguir ser bem-sucedido em uma determinada situação-problema, primeiramente, tentando identificá-la com mais precisão e segurança, justamente para que um aprendizado sobre o cuidado a ser realizado possa ganhar efetividade, e trazer segurança, autonomia a um cuidador em domicílio; estando consolidada a aprendizagem sobre o cuidado necessário em domicílio, caso haja piora clínica do paciente, esse cuidador possa aplicar um conhecimento, mínimo que seja mas competente, a fim de identificar a situação de saúde que se complicou naquele paciente e poder tomar providências adequadas para melhoria da situação, ali mesmo no domicílio, ou encaminhar o idoso para uma necessária reospitalização.

Insuficiência de leitos de retaguarda para pacientes crônicos dependentes de cuidados, e falta de investimentos nos recursos da Saúde

A falta de leitos de retaguarda e o número reduzido de Instituições de Longa Permanência para Idosos é uma realidade no Brasil. Em 2016, tivemos a notícia mais perversa do projeto político neoliberal brasileiro, com os cortes/ congelamentos de investimentos na Saúde e, com a EC/95, cortes de gastos públicos por mais de 20 anos, sendo afetadas diretamente a Saúde e a Educação. A população brasileira está envelhecendo; esse congelamento significou condenar nossos idosos, que já viviam com um mínimo de recursos, insuficientes para sua sobrevivência...

Segundo Salvador (2010), a EC/95 é a expressão de um novo regime fiscal, com o objetivo de acelerar a acumulação do capital, perante o mecanismo do *superávit* primário, contribuindo, infelizmente, para o desmonte das políticas sociais e de saúde, o que impactou, sobremaneira, na vida da classe trabalhadora e dos idosos em particular, com um encaminhamento irrisório, da arrecadação de impostos, de 18% para a Educação e 13,2% para a Saúde, evidenciando uma gestão de recursos estatais muito perversa. Se temos um país que a população idosa cresce aceleradamente, a diminuição dos recursos trará impactos muito negativos, principalmente aos mais fragilizados, em que são exemplares, os idosos crônicos, dependentes de cuidados, além de suas famílias, de seus cuidadores, que vivem com um salário mínimo ou pouco mais que isso.

Não é novidade a ninguém que faltam investimentos em Saúde e em leitos de retaguarda para a transição de cuidados, assim como problemas de falta de leitos - questão muito complicada, nos hospitais desta grande e rica capital paulistana... quem dirá de outras cidades menos aquinhoadas de recursos deste país!... Pacientes ficam internados por um período muito longo, com indicação de ir para o domicílio, mas diante da triste realidade das famílias, da ausência de vínculos familiares ou do "abandono" do idoso *de casa* pela própria família, esses pacientes acabam ficando por um período para além do necessário, muitos deles indo a óbito antes das transferências.

Portarias, Leis são feitas, discutidas extensivamente, promulgadas, publicadas; o trabalho político todo realizado, mas e daí? Emperram em sua efetivação, em sua aplicabilidade, sua implementação no cotidiano hospitalar... É exemplar o ocorrido sobre os leitos de retaguarda a doentes crônicos ou em final de vida, que demandam cuidados especializados, intensivos mas extra-hospitalares, a Lei está divulgada há 11 anos!, como segue:

Segundo a Portaria Ministério da Saúde n.º 2395, de 11 de outubro de 2011:

Art. 12.	As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.
Art. 13.	Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:
I-	Apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html
II -	Solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";
III -	Deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e
IV-	Início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.
Art.14.	As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I -	Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
II -	Equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
III -	Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;
IV -	Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
V -	Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;
VI -	Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
VII -	Garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
VIII -	Submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local;
IX -	Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;
X -	Taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e
XI -	Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.
§ 1º	As enfermarias clínicas de retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 12 desta Portaria.

As respostas dos entrevistados a seguir mostram o quanto eles têm de conhecimento sobre o problema a enfrentar na transição hospital-domicílio, diante da não-implementação pelo poder público de hospitais de retaguarda, ou de um serviço mais sistematizado de alocação de um espaço para a preparação das famílias diante da chegada de um parente seu, em situação de dependência, e das tentativas de encaminhamento que esses assistentes sociais tentam, em cada caso:

"(...) porque nem todas as famílias ou as pessoas que cuidarão desse idoso têm a capacidade, tem a noção do quê que é Cuidado, né?, e se dispõem, até se predispõem a isso..., mas, então, é feito tudo dentro da enfermaria; infelizmente, nós não contamos com um hospital de retaguarda, um hospital de cuidados intermediários pra família se preparar pra receber depois o idoso no domicílio."
(AS1)

"É, então, aí vai de novo, o que eu falei, a questão do CREAS, né? A gente tem também, tem uma instituição chamada Batuíra, que é pós-cirúrgico, só que é grau 2. Paciente que consegue fazer, né?, por exemplo, o paciente quebrou uma perna, um paciente quebrou um braço e não tem para onde ir. Essa instituição, que é gratuita, é sem fins lucrativos, a gente encaminha a solicitação, quando tem vaga, eles liberam; a gente leva o paciente até lá, quando o paciente não tem para onde ir, isso é uma das vias para resolver. A outra via, são pacientes de HIV, paciente HIV tem dois tipos de casa. Tem casa que acompanha paciente, que não tem nenhuma dependência e paciente acamado: são dois tipos de instituição que aceita, isso tudo pela Rede Pública, só que a questão de vaga é bem demorado isso, principalmente paciente que, no caso, é crônico, demanda em torno de uns três meses a seis meses pra sair uma vaga, esses de HIV. Agora, longa permanência que nunca sai vaga, né?, CREAS, que sai de vez em quando, o que é mais fácil pro CREAS liberar vaga pra gente é questão de morador de rua, morador de rua que não precisa de Cuidado, agora, o que precisa de cuidados, de vaga de ILPI, aí demora, meses para sair, sabe?" (AS.2)

"Não, nós não temos nenhum recurso, quanto a isso [um lugar designado previamente para encaminhamento de idoso dependente crônico em vias de desospitalização]." (AS.3)

"Hoje, isso é muito recente; acho, pra falar a verdade, não tem nem 30 dias, tá se articulando com duas referências de hospital de baixamédia complexidade de Clínica Médica, que esses pacientes que tavam com a gente já uma longa data, né?, paciente de longa permanência; então, sendo transferidos para esses leitos, até a família se organizar, mas isso é muito recente, a gente não tinha outra Rede pra... pra encaminhar." (AS.4)

"(...) pro CREAS pra ver se eles têm algum tipo de cuidado, de benefício, ou de bolsa; essas bolsas, né?, pra eles fazerem o CAD único, né?, pra eles terem alguma coisa, né?, pra pegar uma bolsa- família, ou algum tipo de ajuda emergencial... é isso que nós temos, mas também os recursos são muito poucos, viu?, quase nada, na verdade, viu?, e às vezes quando a pessoa não tem condições de levar o paciente, a gente pede ambulância também." (AS.5)

"Normalmente, quando nós temos essa situação, o paciente fica conosco, tá, e aí..., assim, a gente determina aí duas semanas, um mês, até essa família se organizar, ver um lugar, né?, às vezes, a casa de outro familiar que vai receber, que possa acolher esse paciente lá. Ele acaba ficando aqui mesmo." (AS.6)

Dificuldades encontradas no processo de desospitalização

Este aspecto que surge na fala das assistentes sociais mostrou-se desafiador; existem dificuldades de compreensão para que as famílias entendam o que significa o processo de desospitalização, saber o que é cuidar de uma pessoa totalmente dependente de cuidados, o que traz de exigências ao se levar uma pessoa doente para o domicílio com várias demandas para ela ser cuidada; a insegurança que se apossa de um familiar só de pensar em como cuidar daquele paciente com todos aqueles dispositivos tecnológicos a

mais, não comuns em um lar; em alguns casos, o familiar sequer tem vínculo afetivo com o paciente. Os desafios são diários, a falta de comunicação é uma delas, trazendo impactos complicados no processo de Alta Hospitalar, o que acarreta, muitas vezes, reinternações hospitalares; por isso, é importante conhecer a realidade dessas famílias para um Assistente Social, a fim de poder planejar uma desospitalização - e de forma humanizada.

No momento que se encontram dificuldades no processo de desospitalização, é preciso realizar mudanças necessárias para haver melhorias; veja-se, de um dos entrevistados o seguinte relato:

Durante as reflexões sobre as dificuldades a serem enfrentadas, isso poderia ter dificultado uma possível desospitalização, ainda mais pela falta de políticas sociais que sustentem o paciente fora do âmbito hospitalar:

"Assim, a gente, como trabalha num hospital de alta complexidade e, principalmente, por ser da Zona Leste, que o nosso perfil de paciente são pacientes que têm várias demandas sociais. Por exemplo, tem muito paciente morador de rua, tem muito paciente usuário de drogas, que tem problema com álcool também, bastante, esse é um dos maiores problemas, é o alcoolismo que a gente lida aqui. Por exemplo, o paciente bebeu muito, caiu da própria altura, bateu a cabeça, ficou cefalado... isso é uma das principais demandas nossa!, aqui, e quando a gente vai chamar a família, a gente já vê toda uma família fragilizada, porque fala: 'Ah! Ele sempre bebe, bate na minha mãe, bate no meu filho...'; tem sempre essas questões aí envolvidas, e tem a questão da usuária de droga, também tem mulher, também tem isso e aquilo, e a questão da quebra do vínculo familiar, acontece muito também aqui, isso prejudica bastante, não só paciente que é usuário de droga, ou tem problema com álcool não!, às vezes são as relações mesmo fragilizadas, durante anos." (AS2)

O Serviço Social tem, pois, papel fundamental na intermediação e no processo de desospitalização. Segundo Bonnetti (1996), esta é uma profissão pautada no compromisso em atender seus usuários, e tentar perceber cada necessidade, com o compromisso em garantir que esses direitos das pessoas idosas sejam efetivados, a despeito dos obstáculos a superar. E a fim de que as dificuldades para o processo de desospitalização sejam minimizadas.

O Serviço Social, sendo uma profissão de caráter interventivo, busca articulações no cotidiano social, visando ao acesso às políticas vigentes, para a concretização de direitos sociais. Por isso, a desospitalização - que não é meramente uma Alta Hospitalar -, para liberar o paciente de volta ao domicílio, exige que o Assistente Social trabalhe com

antecedência, realizando articulação com a equipe multiprofissional, o território e a família do idoso.

Por isso, é preciso iniciar o processo de desospitalização desde a entrada de um paciente no hospital, identificando-se as demandas sociais que possam interferir na Alta Hospitalar (ausência de cuidador, orientações benéficas, insumos e equipamentos de saúde, cadeiras de rodas e outros dispositivos tecnológicos de saúde e treinamento de cuidador familiar ou da rede de apoio).

