

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA**

**PLATINI BONIEK SARDOU DA SILVA**

As atribuições profissionais dos assistentes sociais na “desospitalização”: uma “nova” tecnologia de ajustamento?

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2020

**PLATINI BONIEK SARDOU DA SILVA**

As atribuições profissionais dos assistentes sociais na “desospitalização”: uma “nova” tecnologia de ajustamento?

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Assistente Social Ma. Márcia Valéria de Carvalho Monteiro

Coorientadora: Assistente Social Dr<sup>a</sup> Senir Santos da Hora

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2020

PLATINI BONIEK SARDOU DA SILVA

As atribuições profissionais dos assistentes sociais na “desospitalização”: uma “nova” tecnologia de ajustamento?

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Avaliado em 12 de fevereiro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Assistente Social Ma. Márcia Valéria de Carvalho Monteiro (Orientadora)

---

Assistente Social Dr<sup>a</sup> Senir Santos da Hora (Coorientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Yolanda Aparecida Demetrio Guerra

---

Assistente Social Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Correia Nogueira

## AGRADECIMENTOS

É primaz agradecer aos trabalhadores usuários e aos trabalhadores profissionais do SUS, posto que sem eles este trabalho jamais seria possível. Com isto, há que se afirmar que este texto, embora com marcas da singularidade, não pode ser apanhado como um produto exclusivamente individual, em razão mesmo de sua determinação social.

Sou grato às assistentes sociais Marcia Valéria Monteiro e a Senir Santos da Hora por aceitarem me orientar. Agradeço as indicações textuais, as correções e as ponderações, enfim, quero dizer muito obrigado!

Quero registrar meu agradecimento a professora e querida Yolanda Guerra, por aceitar compor a banca avaliadora deste TCR e, assim, por poder contribuir na construção deste momento da minha formação. Muito obrigado prof.<sup>a</sup> Yolanda Guerra!

À Ana Cláudia Nogueira, agradeço por além de aceitar avaliar esta produção, também por ter registrado importantes momentos em minha trajetória profissional desde o período da graduação, quando já avaliava uma de minhas apresentações em uma jornada de apresentação de trabalhos científicos. Aqui no INCA pude apreender e a identificar mediações do real com os seus ensinamentos. A ti, Ana Cláudia, meu agradecimento!

Também há que se agradecer a importante contribuição de Jéssica Fernanda dos Santos Lima Ramos, bibliotecária do INCA II, pela força e pela competência técnica na construção da nossa estratégia de busca. Foi rico e qualificado esta fase da construção da estratégia. Jéssica, obrigado!

Agradeço ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) pela oportunidade do desenvolvimento e aprofundamento de competências e habilidades profissionais e humanas. Agradeço também a você, que se arrisca a ler este texto, porque sei que de alguma forma e em alguma medida você também é parte dele. Receba, da mesma forma, meu agradecimento!

Platini Boniek Sardou  
Verão de 2020

- De acordo com fontes históricas confiáveis, a espada pode se apresentar a qualquer aluno da Grifinória que a mereça – retrucou Scrimgeour. – Isto não a torna propriedade exclusiva do sr. Potter, seja o que for que Dumbledore tenha decidido.

Scrimgeour  
(Ministro da Magia do Ministério da Magia da Inglaterra)

Rowling, J. K.  
(Harry Potter e as Relíquias da Morte, 2007, p. 105)