A desospitalização no cotidiano é um desafio em uma unidade hospitalar, pois envolve vários serviços e políticas, desde a gestão de leitos a políticas públicas, sociais, e de saúde.

A Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a PNHOSP, torna claro que a Alta Hospitalar é muito mais que um desejo dos gestores da saúde, mas uma política federal, que precisa ser articulada e compreendida nos seus propósitos no ambiente hospitalar. E sobre o quanto as equipes multidisciplinares em um hospital têm que estar a par, conhecer profundamente as políticas de saúde e sociais, antes de viabilizarem uma Alta Hospitalar, para efetivar a transição para APS e outros níveis de Atenção ao Idoso, de forma tranquila e responsável, prevenindo as complicações futuras no domicílio, e prevenindo com as ações necessárias posteriores reinternações daquele doente. As respostas a seguir dos entrevistados expressam tais preocupações:

"Existe ainda, infelizmente, uma dificuldade de comunicação, embora existam reuniões multiprofissionais de discussão de caso, mas, infelizmente, ainda isso acontece. Agora, existe um fator externo que é a questão da Rede mesmo, de suporte social, né?, formal/informal; então, o idoso, ele tem uma Rede de atenção domiciliar, de estratégia à saúde da família dentro da área da saúde; o que que o território oferece pra que esse idoso, quando ele está no domicílio?; então, a gente tem que mapear isso, mas, infelizmente, a gente ainda se depara com locais com bairros, com territórios que não têm uma cobertura de assistência à saúde e de assistência social adequada; então, esse é um impeditivo também até pra a alta, né?; às vezes o idoso precisa de uma assistência domiciliar, na UBS dele não tem; é, só tem a estratégia, às vezes é uma UBS tradicional, o EMAD, da região de referência tem uma sobrecarga; então, a gente se depara com esse impeditivo também." (AS1).

"Então, a nossa maior demanda, aqui, é a quebra desse vínculo familiar. É bastante..., isso prejudica muito na hora da Alta, porque a maioria da família não quer cuidar. Porque como não tem vínculo com esse paciente, ninguém quer assumir os cuidados. Principalmente, de um paciente que demanda muito cuidado

e tempo, que é limpeza de tráqueo, aspiração, que é a dieta, a alimentação, né?, enteral, que é a troca de fralda, é o banho, é a questão do curativo; então, ninguém quer assumir. Essa é a parte mais difícil pra gente." (AS2)

"A pressão pra desospitalizar esse paciente, o quanto antes..., eu entendo que, eu entendo os dois lados, eu entendo o lado da família, eu entendo que a equipe também quer operar, operar novos pacientes eletivos, porque se o paciente, ele está muito tempo lá, outro paciente que vai deixar de ter atendimento, mas em contrapartida o maior entrave são, ao meu ver, a falta de recursos que a Rede oferece, hoje. É, mas é interno, né? Eu falei externo também. Mas tem essa pressão, eu me sinto muito pressionada." (AS3)

"(...)ele precisa de uma necessidade maior de assistência ou de suporte pras atividades de vida diária; isso acaba sendo um entrave, porque a família, ela fica muito insegura, às vezes, a questão é de não ter vínculo, né?, então, é determinar quem que vai ser este cuidador, quem vai auxiliar nesses cuidados após a Alta é a maior dificuldade que a gente tem." (AS4)

"(...) os casos crônicos entram via Pronto- Socorro; ficam lá uns dois dias, sobem, novamente, pro andar, ficam alguns dias, ficam naquele tratamento de seis antibióticos, sabe?, controle de medicação que o paciente crônico não vai sair daquilo, infelizmente; aí vai pra casa, se é um caso que precisa de EMAD, dependendo o caso, né?, que os critérios..., a EMAD acompanha, também, porque já é crônico, né?, depende também do critério que a EMAD, que o critério só dá que, mais escara e tráqueo, né?, então, esses três critérios, se caso for crônico também, então, a EMAD que cuida em casa." (AS5)

"A maior questão é que as famílias ficam extremamente assustadas com aquela situação, que o paciente está voltando para casa; o desespero de acontecer qualquer coisa com esse paciente em casa e elas não conseguirem lidar com isso, né?, todo o medo, o conflito mesmo, né?, de que tinha uma pessoa que deambulava normal e, a partir desse momento, ele está acamado, tá fazendo uso duma sonda, fazendo uso de fralda; então, tudo isso assusta muito as famílias; isso é um fator. O outro fator é o próprio ambiente domiciliar, né?, porque às vezes esse ambiente domiciliar, ele não tem uma estrutura adequada pra receber este paciente." (AS6)

Articulação em rede e outros serviços

Em uma definição básica do termo "rede", pode-se pensar em seu sentido etimológico: rede <lat. *retis*, que significa entrelaçamento de fios capazes de formar uma espécie de tecido, assim como ocorre ao se pensar em uma nova estrutura; desse modo, o termo foi ganhando, no decorrer dos séculos, novos sentidos, caracterizando diversas outras situações, inclusive no campo da Saúde.

As articulações em rede são imprescindíveis para a atuação dos profissionais no processo de desospitalização, principalmente nos casos de internações prolongadas, quando se sabe das dificuldades de tal processo, seja pela escassez de equipes para esse

atendimento no território de domicílio de um doente, ou pela complexidade dos casos, e dos níveis de transição do Cuidado. Tal qual a questão surge dos dizeres dos entrevistados:

"Há uma dificuldade no meu entender, principalmente, com a área da Assistência Social na saúde até por uma questão de referência e de contrarreferência você tem um maior entendimento de comunicação com a área primária, né?, com o primário e secundário e nós aqui no terciário. Mas a gente percebe, por exemplo, uma maior dificuldade com a Assistência Social. Como são visões diferentes, espaços, estruturas, né?, diferentes, a gente entende que eles tenham uma maior dificuldade em atender um paciente com as demandas, aqui da saúde, né?, demandas de um paciente crônico, num nível terciário; então, a Assistência Social não tem uma estrutura adequada para receber esses pacientes, e, infelizmente, é uma demanda crescente, então, por exemplo, os pacientes que necessitam de ILPI, a Assistência Social não dispõe de vagas; então, a gente tem que, muitas vezes, o paciente ir para casa, e fazer toda uma logística para preparar esse retorno dele pra residência, quando assim é possível, porque, infelizmente, a Assistência Social não pode absorver. Geralmente, com a área da Saúde existe um maior entendimento e comunicação e eu percebo, pela minha experiência, uma maior dificuldade com a Assistência, não por falta de receptividade dos profissionais, mas por uma questão estrutural, realmente." (AS1)

"Sim, mas assim, esse entendimento é um pouco difícil..." (AS2)

"Sim, sim, nós acionamos muito UBS, CREAS, inclusive quando um paciente chega ao Serviço e não tem número de contato de familiares e, após, busca em CROSS, Setor de Internação; esse paciente, se nós não conseguirmos nenhum contato de familiares, nós também acionamos a UBS, que inclusive, assim, tivemos já ótimos resultados de próprio agente de saúde de ir até o local pra tentar buscar, pra nós, contatos de familiares." (AS3)

"Isso é bem difícil de responder, né?, porque eu tô num território bem amplo, e existe, eu acredito que meio a meio, existe um 50% de profissionais e equipes e unidades, que são super-parceiras, entendem o processo, mas tem 50% que não, que a gente tem muita dificuldade." (AS4)

"Ah, sim, tem sim, a gente trabalha muito com a Rede, viu?, e existe, realmente tá, uma troca muito boa, né?, existe o feedback com as equipes, é acolher mesmo tá?, sabe?, um profissional acolher um ao outro, ajudar, colaborar, se unir pra tentar resolver casos lá de outro Município, ou de outra região.. a gente se ajuda muito, dá pra ter um bom suporte, um com o outro." (AS5)

"Existe sim, tá, é um...nós acionamos a UBS, acionamos a equipe da EMAD, todo o suporte aí que essa família venha necessitar, nós fazemos esse acionamento antes de o paciente ir para casa." (AS6)

Características das famílias atendidas pelo Serviço Social com demandas de pacientes crônicos, dependentes de cuidados, e seus impactos na desospitalização

A expectativa de vida teve um aumento significativo; logo, a taxa de natalidade e mortalidade alterou significativamente a população global, impondo muitos desafios nesse cenário, principalmente no sistema de proteção social. Nossas legislações ressaltam a proteção familiar, e o apoio do Estado através das políticas públicas para prover essa proteção.

Existe uma demanda muito grande de pacientes idosos crônicos e dependentes de cuidado; é preciso que haja a criação de novas políticas públicas de serviços de apoio para essas famílias, reconhecendo o cuidado como um direito a ser assegurado, criar políticas para essas famílias; e levar em consideração os novos arranjos familiares à população idosa; na verdade, os recursos são insuficientes para atender essa demanda.

Os idosos dependentes de cuidados, em sua maioria, são cuidados pelas suas famílias, em especial as mulheres que abdicam do seu trabalho para cuidar ou buscam conciliar o cuidado com sua jornada de trabalho no mercado.

No Brasil, há a Política Nacional de Assistência Social (PNAS); seu eixo central é a centralidade na família para concepção de benefícios, serviços, programas e projetos. A Lei Orgânica de Assistência Social é um agente de efetivação de direitos, tendo, como eixo central, a matricialidadesociofamiliar, com o objetivo de incluir as famílias na rede socioassistencial. Os dizeres dos participantes desta pesquisa fazem ver isso:

"Famílias com uma condição social mais vulnerável, né?; a gente percebe famílias que têm uma situação econômica mais deficitária, geralmente, os idosos têm um salário mínimo ou BPC, que é o Benefício de Prestação Continuada, muitos são provedores do lar, famílias que são cada vez mais restritas, né?, então, até pela tendência, famílias menores, ou quando as famílias são maiores, às vezes, só um ou dois filhos se responsabilizam pelos cuidados e a gente percebe, de um lado, a família que tem um foco para com o idoso, até pelo próprio histórico de vida ou vínculo familiar;, e outras que têm dificuldades em como lidar com esse idoso nessa nova situação, onde ele está mais debilitado, com maior necessidade de cuidados. A família, geralmente, não se prepara para isso, né?, a gente não se prepara para o pior; então, as famílias, geralmente têm dificuldade, primeiro em aceitar, mas também se preparar para o cuidado do idoso, no domicílio." (AS1)

"(...) que é assim, aqui como a gente tá bem situado na Zona Leste, tem muito essa questão financeira, muito, muito mesmo, tem muito muito paciente que é o

único provedor do lar, aí acontece um acidente com esse paciente, só ele trabalhava, às vezes ele trabalhava, a maioria trabalhava de autônomo e não pagava INSS e aí aparece aqui os filhos menores de idade, a esposa que dependia dele, é uma situação muito complicada, e isso é bastante recorrente aqui, muito mesmo..." (AS1)

"(...) um número alto, eu observo que, após, agora, no decorrer da pandemia, esse quadro tem elevado muito, além dessa questão, dessa questão do paciente debilitado, dessas questões crônicas, nós percebemos todo um contexto social, saúde, desemprego, as famílias que estão perdendo empregos; às vezes o paciente, ele é o único provedor, era o único provedor da casa, mas ele não trabalhava com vínculo celetista; então, essa família, ela também está dependendo de ajuda de outros familiares, vizinhos, nós percebemos essa dificuldade, num contexto, assim, geral." (AS2)

"São famílias, a maioria delas do próprio território, famílias que não têm vínculo com o paciente, e uma questão financeira de extrema vulnerabilidade. Então, são pacientes que não têm na Assistência, não têm benefício, não são vinculados ao INSS; então, são bem fragilizados, os casos." (AS4)

"(...) A característica da família, são pessoas que têm um perfil, uns até a gente viu que tem um perfil de pessoas que querem cuidar, que querem olhar o seu ente querido, mas às vezes as condições são precárias, o diagnóstico do paciente é complicado, eles querem, eles gostariam de acolher melhor a sua família, né?..." (AS5)

"(...) São famílias extremamente carentes, são famílias que não fizeram, nunca pensaram na vida de que, em algum momento, alguém poderia adoecer de uma forma tão delicada, né? São famílias que sempre trabalharam como autônomos, não têm recolhimento do INSS, famílias sem nenhum fundo de renda, praticamente, acaba sendo muitos esses casos." (AS6)

Judicialização e morosidade do Poder Público para resolução dos casos

Sabe-se o quanto é importante um leito hospitalar nos hospitais públicos. O aumento acelerado dos idosos e as doenças crônicas têm se tornado desafiadores a esse cenário, na Saúde.

É preciso levar em conta o atual cenário do Brasil, com desemprego, aumento crescente da população em situação de rua, fatores estes que têm impactos na política, na economia, mas impactos muito mais significativos na Saúde.

Quando se fala em Alta Hospitalar, dependendo das condições atuais de um paciente, principalmente os crônicos, dependentes de cuidados, sem vínculo familiar, este paciente só vai sair de Alta para um leito de retaguarda, com a autorização Judicial do Ministério Público. Tudo isso demanda tempo, após esgotadas todas as possibilidades de

contato com a família e articulação em rede, encaminhado relatório para o Ministério Público atuar no caso; a resposta demanda tempo; com isso, o paciente piora em suas condições clínicas, perde os critérios de inclusão para leitos de retaguarda, acaba se infectando por outras bactérias, ou evoluindo a óbito.

"(...) só que, infelizmente, são casos que demandam muito tempo; então, são pacientes que ficaram aqui, pela nossa experiência, de três meses a um ano e dois meses. O último paciente que ficou nessa situação, na Geriatria, ficou, exatamente um ano e um mês internado até que se resolvesse pela nomeação de um curador especial do Estado, infelizmente, ele foi realmente para uma clínica de repouso com apoio desse curador, no entanto, ele faleceu dois dias depois." (AS.1)

"(...) a gente manda pro jurídico, né?, que é o Poder Judiciário a gente encaminha pelo e-mail, manda o relatório também para o Promotor, informando que já foi solicitado vaga via CROSS, informando que já foi solicitado via CREAS e foi negado ambos, porque, tendo essa negativa que ele consegue dar o retorno, só que esse retorno demora meses, né?, todo esse processo, não é que demora um ano e meio pro jurídico resolver, não é isso, é porque até chegar no jurídico demora um tempo, até a gente resolver pular todas as etapas, demanda aí uns quatro meses, no mínimo; aí, até chegar no jurídico pra resolver é em torno de uns seis meses, no mínimo, no mínimo, por aí; aí o que acontece, a maioria dos pacientes falecem antes de resolver e os que resolve saem com um ano, um ano e meio. Muito demorado. Muito demorado, exatamente, mas infelizmente, é uma problemática que não é só daqui, existe em todo, em todo o Brasil, é desse jeito." (AS.2)

"Existem poucas, por conta da morosidade, que ocorre nessa questão judicial, nós temos sim, um caso e, assim, já vários anos, e até o momento, o caso não tem, não tem, assim, um fechamento ainda. Então, nós procuramos trabalhar a Rede e trabalhar a família pra evitar até que chegue nessa judicialização." (AS.3)

"(...) infelizmente, a gente não teve tempo pra ter essa articulação;, então, assim, não tenho como dizer, como é que foi finalizado o processo. Ou o paciente foi a óbito, ou o paciente foi transferido para um outro serviço, né, porque pensando que o MBoi é de médiaalta complexidade, né?, então, acaba tendo um viés de transferência pra outros serviços." (AS.4)

"(...) entra Ministério Público né?, é onde entra o Ministério Público e o Ministério Público, na verdade, eles não têm prazo, eles acabam devolvendo até pra Secretaria da Saúde, até pra Secretaria da Assistência Social até vim novamente pra saúde, porque ainda mais depois que dessa Covid, da Covid, esse vírus aí, né?, ficou mais complicado, porque muitas famílias foram pras ruas, porque não podem pagar aluguel; então, as vagas, as vagas pra esse tipo, perfil de paciente que, que tá sem local pra tá indo, pra sair do hospital acaba sendo transferida pras famílias; então. o Ministério Público não tem, não tem prazo, é quando surgir, é quando surgir e quando também vai para o Ministério Público, o Ministério Público demora; nós da Assistência Social da Saúde que acabamos fazendo o papel de tá assim. ó, lutando, ligando, compactuando com quem, com outras colegas pra ver se consegue vaga, é assim que funciona." (AS.5)

"No caso do paciente adulto, nunca tivemos nenhuma situação desse tipo. Até mesmo porque nós temos dois hospitais de referência de retaguarda, né?, e quando, assim, o paciente não tem familiar, quando o paciente num tem ninguém, né?, vamos dizer um paciente morador de área livre e que fica nessa situação, nós

temos o hospital do Jaçanã, o D. Pedro, nós temos o Hospital Arnaldo Pezzuti e agora tem um hospital em Guarapiranga. São vagas demoradas né?, normalmente, aí uma média de três meses de espera." (AS.6)

A Judicialização se expressa nas condições ou na forma em que vive a classe trabalhadora. Essa expressão, diga-se de passagem, complexa, está presente diretamente nas políticas sociais, bem como nos serviços sociais e assistenciais, que são ofertados à população, seja através da política de saúde, política de educação, habitação, distribuição de renda, entre outras vigente em nosso país pensadas apenas para amenizar as querelas e mazelas da classe mais empobrecida e menos favorecida da sociedade (IAMAMOTO, 2014).

Há quase trinta anos, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e com a elaboração da Lei 8.080/1990 que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, a população brasileira conta com o Sistema Único de Saúde – SUS. Sistema este que afirma a garantia legal do acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde sem distinção de classe, raça, gênero, etnia e religião.

A criação do SUS se deu a partir de um longo processo de lutas e reivindicações sociais, quando apenas parte da população brasileira tinha direito à saúde e grande parte dela era atendida por ações filantrópicas, ajuda de curandeiras e ações voluntárias dos que detinham maior poder econômico. Com o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) intensificou-se a reivindicação coletiva relativa às questões sanitárias cujas respostas do Estado, para tratar dos surtos epidemiológicos que surgiam e se proliferavam em larga escala, eram imediatistas e limitadas (PAIM, 2009).

Na compreensão de lamamoto (2015), a questão social não é uma expressão isolada, sendo ela apreendida como um conjunto de expressões que foram historicamente impostas na sociedade, e notórios seus desdobramentos quotidianos. Desse modo, a autora afirma que:

[...]questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se

privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2015a, p. 27)

Ao analisar os impactos da questão social na contemporaneidade, Iamamoto (2015a) entende que, por envolver sujeitos que “sofrem na pele” os impactos diretos das desigualdades históricas, são desenvolvidas rebeldias, um movimento de resiliência, para resistir às barbáries do atual modelo de sociedade vivenciado neste século, que nega direitos, oprime, e exclui os diferentes, faz “vistas grossas” para a situação vivenciada pela classe menos favorecida. Todavia, faz-se necessário o entendimento de que:

[...] apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida, construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado (IAMAMOTO, 2015a, p. 28)

Ao recriar novas formas de vida, é notório o desdobramento nas relações existentes na sociedade, a que alguns estudiosos têm dado ênfase e chamado de “nova questão social”. A este respeito, sustentado com a teoria marxista, Netto (2011) afirma que não existe uma “nova questão social”, mas sim, novas expressões da “questão social” que emergem e se sobressaem de acordo as necessidades do capital. Segundo Netto (2011), para cada novo estágio do desenvolvimento capitalista, são instauradas novas expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é a razão de ser do sistema.

Algumas reflexões a mais sobre a judicialização da saúde e a questão social

Após a realização da Assembleia Constituinte que possibilitou a promulgação da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre os direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros, como saúde, habitação, educação e assistência social, a população passou a ter uma maior possibilidade de acesso democratizado às informações dos direitos sociais, passando a usufruir de novas experiências com o Poder Judiciário, anteriormente

acessíveis exclusivamente àqueles que detinham conhecimento, poder político ou poder financeiro.

Segundo Fleury (2012, p.159), a judicialização da política diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis.

Para Bahia (2014, p.215), na área da saúde coletiva, “o fenômeno da ‘judicialização da saúde’ emergiu e foi imediatamente interpretado como uma ameaça à equidade, como uma oposição entre individual e coletivo”. Tal oposição é expressa pelos conflitos de interesses existentes entre o segmento da sociedade composta pelos mais ricos *versus* os mais pobres, e não uma tensão de conflito entre o Direito (dos que estão inscritos na CF/1988) e os dos direitos sociais (expressos pela acumulação de bens e direitos produzidos socialmente, com acesso igualitário dentre outros).

Segundo Cunha (2017), a chamada judicialização da saúde refere-se ao uso do recurso judicial como instrumento para a efetivação do direito fundamental à saúde, acionado de forma individual ou coletiva, por aqueles que não têm acesso a algum tratamento de saúde e/ou encontram dificuldade de obtê-lo por outras vias.

Maciel (2002, p. 115), por sua vez, assinala que:

Os juristas usam o termo judicialização para se referirem à obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente. [...] afirma-se que judicialização é o ingresso em juízo de determinada causa, que indicaria certa preferência do autor por esse tipo de via. Ainda segundo a autora, [...] a expressão faz parte do repertório das ações de grupos políticos que defendem o recurso das arenas judiciais para ampliar a proteção estatal à efetividade de direitos de grupos discriminados ou excluídos.