## RESUMO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso, busquei identificar como as atribuições profissionais dos assistentes sociais podem se expressar no âmbito da “desospitalização”. Contudo, antes importou identificar as principais concepções que, em algum grau, estão relacionadas à “desospitalização”. Para tanto, utilizei a revisão integrativa como técnica de pesquisa. Para a composição da fonte, trilhei pelo uso de artigos das bases de dados da área da saúde, cuja estratégia de busca utilizei alguns descritores indexados pelo DeCS-bvs, que auxiliou na busca nas bases *Pubmed*, *Lilacs* e *Embase*. Quanto à *análise e tratamento dos dados*, busquei ancorá-los no materialismo histórico-dialético. Considerando este referencial, dispus da seguinte hipótese diretriz: configuração da “desospitalização”, no âmbito dos mecanismos de controle empregados pelo bloco no poder, enquanto momento dos processos racionalizadores de custos que tendem a transferir parcialmente responsabilidades da atenção terciária em saúde para os usuários e sua respectiva família, plasmada como resposta do bloco dominante para a crise do capital. A revisão possibilitou vislumbrar, originariamente, duas concepções de “desospitalização”: uma associada ao movimento antimanicomial e outra às diretivas do projeto neoliberal. Nesta última, verifiquei que só pode haver, na perspectiva aqui abordada, *atribuições profissionais*, haja vista sua determinação pelo *projeto ético-político profissional em hegemonia*, se matizadas por ações de resistência, conflagrando, do contrário, *atividades atribuídas*. Tais atividades, ao que a conjuntura e o contexto histórico indicam, tendem a implicar ações que podem encerrar determinados níveis de ajustamento dos trabalhadores usuários à realidade social de modo a contribuir com a sua adaptação à realidade econômica e sócio-histórica. Por fim, cheguei à conclusão de que a “desospitalização” implica num *modelo de gerenciamento*, que vem se refratando, no campo do SUS, como um *movimento ideopolítico* que se manifesta, fundamentalmente, no e pelo imaginário e práticas dos trabalhadores profissionais de saúde e na sociedade civil, que, em face das atuais determinações estruturais históricas, fomenta, em linhas gerais, a defesa do estabelecimento de certa cultura institucional de aceitabilidade política e de *efetivação de práticas profissionais sistemáticas e manipulatórias*, que tendem, por um lado, a transferir certas responsabilidades do Estado burguês pela reprodução social dos trabalhadores usuários, quanto às questões atinentes à saúde de nível terciário, para os próprios trabalhadores usuários e suas famílias, na medida em que traz consigo a perspectiva neoliberal de gerenciamento de leitos e de racionalização de custos na saúde pública, e, por outro lado, convoca o cooperacionismo dos trabalhadores para difundirem e implementarem este modelo, donde tende a ampliar a rotatividade de usuários e a intensificação do trabalho; tende a exponenciar a *focalização perversa* na atenção hospitalar; tende a ampliar as competências de escuta, de negociação, de manipulação de variáveis empíricas objetivas e subjetivas etc. Indubitavelmente, no mínimo, um cenário desfavorável para os trabalhadores usuários do SUS.

**Palavras-chaves:** Projeto ético-político. Atribuições profissionais. Assistentes Sociais. Atividades atribuídas. Desospitalização.

## ABSTRACT

In this Course Completion Work, I sought to identify how the assignments professionals of social workers can express themselves within the scope of “Dehospitalization”. However, before it was important to identify the main conceptions that, to some degree, they are related to “dehospitalization”. For that, I used the review integrative research technique. For the composition of the source, I followed the use of articles from health databases, whose search strategy I used some descriptors indexed by DeCS-bvs, which aided the search in the *Pubmed*, *Lilacs* and *Embase*. As for the analysis and treatment of data, I sought to anchor them in materialism historical-dialectic. Considering this framework, I had the following guiding hypothesis: configuration of "dehospitalization", within the control mechanisms employed by the bloc in power, as a moment of the cost rationalizing processes that tend to partially shift responsibilities from tertiary health care to users and their respective family, shaped as a response from the dominant bloc to the

capital crisis. The review made it possible to glimpse, originally, two conceptions of “Dehospitalization”: one associated with the anti-asylum movement and the other with the neoliberal project. In the latter, I verified that there can only be, in the perspective here addressed, professional assignments, in view of their determination for the ethical-professional political in hegemony, if tinted by actions of resistance, conflagrating, otherwise, assigned activities. Such activities, to the conjuncture and the context indicate, tend to imply actions that may end certain levels of adjustment of user workers to the social reality in order to contribute to the its adaptation to the economic and socio-historical reality. Finally, I came to the conclusion that “dehospitalization” implies a management model, which has been SUS field, as an ideopolitical movement that manifests itself, fundamentally, in and by the imaginary and practices of health professional workers and in society civil society, which, in view of the current historical structural determinations, promotes, in general, the defense of the establishment of a certain institutional culture of acceptability policy and the implementation of systematic and manipulative professional practices, which tend, on the one hand, to transfer certain responsibilities from the bourgeois state to social reproduction of user workers, regarding issues related to the health of tertiary level, for the user workers themselves and their families, to the extent that that brings with it the neoliberal perspective of bed management and rationalization public health costs, and, on the other hand, calls for the cooperation of the workers to disseminate and implement this model, hence it tends to expand the user turnover and work intensification; tends to exponentiate the perverse focus on hospital care; tends to expand listening skills, negotiation, manipulation of objective and subjective empirical variables, etc. Undoubtedly, at least, an unfavorable scenario for worker users SUS.

**Keywords:** Ethical-political Project. Assignments professionals. Social Workers. Assigned Activities. Dehospitalization.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>09</b>
 <b>Capítulo 01</b>	
1 “Desospitalização”: uma face da barbárie fantasiada de humanização?.....	15
1.1 Anotações sobre os procedimentos técnico-políticos de investigação da pesquisa.....	15
1.2 Para uma aproximação das concepções de “desospitalização”.....	19
1.3 Revisão Integrativa: situando os artigos da revisão na totalidade do problema da “desospitalização”.....	25
1.4 O modelo de gerenciamento “desospitalizador” e sua direção neoliberal.....	41
1.5 A “desospitalização” na história: surgimento dos hospitais e a Reforma Sanitária.....	60
1.6 “Desospitalização”: um modelo ideopolítico de gerenciamento?.....	66
 <b>Capítulo 02</b>	
2 As atribuições profissionais dos assistentes sociais na “desospitalização”.....	76
2.1 Para a construção das atribuições profissionais vinculadas ao Projeto Ético Político Profissional em hegemonia.....	76
2.2 As atribuições profissionais: o problema da forma e do conteúdo.....	92
2.3 Um pretexto para discutir as atribuições profissionais: apresentando os dados da pesquisa.....	96
 <b>Apontamentos finais.....</b>	 <b>101</b>
 Referências.....	 106
Referências da Revisão Integrativa.....	110
Referências Consultadas.....	110
 Apêndice 01 – Instrumento de Coleta de Dados.....	 112
Apêndice 02 – Estratégia de Busca.....	114



## INTRODUÇÃO

“Uma orientação para a práxis, não importa de que tipo, que salta utopicamente por cima da situação atual das coisas, só pode fracassar diante da realidade.”  
György Lukács (2010, p. 257)

E mais uma vez estou<sup>1</sup> diante deste momento de síntese de mais um instante da trajetória de minha formação de vida e profissional, onde o percurso tende a aparecer num trabalho de conclusão de curso, que aqui é qualificado como de residência, portanto, *Trabalho de Conclusão de Residência* (TCR), cujo formato escolhido foi a monografia acadêmica. Importa considerar que o trabalho que agora apresento não pode ser outra produção senão um TCR, cuja pretensão máxima é pôr-se como mais um exercício de investigação, sistematização e de pretensões analíticas, contudo, agora, com a particularidade, em outro momento, da importante mediação da vivência do trabalho profissional de forma dialética, histórica, particularizada etc., de um objeto real que direta e indiretamente movimenta um conjunto de *requisições institucionais*, algumas vezes metamorfoseadas em *atividades ou ações atribuídas* (SARDOU, 2017), e *respostas profissionais dos assistentes sociais* (que por força do seu *Projeto Ético-político em hegemonia* deve se expressar como *atribuições profissionais*), enquanto um dos matizes que tendem, parcialmente, responder as expressões da questão social em nossa história presente e particularmente situada. Trazer isto significa dar evidência aos limites objetivos, subjetivos, social e institucionalmente postos, o que me exige pedir escusas pelos saltos de mediações e pela falta de aprofundamento em diversas discussões importantes para o decifrar deste espinhoso tema da “desospitalização” e suas implicações nas atribuições profissionais dos assistentes sociais. Aproveito para, igualmente, considerar que minha postura, mesmo que em muitos momentos discordantes do que pode ser hegemônico neste debate e movimento da “desospitalização”, não pode ser outra senão aquela que tenha por objetivo, por um lado, usar este espaço para *exercitar* o desenvolvimento