Cunha (2017), ao citar diferentes estudiosos, entende que são atribuídas inúmeras terminologias para compreender a Judicialização da saúde:

A esse fenômeno é atribuída uma variedade de terminologias, tendo sido empregados os termos: “judicialização da política” (NETO, 2011), “judicialização da assistência farmacêutica” (SANT’ANA *et al.*, 2011), judicialização da política de saúde”, “judicialização dos direitos sociais”

(TERRAZAS, 2008), “judicialização do acesso a medicamentos” (MORETTI, 2014), e mais comumente, judicialização da saúde (CUNHA, 2017; LEITÃO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; VENTURA *et al.*, 2010).

Ainda segundo Cunha (2017), três fatores contribuíram para o aumento significativo das ações judiciais no pleito aos serviços de saúde, sendo eles: o processo de redemocratização do País, com a promulgação da CF de 1988; a ampliação do Poder Judiciário em matérias de competência de outros poderes; e o controle de constitucionalidade expresso pela preservação e proteção dos direitos consagrados na Constituição.

A Política Nacional do Idoso, Lei n.º 8842/1994, é um marco na garantia dos direitos da pessoa idosa e, apesar de não conseguir ser aplicada em sua totalidade, foi considerada avançada para a época, preconizando um atendimento de maneira diferenciada aos idosos em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Tem-se, posteriormente, a promulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria n.º 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), definindo as diretrizes norteadoras das ações na área da Saúde.

O Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, consolida os direitos dos idosos, com destaque para o Art. 5, que trata do direito à saúde, assegurando atenção integral à saúde do idoso, através de diversas ações de prevenção e a manutenção da saúde. No campo da saúde as legislações e normativas se propõem a acompanhar as transformações sociais e a expansão demográfica dos idosos, porém é preciso que os dispositivos legais venham ao encontro das urgências reais dessa população.

A seguir, o Quadro 2 com dados dos profissionais, Assistentes Sociais, entrevistados neste estudo:

	Nome	Ano da formação acadêmica	Grau de escolaridade	Hospital em que atua
1	AS.1	2002	Especialização	Hospital das Clínicas
2	AS.2	2015	Especialização	Hospital Estadual Santa Marcelina
3	AS.3	2009	Especialização	Hospital Unifesp
4	AS.4	2002	Especialização	Hospital Municipal M'Boi Mirim
5	AS.5	1989	Graduação	Hospital Geral de São Mateus
6	AS;6	2003	Especialização	Hospital Municipal Ermelino Matarazzo

Quadro 2: Profissionais entrevistados: Assistentes Sociais que atuam na Desospitalização

Para além dos aspectos depreendidos, pode-se acrescentar apontamentos que estão a seguir sumarizados, do que foi também depreendido dos dizeres dos entrevistados, e que indicam, a nosso ver, algumas tendências consideradas, aqui, centrais para discussões posteriores, para novos debates:

NO QUE PODE FACILITAR A ALTA HOSPITALAR-SOCIAL

- Se o processo de acolhimento/admissão à pessoa idosa (o processo de hospitalização propriamente dito), for eficiente, com uma avaliação multidisciplinar completa, isso facilitará todo o período de internação de um idoso doente, e especialmente no processo de desospitalização.

- Se as orientações à família forem adequadas, esta funcionará de acordo com a orientação da equipe multidisciplinar do hospital, colaborando efetivamente para uma bem-sucedida transição hospital-domicílio.
- Preparação detalhada do Plano de Alta Hospitalar-Social: preparação essa que vai depender da coesão e integração dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional hospitalar, devendo, porém, ser iniciada assim que um doente é hospitalizado.
- Por parte de um Assistente Social, participante dessa equipe, compete repassar, necessariamente, a todos os membros desse grupo de trabalho multidisciplinar:
 - o os dados de identificação do doente, dos familiares, vizinhos, amigos, enfim, o maior número possível de dados relativos a uma pessoa;
 - o a renda pessoal do doente, dos familiares, para poder localizar aquele com maior possibilidade financeira de ajuda ao idoso desospitalizado;
 - o a composição familiar: vínculos bem-mantidos, vínculos esgarçados mas passíveis de reconstituição;
 - o locais precisos da residência de todos os envolvidos (familiares, amigos, vizinhos), fones; e-mails; qual sua atual colaboração e qual outra poderia lhe ser proposta;
 - o quanto ao suporte social (sobre a qualidade dos vínculos familiares e sociais);
 - o quanto à situação habitacional (se residência própria ou não, barreiras arquitetônicas...);
 - o Dados precisos do/s cuidador/es informais ou formais, assim como do responsável pela hospitalização e pela desospitalização;
 - o Perspectivas da família e do doente para a etapa pós-Alta.
 - o Ao paciente e família, o processo desospitalização pode favorecer-lhes no sentido da:
 - o Diminuição do risco de contrair infecções;
 - o Perspectiva de um cuidado mais humanizado no domicílio com proximidade aos familiares queridos;

- Ter um conforto maior, o que é de conveniência para o doente idoso e seus familiares.
- À dinâmica de um hospital, o processo de desospitalização favorece quanto à:
 - Liberação de leitos para os casos de doenças mais agudas.

NO QUE PODE DIFICULTAR A ALTA HOSPITALAR-SOCIAL:

- No caso de ausência de uma pessoa que possa assumir o papel de cuidador de um idoso recém-desospitalizado;
- Quanto a questões de ordem financeira (dificuldades enfrentadas pela família para cobrir gastos, em residência, com dieta, curativos, medicações etc.);
- Se os vínculos familiares estiverem fragilizados ou no caso de famílias reduzidas;
- Por dificuldades de acesso a serviços de reabilitação ou a profissionais com essa especialidade, o que pode prejudicar a recuperação de um idoso recém-desospitalizado;
- Trazendo dificuldades ao prestar cuidados ao paciente no domicílio (por falta de conhecimento e habilidades dos familiares ou cuidadores).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contrariando a tendência dominante de se ter como foco a doença, na presente pesquisa adota-se a diretriz do foco no paciente, seus familiares e possíveis redes extra-hospitalares de apoio, na perspectiva da humanização do cuidado.

A busca de viabilização de cuidado domiciliar não se confunde com as estratégias em favor da desobrigação do Estado quanto à oferta de suporte às famílias no âmbito da seguridade social. Pelo contrário, a pesquisa evidenciou, uma vez mais, a urgência de reversão da atual tendência de desarticulação do sistema de proteção social, com as sucessivas medidas em direção à privatização dos serviços de saúde. É inadmissível, a propósito, que em uma cidade como São Paulo a oferta de serviços de retaguarda na alta hospitalar ainda esteja restrita a duas unidades.

Vem crescendo a oferta em torno do chamado *home care*, no âmbito privado, para segmentos que tenham condições de acessá-lo. Mas esse não é o caso, evidentemente, da maioria da população idosa no contexto da desigualdade social brasileira.

Na presente pesquisa, a saúde é concebida como direito social e coletivo, na esfera do bem público, não podendo ser submetida à lógica do mercado e da lucratividade. Ao nível da gestão do sistema de saúde, em que o sistema público vem sendo suplantado pelo setor privado, a estratégia da desospitalização pode servir a interesses contrários aos do paciente e de sua família. Isso exige dos profissionais da área o firme posicionamento ético-político em defesa dos direitos da/do cidadã/ão paciente, sem cederem às pressões para, simplesmente, “desempatar leitos” na alta hospitalar, às vezes circunscrita à questão dos custos financeiros, especialmente no setor privado.

Insiste-se pois, neste estudo, sobre o papel essencial de um Assistente Social de coordenar a desospitalização em uma instituição hospitalar, ou de contribuir decisivamente para uma gestão qualificada desse processo.

A insistência aqui se dá justamente para que a Alta Hospitalar a um idoso crônico-dependente se qualifique - em sua preparação prévia, desde o momento de hospitalização de um idoso, e posterior à desospitalização - como uma Alta Responsável (GOMES, 2021) ou Alta Hospitalar-Social, em se pensando em primeiro lugar nas exigências de cuidados especializados aos doentes idosos crônicos, dependentes de cuidados, em transição

hospital-domicílio, mas a um só tempo nas necessidades familiares de suporte para o acolhimento domiciliar e a prestação dos cuidados especializados a esse membro familiar que, de cuidados hospitalares, passará a receber cuidados domiciliares.

A desospitalização entendida como um processo que está ainda em gestação, e que se torna muito mais complexo no contexto da pandemia da Covid-19, em um momento histórico-social e humano bastante conturbado e desafiador a todos os seres humanos.

Desse modo, o presente estudo alcança, a nosso ver, o objetivo proposto de identificar aspectos considerados importantes, presentes na elaboração de um Plano para uma Alta Hospitalar responsável ou Alta Hospitalar-Social.

Registre-se, e reitere-se aqui, a dificuldade por parte dos profissionais em desospitalizar os pacientes crônicos dependentes de cuidados, precisamente pela ausência de leitos de retaguarda a esses pacientes, e ainda por falta de espaço e tempo para a formação/capacitação dos familiares a fim de que assumam tal tarefa de cuidar de seu paciente idoso.

Para tal fim, é fundamental o investimento em Políticas de Saúde para investimentos em leitos de retaguarda para que as famílias se organizem e o giro de leitos se torne mais acessível para os cuidados a outros pacientes com necessidades de cuidados urgentes, já que a realidade vivenciada e a desproteção social das famílias cuidadoras, o aumento do desemprego, uma grande parte da população pobre em situação de rua, a uberização, as mudanças na lei trabalhista, tudo vai corroborando neste momento, e de forma dramática, para a desproteção social da população brasileira.

Quanto aos limites deste estudo, poder-se-ia apontar o número reduzido, embora considerado satisfatório para esta modalidade qualitativa de análise, de participantes. Estes, porém, explicitaram muito bem suas insatisfações, suas dificuldades, suas tentativas de providenciar encaminhamentos de pacientes, o que possibilitou que fossem recuperados pontos muito interessantes do trabalho por eles desempenhado, o que foi aqui incluído. Outro limite, a nosso ver, seria o de não ter havido espaço e tempo hábil para entrevistas com idosos desospitalizados ou em vias de desospitalização, assim como com familiares ou cuidadores - o que se justifica aqui, em parte, pelas atribuições inesperadas deste período pandêmico por que passamos.

É nossa esperança de que a pesquisa possa ter cumprido um pouco do propósito de vida assumido por esta pesquisadora, motivada pelas palavras de nosso grande filósofo-poeta, Fernando Pessoa, tal como ele finalizou seu poema: *"Cada vez mais ponho da*

essência anímica / do meu sangue / o propósito impessoal de engrandecer a Pátria / e contribuir para a evolução da humanidade. /É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, Aline Marques. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. (162 f.). Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/152735ago.15/leis151/E_R-SS-82_140815.pdf.
- ALCÂNTARA, Ana Maria Santana. **Desospitalização de pacientes idosos – dependentes em serviço de emergência: Subsídios para Orientação Multiprofissional de Alta**. São Paulo: Dissertação (Mestrado profissional), Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/22220>.
- ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2016. (615 p.). Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/Pol%C3%ADtica-Nacional-doldoso-Velhas-e-Novas-Preocupa%C3%A7%C3%B5es-.pdf>.
- AMORIM, Camila Carvalho; PESSOA, Fabrício Silva. (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1728/1/Mod10.Un1.pdf>.
- ARAÚJO, Simone Rodrigues da Silva; MORAES, Clayton Franco. Direito à saúde da pessoa idosa em tempos de pandemia: desafios impostos pela Covid-19. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23 (n.º Especial 28, “Covid-19 e Envelhecimento”), pp. 673-686, 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p673-686>.
- ARAUJO, Evellyn de Araujo Karen Duarte; LEITE JUNIOR, Homero Marinho Teixeira; SANTANA, Rosimere Ferreira; PINHEIRO, Denis dos Santos. Capacidade funcional de idosos na internação e três meses do pós-alta hospitalar. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 26, n.º 1, pp. 127-144, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/93511/65116>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade: O Serviço Social no século XXI**, ano XVII, n.º 50, São Paulo: Ed. Cortez, 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, ABESS/CEDEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf.

BALBINO; Enizete Edna de Paula; LODOVICI, Fláminia Manzano Moreira. Fatores que contribuem para a adesão e a não-adesão de idosos a práticas socioculturais, no Centro de Atividades para a Terceira Idade Cativa, pp. 125-154 (302 p.). *In*: LODOVICI, F. M. M. **Envelhecimentos e Cuidados - para chave para o viver**. (Org.). São Paulo: Portal Edições, 2018. ISSN: 978-85-69350-15-6.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1990.

BERTAUX, Daniel. From the life-history approach to the transformation of sociological practice. *In*: BERTAUX, Daniel. (Ed.). **Biography and society: The life history approach in the social sciences**. London, England: Sage, pp. 29-45, 1981.

BESSE, Mariela; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; LEMOS, Naira Dutra. Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 17, n.º 2, pp. 205-222, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/22662>.

BOFF, Leonardo. **O Cuidado Necessário - na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BONETTI, Dilséa; SILVA, Marlise; SALES, Mione; GONELLI, Valéria. (Orgs.). **Serviço social e Ética:convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 1996.

BORDONARO, Sebastiano; RAITI, Fabio; DI MARI, Annamaria; LOPIANO, Calogera; ROMANO, Fabrizio; PUMO, Vitalinda; GIULIANO, Sebastiano Rameta; IACONO, Margherita; LANTERI, Eleonora; PUZZO, Elena; SPADA, Sebastiano; TRALONGO, Paulo. Active home-based cancer treatment. **J Multidiscip Health**, v.5, pp.137-143, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229161694_Active_homebased_cancer_treatment.

BORGES, Jackeline Gomes. **Fatores associados à reospitalização em idosos com doenças crônicas acompanhados em programa de atenção domiciliar**. Goiânia, GO: Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, PRPG, 2018. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8610>.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. (1993). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. CFESS. **Lei n.º 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Brasília, DF, 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,\(Mensagem%20de%20veto\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%3%9ABLICA%20Fa%3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei. Lei de regulamentação do Serviço Social](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,(Mensagem%20de%20veto).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%3%9ABLICA%20Fa%3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei. Lei de regulamentação do Serviço Social).

BRASIL. (2000). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 60p. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.

BRASIL. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.º 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [tps://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf).

BRASIL. (2004). Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de Terminologia em Saúde**. (Série F- Comunicação e Educação em Saúde). Brasília, MS, 2004. (142 p.). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf.

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde, MS. **Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

BRASIL. (2006). **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. (2ª ed.). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.

BRASIL. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (72 p.). (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8) ISBN 978-85-334-1479-2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf.

BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (64 p.). (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

BRASIL. (2010). Presidência da República. **Lei n.º 12.317, de 2010**. http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei_12.317-2010?OpenDocument 26 de agosto de 2010. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei12.317-2010?Acrescenta_dispositivo_a_Lei_n.o_8.662_de_7_de_junho_de_1993_para_dispor_sobre_a_duracao_do_trabalho_do_Assistente_Social. Brasília, DF: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Lei/L12317.htm#art1.

BRASIL. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS**, 4ª ed. 4ª reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (72 p.). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

BRASIL. (2010). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Caderno Humaniza SUS - Atenção Básica** vol. 1, 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.

BRASIL. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf.

BRASIL. (2011). Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1171_19_05_2011_rep.html Portaria altera a denominação **Comunicação de Internação Hospitalar, CIH, para Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial, CIHA**. Brasília: DATASUS, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=02>.

BRASIL. (2012). **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. Lei 8662/93, de Regulamentação da Profissão**. 10ª ed., revista e atualizada (Aprovada em 13 de março de 1993, com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS n.ºs 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11). Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, CFESS, 2012. (60 p.). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

BRASIL. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa - a Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar**, v. 1, 2012. Brasília: MS. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf.

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa - a Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar**, v. 2, 2013. Brasília: MS. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf.

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde, Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: CRESS (Org.). **Contribuição para o Exercício Profissional de Assistentes Sociais, Coletânea de Leis**. CRESS 6ª Região, Belo Horizonte, MG: CRESS, 2013.

BRASIL. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional – Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar**, v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf.

BRASIL. (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas**. CNS/MS, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581.

BRASIL. (2017). Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas: Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. (140 p.). ISBN: 978-85-5593-010-2. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.p_df.

BRASIL. (2018). Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018**, que dispõe sobre as Diretrizes para a Organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 23/11/2018, Edição: 225, Seção: 1, p. 276. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710.

BRASIL. (2018). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Programas e ações executados: 2064-Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa>.

BRASIL. (2020). Ministério da Saúde. **Coronavírus**, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46764-coronavirus-43-079-casos-e-2-741-mortessaude/46764-coronavirus-43-079-casos-e-2-741-mortes>). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>.

BRASIL. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. (98 p.). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf.

BRASIL. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. (83 p.). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.

BRASIL. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial. Doença pela Coronavírus Covid-19**. (Semana Epidemiológica, 34, 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/27/Boletim-epidemiologico-COVID-28-FINAL-COE.pdf>

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020. (170 p.). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuida_do_atuacao_multiprofissional.pdf. ISBN 978-85-334-2883-6 1.

BRASIL. (2021). **Covid-19 e Desenvolvimento Sustentável: avaliando a crise de olho na recuperação**". Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Organização Pan-americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/ptbr/146373-onu-lanca-relatorio-sobre-recuperacao-pos-pandemia-de-covid19>.

BRASIL. (2021). Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saudemais/cuidados-continuados/>.

BRASIL. (2021). Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 6892/2010, que cria uma Política Nacional de Apoio ao Cuidador Informal e ao atendente pessoal não remunerado**, 2021. Brasília, DF: Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=467868>.

BRASIL. (2021). **CBO 5162-10 - Classificação Brasileira de Ocupações**. Título: **5162-10 - Cuidador de idosos**: Acompanhante de idosos, Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar, Cuidador de idosos institucional, *Gero-sitter*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2021. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.

BRASIL. (2021) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **AIH - Autorização de Internação Hospitalar (RESSARCIMENTO AO SUS)**, 2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1559&historico=29825211.

BURLÁ, Claudia; CAMARANO Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele; NUNES, Rui. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.º 10, pp. 2949-2956, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fk95KPXWb6JjDz3PVM7V7Bj/?lang=pt>.

CALLES, Ana Carolina do Nascimento; OLIVEIRA JÚNIOR, Afrânio Torres de; ALMEIDA, Camila de Menezes; OLIVEIRA, Aparecida Batista de; CAMILO, Lara dos Santos. O Impacto da Hospitalização na Funcionalidade e na Força Muscular após Internamento em Unidade de Terapia Intensiva. **Interfaces Científicas – Saúde e Meio Ambiente**, Aracaju, v. 5, n.º 3, pp. 67-76, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3479>.

COSTA, Franciele Mendes da; CORREA, Aline Dominoni Borges; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal; NASRALA, Mara Lilian Soares; LIMA, Eliângela de; BITTENCOURT, Walkiria Shimoya. Avaliação da Funcionalidade Motora em Pacientes com Tempo Prolongado de Internação Hospitalar. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 16, n.º 2, pp. 87-91, 2015. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/486>.

SIBINELLI, Melissa; MAIORAL, Daniele Cristina; FALCÃO, Antônio Luis Eiras; KOSOUR, Carolina; DRAGOSAVAC, Desanka; LIMA, Núbia Maria Freire Vieira. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n.º 1, pp. 64-70, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

CAMARANO, Ana Amélia. Política de cuidados para a população idosa: necessidades, contradições e resistências. *In: Seminário Internacional sobre Políticas de Cuidado de Longa Duração para Pessoas Idosas no Brasil*, 1. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2015.

CAMARANO, Ana Amélia. **ILPIs, Asilos, Casas de Repouso: Do que se está falando?**, junho de 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/Ana%20Amelia%20Camarano%20%20Apresentacao%200AP%2021-06-2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/Ana%20Amelia%20Camarano%20%20Apresentacao%200AP%2021-06-2021%20(1).pdf).

CAMUS, Albert. **La Peste**. Paris, France: Gallimard, 1947.

CARDOSO, Isabel Cristina da Costa; CESAR, Mônica de Jesus. Revisitando um clássico da interlocução do Serviço Social com a tradição marxista. [Entrevista com Marilda Villela lamamoto, sobre os 33 anos do livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação históricometodológica*]. **Em Pauta**, v. 13, n.º 35, pp. 225-247. Rio de Janeiro: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/18630>.

CARIA, Telmo H.; PEREIRA, Fernando. Social work like a bureaucratic professional labour: an empirical analysis in non-profit organizations in Northern Portugal. **European Journal of Social Work**, v. 19, n.º 1, pp. 120-139, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691457.2014.996533>.

CARIA, Telmo H.; SOUSA, Paula; ALMEIDA, José Luís. A identidade profissional institucional. Atualidade da pesquisa em Serviço Social. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 85, pp. 149-165, 2017. Disponível em: DOI: 10.7458/SPP2017852240.

CARMONA, Luciana Mahnis Pereira; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 36, n.º 1, pp. 42-49, 2002. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/631/body/v36n1a06.htm>.