---

<sup>1</sup> Embora recomendado e, em alguns casos específicos, até determinado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), mais especificamente a NBR 6028:1990 (neste caso mais precisamente quanto ao resumo ser consignado na terceira pessoa do singular e na voz ativa), neste trabalho utilizei majoritariamente a primeira pessoa do singular. Primeiro em razão de certa autorização pelo Manual de Trabalhos Acadêmicos do INCA (2016, p. 07), que ao tratar sobre este diz que “comunicar os resultados de uma pesquisa e divulgar suas descobertas e criações é parte integrante do ofício do pesquisador. A produção de um bom texto acadêmico depende da *criatividade do autor*, do seu domínio sobre o assunto, da sua capacidade argumentativa, de síntese, da *sua expressão escrita* e do seu *estilo literário pessoal*”. Além disto, ao tratar este trabalho acadêmico como um *exercício analítico-reflexivo* vinculado ao método materialista histórico dialético, considero que a pseudoimpessoalidade do discurso escrito em terceira pessoa entra parcialmente em colisão com a matriz metodológica em tela, posto que não se reconhece, a não ser em níveis formais, a neutralidade na produção de conhecimento, haja vista que todo conhecimento está associado mais ou menos a certos interesses de classe e suas frações.

*reflexivo e analítico* vinculado (pretensão) a um determinado referencial teórico-metodológico, e, por outro lado, mas autoimplicado por aquele, de trazer tão somente alguns apontamentos aproximativos de algumas nuances presentes neste debate para, acima de tudo, aprofundar algumas das reflexões atinentes às atribuições profissionais dos assistentes sociais iniciadas já na graduação de Serviço Social, o que não significa que, de algum modo e em determinada medida, isto não possa trazer certo grau de contribuição de diferentes naturezas.

Meu interesse pelo presente objeto deu-se pelo fato de eu ter participado, na graduação em Serviço Social, de uma pesquisa onde me aproximei do *problema das atribuições profissionais dos assistentes sociais* e, no estágio obrigatório, realizado em um hospital terciário na cidade do Rio de Janeiro, do *problema de uma política pública de saúde universal, integral, “gratuita”<sup>2</sup> e socialmente referenciada*. E agora mais precisamente, embora esta problemática seja anterior e mais ampla, cabe ponderar que a minha inserção no programa de Residência Multiprofissional em Oncologia no INCA ocorre em concomitância com o início da discussão do processo “desospitalizador”, mais precisamente posta na unidade assistencial INCA I, onde realizo fixação no segundo ano de residência<sup>3</sup>.

A política de saúde posta na contemporaneidade está impregnada de táticas que se colocam substantivamente em favor do atendimento dos interesses do grande capital, que somente a título de demonstração podemos situar as diferentes formas de expressão da terceirização (ANTUNES, 2018), a “cultura do voluntariado” (BONFIM, 2010), a privatização por dentro via EBSEH, OS’s, OSCIP (GRANEMANN, 2011), a lógica da gestão empresarial (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016) introduzida nada sutilmente no SUS, como por exemplo o modelo de “desospitalização”, e os atuais modelos de residências multiprofissionais (MENDES; VIDAL, 2018).

Nesta direção, cabe aqui situarmos a conjuntura histórica do tempo presente, que em face desta simbiose não apenas dicotômica de nossa espontaneidade histórica, temos o início

---

<sup>2</sup>Enquanto não duplamente paga: via impostos e pela aquisição no mercado de seguros de saúde; ou seja, “gratuita” como concepção de financiamento da saúde apenas por parcela do salário e do mais valor (posto que só aparentemente pertence ao trabalhador) apropriado pelo Estado via impostos e, por mediações, via exploração da força de trabalho, o que exclui, em tese, a possibilidade inclusive de *financiamento compartilhado* - fetichizado por meio da *corresponsabilidade* e *participação* do usuário e da família e do colaboracionismo (ou facilitador) dos trabalhadores de saúde - entre Estado e trabalhador usuário, sua família e setores da sociedade civil.