CARVALHO, Fabiana Aparecida. O Serviço Social e a interdisciplinaridade. **Revista Diálogos: pesquisa em extensão universitária**. Brasília, DF:IV Congresso Internacional de Pedagogia Social: domínio epistemológico, **Proceedings online...**, v. 18, n.º 1, pp. 73-79, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/3915-14182-1-PB.pdf>.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da Alta em Serviço Social. **Revista Katálises**, Florianópolis, v. 17, n.º 2, pp. 261-271, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/VWLgnQfY5n3ZQwRp6rs7CWC/?format=pdf&lang=pt>.

CARVALHO, Sergio R.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabricio D.; ANDRADE, Henrique S. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, pp. 1251-1269, 2015. Recuperado em 01 julho, 2020, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2020). Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2020 (COVID-19). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.69, pp. 343-346. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2externalicon>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32214079>.

CERQUEIRA, Monique Borba. A Narrativa Inquieta - Simone de Beauvoir e Anne Karpt: vigor nas reflexões sobre o envelhecer. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, 22(2), 113-129. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176901X. Disponível em: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/45435Texto%20do%20artigo-130050-1-10-20191014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/45435Texto%20do%20artigo-130050-1-10-20191014%20(1).pdf).

CHAMPY, Florent. **Nouvelle Théorie Sociologique des Professions**, Paris, France: Presses Universitaires de France, 2011. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.3917/puf.mestr.2011.0110.3917/puf.mestr.2011.01>.

CHODOS, Anna; GREYSEN, Scott Ryan; KUSHEL, Margot; GUZMÁN, David Hospitalization-associated disability in adults admitted to a safety-net hospital. **The Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 30, n.º 2, pp. 1765-72, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636578/>.

CORNETTE, Pascale; SWINE, Christian; MALHOMME, Brigitte; GILLET, Jean-Bernard; MEERT, Philippe; D'HOORE, William. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients; development of a predictive tool. **European Journal of Public Health**, Oxford, v.16, n.º 2, pp. 203-208, 2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/16/2/203/505712>.

CONCEIÇÃO, Eliane Silvéria Hernandez. **Internações de longa permanência pelo Sistema Único de Saúde em instituição de alta complexidade.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000217253>.

CONCONE, Maria Helena Villas Bôas; LODOVICI, F. M. M. Velhice Assexuada: Que estória é essa?, pp. 07-16. [Prefácio]. *In: D`Alencar, Raimunda Silva; CERQUEIRA, Monique Borba. (Orgs.). Velhice & Sexualidade – tramas da diversidade.* Ilhéus, BA: Editus, 2021.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS n.º 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.ºs 290/1994 e 293/1994.** Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.** Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Resolução CFESS n.º 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional de saúde.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Resolução CFESS n.º 489, de 3 de junho de 2006.** Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_489_06.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Resolução CFESS n.º 493, de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Resolução CFESS n.º 557/2009 de 15 de setembro de 2009.** Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, DF, 2010. (82 p.). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL, CFSS. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão.** 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>.

CORDÁS, Táci Athanássios. Desospitalização. **Revista de Psiquiatria Clínica da FMUSP**, v. 14, n. 1-2, pp. 4-14, 1987.

COSTA, Aline Aparecida; TREVISAN, Érika Renata. Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n.º 95, pp. 606-614, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341761012.pdf>.

COSTA, Francimar Felipa da Silva. **O cuidador familiar de idosos em cuidados paliativos: Limites e Possibilidades**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: PUC-SP. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12461>.

COSTA, Francimar Felipa da Silva. O diferencial da interconsulta, pp. 134-142. *In*: ANDRADE, L. (Org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social - um exercício de coragem**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2015.

COSTA, Francimar Felipa da Silva; LODOVICI, Fláminia Manzano Moreira. O cuidador familiar de idosos em cuidados paliativos: limites e possibilidades, pp. 31-66. *In*: FONSECA, S. C. (Org.). **O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos**. São Paulo: Portal Edições, 2016.

CUNHA, Fabiana Carla Matos; CINTRA, Marco Túlio Gualberto; CUNHA, Luciana Cristina Matos; COUTO, Érica de Araújo Brandão; GIACOMIN, Karla Cristina. Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados, pp. 475-487. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 12(3), pp. 475-487, 2009. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/153.pdf.

DABOVE, Maríalsolina Caramuto. **Los derechos de los ancianos**. Ed. Cidade Argentina, 2002. ISBN:9875072222, 9789875072220. (528 p.).

DABOVE, Maríalsolina C. Derecho de la Vejez en tiempos de pandemia. **Revista de la Facultad de Derecho**, v. 49, e-110. Montevideo, Uruguai, 2020. <http://dx.doi.org/10.22187/rfd2020n49a10>. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rfd/n49/2301-0665-rfd-49-e110.pdf>.

DABOVE, Maríalsolina C. Direitos em uma pandemia: o desafio de ser uma pessoa idosa. **Revista Jurídica CESUMAR**, v. 21, n.º3, 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9184.2021v21n3p809-20> <https://doi.org/10.17765/2176-9184.2021v21n3p809-820>

DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 414 p. ISBN 978-85-7541-329-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti; MELO, Beatriz Rodrigues de Souza; NERI, Karolina Helena; GOLGHETTO; CASEMIRO, Francine; FIGUEIREDO, Leandro Correa; GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.º11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.

DI TULLIO BUDASSI, Rosana G. El Derecho alimentario de los ancianos. Derecho de Familia. **Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia**, v. 38, pp. 64-82, 2008.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS; Marília Anselmo Viana da Silva; GIACOMIN, Karla Cristina. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. (Cap. 19, pp. 457-478). *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2016. (615 p.). Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-Velhas-e-Novas-Preocupa%C3%A7%C3%B5es-.pdf>.

EDWARDS, N.; HENSHER, M.; WERNEKE, U. Changing hospital systems. *In*: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Ed.). **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998, pp. 236-260.

ELIAS, N. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1994.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. [Editorial]. **REME, Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n.º1, 2014, pp. 1-2. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20140001.

Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP) (2016). Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/>. <http://www.fehosp.com.br/>. Acesso

FELIPPE, JonisManhães Sales. Projetos profissionais do Serviço Social e da Psicologia nos CRAS: uma articulação bem-sucedida? **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v.15, n.º 1, pp. 97-111, 2013. Disponível em: DOI: 10.5935/18092667.20130009

FELIPPE, JonisManhães Sales. **Atribuições privativas do Serviço Social sob um novo enfoque analítico**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 2014. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8984.

FELIPPE, Jonis Manhães Sales. O processo legislativo e a regulamentação do Serviço Social no Brasil: uma análise documental. **Serviço Social & Sociedade**, 131, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.129>.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; Soares, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **RevEscEnferm USP**, 46(6): 1494-1502, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6DXDrLCthSrij5r9V7KHm5Nq/abstract/?lang=pt>.

FERTONANI, HosannaPattrig; PIRES, Denise Elvira Pires; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.º 6, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **As diversas faces do cuidar - novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009.

FLESCHE, Letícia Decimo; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estud. Psicológicos**, (Natal), v. 19, n.º 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIDSON, Eliot. **Professionalism Reborn**. Cambridge: Polity Press, 1994. *Apud*: TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social Sociedade**, v. 137, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>.

FRIEDMAN, Meyer; FRIEDLAND, Gerald W. **As dez maiores descobertas da Medicina**. Trad.: José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

GARBACCIO, J. L.; TONACO, Luis, L. A. B. Características e Dificuldades dos Cuidadores Informais na Assistência ao Idoso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 11, n.º 3, pp. 680-686, 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>.

GLOSSÁRIO TEMÁTICO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Projeto de Terminologia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf.

GOMES, Leonor Maria da Silva. (2021). **DesHospitaliza – Plano de Gestão para Alta Responsável de Pacientes Idosos com Doenças Crônicas**. Trabalho de conclusão de curso. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTE) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Orientadora: Dra. Danielle Galdino de Paula. Co-orientadora: Dra. Taís Veronica Cardoso Vernaglia Disponível em: <https://outlook.office.com/mail/inbox/id/aaqkadu0zjhinwy5ltzmowitngu0zs05ywu5lta3mtu1ytu3mtziyqaqammp1yiu6hdiswmmrnyhj2e%3d/sxs/aamkadu0zjhinwy5ltzmowitngu0zs05ywu5lta3mtu1ytu3mtziyqbgaaaaaacxhi%2f7vrqeqjzbacafi81fbwb6z66fs6musqIn6fhskglzaaaa aaemaab6z66fs6musqIn6fhskglzaasaa7cfaaabegaqacfpocgzupjimpjcxdl4hho%3d>.

GORDILHO, Adriano; SILVESTRE, João Sérgio Jorge; RAMOS, Luiz Roberto; FREIRE, Margarida Paes Alves; ESPINDOLA, Neidil; MAIA, Renato; Renato VERAS, Renato; KARSCH, Úrsula. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. (92 p.). Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2000. ISBN 85-87897-01-2. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf.

GUILLEMARD, Anne-Marie. La vie qui s'éternise. *In*: **Ethics, Medicine and Public Health, Longevity**. Filen.º2, 203-212, 2015. Elsevier. DOI:<https://doi.org/10.1016/J.JEMEP.2015.04.004>. ID do Corpus: 152902834. Disponível em: <https://philosophieparisdescartes.files.wordpress.com/2015/06/la-vie-quisc3a9terniseelsevier2015.pdf>. OU <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.04.004>.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; FERNANDES, Neisa Rejane Machado, Marcello Mascarenhas, Marcello. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do Cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.º 114, pp. 885-898, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S4MCz4LkS7JKN3w6HwdbCJR/?lang=pt&for mat=pdf>.

HALIZ, Thais. (29 nov, 2016). Disponível em: <https://digital.hospitalar.com/ptbr/conteudo-networking/desospitalizacao-e-caminho-indispensavel-parapopulacao-brasileira-em-processo>.

HECKSHER, Marcos. **Mortalidade por Covid-19 e queda do emprego no Brasil e no mundo**. (Nota Técnica Disoc, n.º 98). Brasília: IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10877/1/NT_Mortalidade_Covid_19_Emprego_Publicacao_Preliminar.pdf.

HOPIA, Hanna; LATVALA, Eila; LIIMATAINEN, Leena. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12327>.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7ª ed. São Paulo. Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. 40 anos da “virada” do Serviço Social no Brasil - história, atualidade e desafios. **Revista Libertas**, v. 20, n.º 1, 2020. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UFJF. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1980https://doi.org/10.34019/1980-8518.2020.v20.303038518.2020.v20.30303>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD, Pesquisa Nacional por mostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimentodespesa-e-consumo/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-dedomicilios.html?=&t=o-que-e>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalhe-de-midia>.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2020. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idososhttps://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>.

IPEA, Instituto de Pesquisa. **Carta de Conjuntura**, n.º 50, Nota de Conjuntura n.º 22, 1º trimestre de 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37494%3A2021-02-11-14-04-14&catid=146%3Adimac&directory=1&Itemid=1.