<sup>3</sup>O Programa de Residência Multiprofissional do INCA está organizado, dentre outros, por Comissões de Ensino que abarcam as diferentes categoriais profissionais que compreendem o programa (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia e Física Médica). Cada Comissão possui razoável autonomia para organizar seus módulos práticos e teóricos específicos, donde o momento da fixação consiste em uma modalidade de organização do programa em que o residente transita no primeiro ano pelas diferentes clínicas e serviços do complexo assistencial do INCA e, no segundo ano da residência, a partir de certa regulação organizacional, escolhe uma clínica ou unidade para fixação.

do ano de 2019 marcado pela exponenciação das forças chamadas por alguns de ultra-conservadora e ultra-neoliberal. Trata-se de um cenário um tanto curioso, posto que está rico de contradições em evidência. Como as diferentes forças mais ou menos organizadas posicionam-se nos cenários da trama das lutas de classe e suas frações. As articulações, as armadilhas, as parciais rupturas, as novas alianças, as re-alianças outrora rompidas, as parciais mudanças de posições ideopolíticas, o ensaio dos discursos e representações, o domínio e controle das informações e, também, dos “corpos”, as censuras<sup>4</sup>, a mudez periódica-funcional, a criatividade controladora e manipulatória, as *mentiras* e os falseamentos utilitários, os usos de sarcasmos e de deboches como ferramenta politicamente organizada que beiram o assédio moral, as hipocrisias, os oportunismos, os conformismos, os fatalismos e os messianismos funcionais, técnicas de psicologização ideopoliticamente funcionalizadas, os preconceitos e as discriminações ora manifestamente grosseira e ora sutilmente realizadas, os *status* de diferentes matizes que segregam, hierarquizam e alienam, os assédios de diferentes nuances, as ameaças explícitas e tácitas, os corporativismos/particularismos, as táticas de defesa, as diversas formas combinadas de resistências em diferentes níveis, as desalienações parciais que muitos não se dão conta que estão acontecendo, os mecanismos informais de superação das barreiras sócio-historicamente construídas, as medidas de enfraquecimento de forças “opponentes”, também os sorrisos, os abraços, as parcerias, os encontros, as agonias, as dores, os alívios, as ingenuidades, as novas experiências, os novos amigos, as festas, os saboreares, os “se permitir”, o viajar, o “à flor da pele”, a brisa do mar, aquele saboroso vinho ou aquela cerveja bem gelada, nas óperas ou nos bailes de favela, no *rock* ou no samba, sim, tudo isto e muito mais está acontecendo entrelaçadamente, cada qual conforme os balizamentos objetivos e subjetivos que as classes e suas frações estão subsumidas em um plasmal dialético e sócio-histórico do atual estágio do sistema de produção capitalista e da sociabilidade de hegemonia burguesa.

---

<sup>4</sup> Vivemos tempos sombrios em que o atual regime de “exceção flexibilizado” vem impondo diferentes formatos de censura nos diferentes espaços da vida social. Deste modo, não é demais reafirmarmos a defesa da liberdade de expressão e do pensamento, compreendidos como conquistas civilizatórias, consignado no pacto político de 1988, precisamente em seus dispositivos expressos no inciso IV, do art. 5º, no *caput* e no §2º do art. 220, da Constituição Federal, que assim determina, respectivamente: “é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato”; “A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição”; “é vedada toda e qualquer forma de censura de natureza política, ideológica e artística” (SARAIVA, 2019, p. 5 e 61). Neste sentido, ainda cabe considerar, igualmente, o dispositivo da alínea *i*, do art. 2º, da Resolução nº 273, de 13 de março de 1993 (Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais), que versa sobre o direito dos assistentes sociais quanto à “liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos” (CFESS, 1993).

Considerando esse pressuposto, busquei investigar nesta realidade sócio-histórica o trabalho profissional dos assistentes sociais ao que confere as relações atinentes, neste momento e espaço, às atribuições profissionais, em especial, aqui, às ações forjadas no âmbito do processo de “desospitalização”. Refiro-me ao contexto de financeirização do capital em que as políticas sociais vêm sofrendo intensas investidas para a constituição da manutenção da taxa de acumulação capitalista. Neste cenário, a tendência das políticas sociais é de mercantilização, fragmentação, seletividade e de *focalização perversa*. Nota-se que, as políticas sociais implementadas no cotidiano dos processos de trabalho em que os assistentes sociais estão inseridos constituem-se em espaços de disputas e tensões diretamente e indiretamente implicadas por diversas ordens de interesses, de classe e suas frações, de matizes econômicos, políticos, sociais e culturais, que podem ampliar ou minimizar o *acesso universal* dos usuários às políticas sociais, conforme a correlação de forças existentes.