JUSBRASIL. **Portaria n.º 1.805, de 9 de junho de 2021**, sobre a composição de Grupo de Trabalho que irá propor a Política Nacional de Cuidados, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1130585483/dou-secao-2-10-06-2021-pg-39>.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril, 1980.

KARSCH, U. M. S. Cuidadores Familiares de Idosos: parceiros da equipe de saúde. **Serviço Social e Sociedade**, XXIV, 75: 103-113, São Paulo: Cortez, 2003.

KRUGER, Tainá Wendt; BREDOW, Suleima Gomes; SEIBERT, Deise; MORSCH, Caroline. Alta social e os desafios para o Serviço Social na saúde pública - considerações a partir da experiência de estágio. **Serviço Social em Perspectiva**, v. 1, n.º 2, 163-182, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/Desktop/588-2139-1-PB.pdf>.

LAMPERT, M. A.; BARBOSA, C. D.; COELHO, F. L.; SANTOS, I. (2016). Uso de preditores de risco em idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 19, n.º3, pp. 169-185, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32616/22528>.

LANG, Pierre Olivier; MEYER, Nicolas; HEITZ, Damien; DRAMÉ, Moustapha; JOVENIN,

Nicolas; ANKRI, Joel; SOMME, Dominique; GAUVAIN, JeanBernard; COUTURIER, Pascal; LANIÈCE, Isabelle; VOISIN, Thierry; WAZIÈRES, Benoit De; GONTHIER, Régis; JEANDEL, Claude; JOLLY, Damien; SAINT JEAN, Olivier; BLANCHARD, Faith. Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. **European Journal of Epidemiology**, v. 22, n.º9, pp. 621-630, 2007. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10654-007-9150-1>.

LEMOS, Naira de Fátima Dutra. **Criação e implementação de ambulatório especializado para idosos e idosos cuidadores**, 2017. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/cria%C3%A7%C3%A3o-e-implementa%C3%A7%C3%A3o-de-ambulat%C3%B3rio-especializado-para-idosos-e-idosos-cuidadores>.

LEMOS, Naira de Fátima Dutra; GAZZOLA, Juliana. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n.3, pp. 170-179, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hkJsJRH94ZmgQnsHjzWby9c/abstract/?lang=pt>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F.; http://scielo.iec.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&n_extAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=GUERRA,+HENRIQUE+L.GUERRA, Henrique L.; http://scielo.iec.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&n_extAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=BARRETO,+SANDHI+M.BARRETO, SandhiM.; GUIMARAES, Renato Maia. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.1, pp.43-50, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100003>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F.; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, 19, n.º 3, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Envelhecimento e Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, 52(Supl 2), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>.

LIMA, T. V. da S.; SANTOS, W. P. dos; FREITAS, F. B. D. de; GOUVEIA, B. de L. A.; TORQUATO, I. M. B.; AGRA, G. Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.º 3, pp. 51-65, 2016. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP): PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31448/21922>.

LISBOA, T. C. Breve História dos Hospitais: da Antiguidade à Idade Contemporânea. Pró-Saúde, Encarte **Revista Notícias Hospitalares**, edição 37, 2002. Disponível em: <https://www.iph.org.br/pu.blic/files/acervo/142323490614232349067106232768.pdf>.

LODOVICI, Flaminia Manzano Moreira. A palavra que educa, desloca sentidos, possibilita pensar e agir... - direitos e controle social. In: Ruth Gelehrter da Costa Lopes; Beltrina Côrte. (Orgs.). **A Pessoa idosa na cidade de São Paulo: subsídios para a defesa de direitos e controle social**. São Paulo, SP, Brasil: Portal Edições, 2021, v. 1, pp. 01-40 (no prelo).

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; CÔRTE, Beltrina; BRANDÃO, Vera; MANSO, Maria Elisa G., MORGADO, Flavio; LODOVICI, Flaminia Manzano Moreira. Covid19 e os impactos do distanciamento físico. Os medos e outros sentimentos nas palavras de idosos. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, 26(4), Porto Alegre, 2021.

LOPES, Ruth Geleherth da Costa; KEVERN, Peter; CÔRTE, Beltrina; MORGADO, Flavio; BARROSO, Áurea Eleotério Soares; LUCENA, Carolina Côrte; BRANDÃO, Vera. COVID-19 e a rede de apoio da Pastoral da Pessoa Idosa, Nacional. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n.º Esp. 28, 2020, pp. 219-240. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p219-240>.

LOWTHIAN, Judy A.; JOLLEY, Damien J.; CURTIS, Andrea J.; CURRELL, Alexander; CAMERON, Peter A.; STOELWINDER, Johannes U.; MCNEIL, John J. **Med J Aust**, v. 194, n.º 11, pp. 574-578, 2011. Disponível em: DOI: 10.5694 / j.1326-5377.2011.tb03107.x.

MAGALHÃES, Micheli Anacleto; SOUZA, Izabel Cristina Nascimento. A atuação do Serviço Social no processo de desospitalização de pacientes de longa permanência no âmbito da saúde privada. **Anais do 16 CBAS, Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1v>. 16. n.º <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/11>, 2019, pp. 1-6. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1912>.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.º34, pp. 593-605, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/?format=pdf&lang=pt>.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; GÓES, Leonardo Garcia; CONCONE, Maria Helena Villas Bôas. (2019). Idosos e doenças crônico-degenerativas: por que eu, e por que agora? **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n.º 4, pp. 379-393, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50147/32613>.

MARTINELLI, Maria Lucia M. *et al.* (Eds.). **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber**. (3ª ed., pp. 152-158). São Paulo, SP: Cortez, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.º107, pp. 497-508, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007><https://doi.org/10.1590/S010166282011000300007><https://doi.org/10.1590/S010166282011000300007>.

MARTINS, Grazielle Alves; GOMES, Lilian Cristiane. O cuidado ao idoso com transtorno mental em uma instituição de longa permanência no Sudoeste de Minas Gerais: relatos de cuidadores e equipe de enfermagem. **J. Health BiolSci**, v. 8, n.º 1, pp. 1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3053/1197>.

MELLO, B. H.; LENARDT, M. H.; MORAES, D. C.; SETOGUCHI, L. S.; SEIMA, M. D.; BETIOLLI, S. E. Cognitive impairment and physical frailty in older adults in secondary health care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 55, p. e03687, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029803687>.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. (2020). Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.º 10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018><https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Reflexão Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n.º 4, pp. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (549 p.). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-deplanejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-20102015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000 (primeira edição: 1994).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. (8ª ed.). São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.º 3, pp. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63023334009.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n.º 7, pp. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FIRMO, Joselia Oliveira Araujo. Longevidade: bônus ou ônus? [Editorial]. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.º 1, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018241.31212018.

MERHY, Emerson Elias. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes. Disponível em: http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/humanizacao__.pdf s dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007.

MIOTO, Regina Celia Tamasso. O trabalho com redes como um procedimento de intervenção profissional: o desafio de requalificação dos serviços. **Katalysis**, Florianópolis, v. 5, n.º 1, pp. 51-58, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5870>.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles; LUSTOSA, Abdon Moreira; DUTRA, Fernando; BARROS, Eveline de Oliveira; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; DUARTE, Marcella Costa Souto. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.º 10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>.

MORSE, J. M. Determining sample size. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 10, n.º 1, pp. 3-5, 2000. Disponível em: https://www.vumc.org/vecd/sites/default/files/QRL_documents/Morse%20%20sample%20size.pdf.

MORSE, J. M. Styles of collaboration in qualitative inquiry. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 18, n.º 1, pp. 3-4, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18174530/>.

NOSSA, P. N. Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde. Uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n.º2, 2020, pp. 01-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020200081>.

NUNES, Bruno Pereira; SOARES, Mariangela Uhimann; WACHS, Louriele Soares; VOLZ, Pamela Moraes; SAES, Mirelle de Oliveira; DURO, SueleManjourany Silva; THUMEL, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, p. 43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VnpVrG9hVz3bCbGpcFNMjgn/?format=pdf&lang=pt>.

NUNES, Maria Jussara Medeiros; SILVA, Jean Carlos Souza; OLIVEIRA, LucidioClebeson; MARCOS, Gabriel Victor Teodoro de Medeiros; FERNANDES, Amélia Carolina Lopes; SANTOS, WedneyLiviano de Sousa, GUZEN, Fausto Pierdoná; CAVALCANTI, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAÚJO, Dayane Pessoa. Alterações Neurológicas na Covid-19: uma Revisão Sistemática. **Revista Neurociências**, 28, pp. 1-22, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/10949-Texto%20do%20artigo-456871-10-20201202.pdf>. ONU MULHERES/IPEA, 2020). Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/biblioteca-digital/publicacao.php?autoria=Instituto%20de%20Pesquisa%20Econ%20mica%20Aplicada%20%96%20Ipea>.

ONWUEGBUZIE, A. J.; LEECH, N. L. Sampling Designs in Qualitative Research: Making the Sampling Process More Public. **The Qualitative Report**, Fort-Lauderdale, v. 12, n.º 2, pp. 238-254, 2007. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol12/iss2/7/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Envejecimiento y ciclo de vida, La población mundial está envejeciendo rápidamente**, Datos y Cifras, 2020. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Relatório Mundial de Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, Portugal, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, 2002. Disponível em: <http://social.un.org/index/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-SP.pdf>.

ORLANDI, Eni Puccinelli Orlandi. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas, S: Editora da Unicamp, 2007.

PEDRO, W. J. A. (2013). Reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo. São Paulo, SP: PUC-SP: **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 16, n.º 5, pp. 9-32. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18506/13699>.

POLÍTICA NACIONAL DE APOIO AOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS. Câmara dos Deputados. **Comissão aprova Política Nacional de Apoio aos Cuidadores Informais de Idosos**. 07/11/2019. Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/611328-comissao-aprova-politicanacional-de-apoio-aos-cuidadores-informais-de-idosos/>.

RABELO, A.; THAMIRES, F. O Serviço Social e a desospitalização de doentes crônicos de longa permanência. **Anais do 39º Encontro de Assistentes Sociais do Maranhão**. Centro Pedagógico Paulo Freire, São Luiz, Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2018. Disponível em:

<http://www.cressma.org.br/wp-content/uploads/2018/06/o-servi%C3%87-o-social-e-a-desospitaliza%C3%A9o-de-doentes-cr%C3%94nicos-de-longa-perman%C3%84ncia.pdf>.

RAICHELIS, Raquel Degenszajn. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.º 107, 2011. Disponível em:

<https://www.semanticscholar.org/paper/O-assistente-social-comotrabalhador-assalariado%3A-a-Raichelis/68f6c7e1d4ec645075d98a510cdb31ebc377ebbe>.

RAICHELIS, Raquel Degenszajn. Polêmicas teóricas na análise marxiana do trabalho no Serviço Social. **EM PAUTA - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 16, n.º 41, pp 154-170, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/36691-124279-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/36691-124279-1-PB%20(1).pdf).

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. Covid-19 and Italy: what next? **The Lancet**, v. 395, n.º10231, pp. 1225-1228, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30627-9).

REVISTA FONSEAS, Fórum Nacional de Secretários de Estado da Assistência Social. **15 de junho é Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa!** 15 jun., 2021. Disponível em: <http://fonseas.org.br/violencia-contra-a-pessoa-idosa/>.

RIBEIRO, H. Pina. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. ISBN: 85-249-0509-3.

RIERA, Juan. **História, Medicina y Sociedad**. Madrid, Espanha: Piramide, 1985.

ROMNEY, A. K.; BATCHELDER, W.; WELLER, S.C. Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. **American Anthropologist**, Arlington, v. 88, n.º 3, pp. 13-38, 1986. Disponível em: <https://www.behr.ufl.edu/sites/default/files/Culture%20as%20Consensus.pdf>.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROTHAN, Hussin, A.; BYRAREDDY, Siddappa, N. A epidemiologia e patogênese do surto de doença coronavírus (COVID-19). **Journal of Autoimmunity**, v. 109, 2020, p. 102433. Disponível em: DOI: 10.1016 / j.jaut.2020.102433.

RUSSELL, Cynthia. Uma visão geral da revisão de pesquisa integrativa. **Progress in Transplantation**, v. 15, n.º 1, pp. 8-13, 2005. Disponível em: DOI: 10.7182 / prtr.15.1.0n13660r26g725kj.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS PINTO, David. **Respostas Sociais para Idosos em Portugal**. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde (2º ciclo de estudos), Covilhã, Portugal: Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/3037>.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. São Paulo: TeCorá, 2001. (176p.).

SAVENHAGO, Igor José Siquieri; VARGAS, Priscila Victorelli Pires; OGATA, Márcia Niiituma; PEDRO, Wilson José Alves. Envelhecimento e Covid-19: Notas sobre fake news e inovação social. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n.º Especial 28, "Covid-19 e o Envelhecimento", 29-57, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50984/33365>.

SBGG-SP. **Os desafios da desospitalização** [entrevista com a médica Flávia Nascimento de Camargo], 17/04/2017. Acesso em 30/04/2017. Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/os-desafios-da-desospitalizacao/>.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da Interdisciplinaridade. In: MARTINS DE SÁ, J. L. (Ed.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos Fundamentos Filosóficos à prática interdisciplinar no Ensino, Pesquisa e Extensão**, 8ª ed., 11-22. São Paulo, SP: Cortez, 2010.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R., Devers, K. J. Reiventing the American Hospital. **MilbankQuarterly**, v. 73, n.º 2, pp. 131-160, 1995. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3350254>.

SILVA, Ademir Alves da. Viver com mais de 60 anos: a propósito da política social. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 10, n.º 1, pp. 1-30, 2011. DOI: 10.20396/sss.v10i1.1376. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1376>.

SILVA, Angélica Baptista. **Telessaúde no Brasil - Conceitos e Aplicações**. São Paulo: DOC Editora, 2014.

SILVA, E. B. N., & NERI, Anita Liberalesso (2009). Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**, pp. 237-285. Campinas: Papirus.

SILVA, Esther Pereira; MELO, Francisco de Assis Brito Pereira; SOUSA, Mailson Marques; GOUVEIA, Roberta de Araujo; ANDRADE E TENÓRIO, Andrea; CABRAL, Andrea Fábica Freitas; PACHECO, Marina Castro Soares; ANDRADE, Adir Fátima da Rosa; PEREIRA, Tatiane Maciel. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 17, n.º 2, pp. 197-202, 2013.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; CASTRO, Wesley Souza. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **RGE, Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n.º4, p. e67762, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/?lang=pt>.

SILVA, Lucia; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; BOUSSO; Regina Szyllit. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. Florianópolis (SC): **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n.º 2, pp. 297-303, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/11.pdf>.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima; YASBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálises**, v. 17, n.º 1, pp. 102-110, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/yGpCjdCY8gjG3ZZ5dPpZbTL/?lang=pt&format=pdf>.

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine; YONEKURA, Tatiana; SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. Revisão Integrativa: Conceitos e Métodos utilizados em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n.º 2, pp. 335-345, 2014. Disponível em: DOI: 10.1590; S0080-6234201400002000020.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional, **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n.º 1, pp. 119-132, 2008. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119>.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, v. 8, n.º 1, pp. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>.

STOECKLE, J. D. The citadel cannot hold: technologie GO outside hospital, patients and doctor too. **MilbankQuarterly**, v. 73, n.º 1, pp. 03-17, 1995. Disponível em: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume73/issue-01/73-1The-Citadel-Cannot-Hold.pdf>.

SU, Jing Jing; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Masika+GM&cauthor_id=31284827
MASIKA, Golden
Mwakibo; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Paguio+JT&cauthor_id=31284827
PAGUIO, Jenniffer
Torralba;
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Redding+SR&cauthor_id=31284827REDDING,
Sharon, R. **Ética de Enfermagem**, v. 27, n.º 2, pp. 480-493, 2020. Disponível em: DOI: 10.1177 / 0969733019851546.

TAVARES, Juliana Marques; CECAGNO, Diana; TOLFO, Fernando Dalmaso; SCARTON, Juliane; ANDRADE, Gustavo Baade; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler. Cuidados do enfermeiro ao usuário nas modalidades de atenção domiciliar. **Revista Pesquisa Cuidados Fundamentais**, on-line, v. 10, n.º 4, pp. 1130-1134, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6400>.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade**, v. 137, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** (Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, junho de 2011). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATIONS. **World Human Population Prospects 2019.** Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>.

WANG, U.; DRESDEN, S. M.; ROSENBERG, M. S.; GARRIDO, M. M.; LOO, G.; SZE, J.; GRAVENOR, S.; COURTNEY, D. M.; KANG, R.; ZHU, C. W.; VARGAS-TORRES, C.; GRUDZEN, C. R.; RICHARDSON, L. D.; GEDI WISE Investigators. Geriatric Emergency Department Innovations: Transitional Care Nurses and Hospital Use. **Journal of the American Geriatrics Society**, <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15325415v.66,n.3,pp.459-466>. 2018. Disponível em: DOI: 10.1111/jgs.15235.

WHITE, D. B.; LO, B. (2020). A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds during the COVID-19 Pandemic. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n.º 18, pp. 1773-1774, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5046>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.** Geneva, Suisse: WHO; 2018.

ZHANG, J. J.; DONG, X.; CAO, Y.; YUAN, Y.; YANG, Y.; YAN, Y.; AKDIS, C. A.; GAO, Y. (2020). Clinical characteristics of 140 patients infected with SARSCoV-2 in Wuhan, China. **Allergy**, v. 75, pp. 1730-1741, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/all.14238>.

Web site consultado

Desospitalização é caminho indispensável para população brasileira em processo de envelhecimento. (29 novembro 2016). Disponível em: <https://digital.hospitalar.com/pt-br/conte%3%BAonetworking/desospitaliza%3%A7%C3%A3o-%C3%A9-caminhoindispens%3%A1vel-para-popula%3%A7%C3%A3o-brasileira-em-processo>.

ANEXOS

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa intitulada: "DESOSPITALIZAR É PRECISO: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A PACIENTES CRÔNICOS, DEPENDENTES DE CUIDADOS", realizada pela pesquisadora Francimar Felipa da Silva Costa, aluna de Doutorado em Serviço Social da PUC-SP, sob a orientação do professor Dr. Ademir Alves da Silva.

Esta pesquisa apresenta com objetivo compreender as dificuldades encontradas em assumir os cuidados em domicílio pelos familiares no processo de desospitalização, junto aos pacientes crônicos dependentes de cuidados paliativos.

Sua participação se dará por meio da concessão de uma entrevista semi-estruturada à pesquisadora, sendo que suas respostas serão gravadas e depois transcritas para análise. Todas as fitas e/ou áudios contendo as gravações serão destruídos, após a realização da pesquisa. Em nenhum momento, o(a) senhor(a) será identificado(a), como também não terá nenhum ônus e nem ganho financeiro para participar desta pesquisa. O presente Termo assegura-lhe os seguintes direitos:

- a) Garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre todos os procedimentos empregados em sua realização;
- b) Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase de realização de pesquisa;
- c) Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-se absoluta privacidade.

(O)A senhor(a) receberá uma cópia deste Termo em que constará o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas, a qualquer momento, sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

EU, _____ portador do RG n.º _____, declaro que, após o conveniente esclarecimento prestado pela pesquisadora e ter entendido os objetivos da pesquisa, concordo voluntariamente em colaborar com sua realização.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Telefone da

pesquisadora: _____

São Paulo, ___ de _____ de 2021.

ANEXO 2**(A) Dados das/dos Assistentes Sociais**

Nome: _____

Bairro _____ Município _____ Zona _____

Idade _____ Sexo: _____

Ano de formação: _____

Grau de Escolaridade: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Religião: _____

Estado civil: casado () viúvo () solteiro () separado () divorciado () união
estável ()

Área de Atuação: _____

Instituição de trabalho: _____

Cargo na atual Instituição _____ Unidade de trabalho _____

B) Roteiro para entrevista com as/os Assistentes Sociais

- 1) Como se dá o processo de desospitalização na unidade em que você atua?
- 2) Existe algum protocolo de Alta hospitalar?
- 3) Existe formação dos familiares e cuidadores? Quanto tempo de formação/treinamento?
- 4) Quais os entraves encontrados no processo de desospitalização dos pacientes crônicos e dependentes de cuidados dentro da instituição?
- 5) No caso de algum familiar não assumir os cuidados dos pacientes, qual a atuação do Serviço Social?
- 6) Existe judicialização dos casos? Para qual órgão é encaminhada a demanda e qual é o prazo de resposta do Poder Judiciário?
- 7) Na instituição em que você atua existe algum recurso para encaminhar o paciente até os familiares se organizarem? Em quanto tempo é atendida a solicitação?
- 8) Os casos são discutidos em equipe? Existe uma comunicação coesa entre a equipe?
- 9) Quais as características das famílias atendidas pelo Serviço Social com a demanda de familiares crônicos e dependentes de cuidados?
- 10) Existe uma abordagem específica do Serviço Social para as famílias? Tem local reservado para atender a esta demanda?
- 11) Existe uma articulação em rede com outros serviços? Há entendimento por parte dos outros profissionais?
- 12) O que falta, na Política de Saúde, para que haja uma efetividade no processo de desospitalização, assegurando os direitos dos pacientes?
- 13) Você acredita que a desospitalização é um processo para garantia de direitos?