Disso dimana a relevância de se decifrar as forças do tempo presente que implicam nas possíveis configurações das atribuições profissionais dos assistentes sociais. Sendo assim, do ponto de vista teórico-metodológico, meu interesse é de talvez contribuir com a produção de conhecimento do Serviço Social e com o debate sobre a temática, mesmo que este sirva tão somente para ser parcial ou completamente refutado, posto que, mesmo neste quadro, o debate foi de algum modo alimentado e o tema foi pensado e repensado. Já ao que concerne às competências técnico-operativas, este estudo busca de algum modo problematizar as *atividades requisitadas* e *as ações atribuídas* aos assistentes sociais gestadas no cerne da “desospitalização”, que por mais que os profissionais estejam sendo chamados para desenvolvê-lo, sua lógica imanente emerge de outras fontes mais abrangentes. Deste modo, considerando que as atribuições profissionais dos assistentes sociais são gestadas, em primazia, no interior da direção profissional e social que esta categoria coletivamente e politicamente organizada delimita<sup>5</sup>, mesmo que em permanente e inelimináveis tensionamentos com as esferas que a legitimam social e institucionalmente, posto que aqui também somos, enquanto categoria profissional, sujeitos históricos e também atores de sua direção social coletiva, e não apenas, em sobremaneira, sujeitos passivos, como alguns deixam a entender e, ao defenderem isto acabam por subtrair, mesmo que aparentemente, deste sujeito histórico, a práxis social e política da mesma, obnubilando, em parte, os exemplares da categoria profissional. Deste modo, problematizar a desospitalização e o que estamos sendo chamados a fazer em face de seus objetivos e finalidades últimas, que por certo

---

<sup>5</sup> Só a título de exemplo podemos citar o Congresso da Virada em 1979, assim como o Movimento de Reconceituação mais ou menos iniciado em 1965.

se põem como leis sobre as ações profissionais, tende por horizonte subsidiar intervenções qualificadas, posto que refletidas criticamente e historicamente, com vistas a dar suporte teórico e técnico-operativo aos assistentes sociais para, não apenas, deciframos, mas também modificarem a realidade do cotidiano profissional, na direção de fortalecer as lutas protagonizadas pelos usuários dos serviços, expressando, assim, seu compromisso ético-político de materialização e efetivação, mesmo que parcialmente, de valores emancipatórios.

Mais especificamente o que quero dizer é que debater as atribuições profissionais, neste contexto explicitado, é de suma importância, como podemos verificar, por exemplo, sua menção na mesa de abertura do Congresso dos Assistentes Sociais realizado neste ano que se findou. Hoje estou mais seguro para afirmar que o *problema da atribuição profissional* se encontra em todos os debates que se discute o trabalho profissional dos assistentes sociais em toda a sua trajetória. É um problema, portanto, indissociável da discussão do *trabalho profissional*. Esta importância reside no fato de que não se faz Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, logo mediada pelo trabalho assalariado, sem a atribuição profissional (atividade com direção social expressa pelo projeto profissional em hegemonia), sem a ação que move, que intervém (dimensão interventiva)<sup>6</sup>, que modifica, que responde as requisições institucionais e demandas sociais. Neste sentido, a atividade profissional realizada pelos assistentes sociais refrata na dinamicidade das totalidades sociais impregnando-as de forças que as movem em certa direção. E o que se pretende, em última instância, é que tais ações contribuam para a construção de uma sociedade em que as relações sociais em voga emancipem os trabalhadores usuários do SUS e não os alienem. Para tanto, é imperativo que as atribuições profissionais estejam alicerçadas nesta direção, pois ainda nesta ordem contraditória do capital acredito na possibilidade, mesmo que em níveis menos abrangentes, da construção de nuances emancipatórias<sup>7</sup> necessárias e indispensáveis à efetiva emancipação plena dos humanos.

---

<sup>6</sup> Esta proposição é sumariada por Yolanda Guerra (2009, p.3-4, grifos meus) na seguinte passagem: “Por esta razão, a chamada “questão social”, se não considerada à luz de seus fundamentos constitutivos, da lógica que a gerou (a acumulação capitalista), mais obscurece a realidade do que a explica. Ao assistente social, no âmbito da sua inserção da divisão social e técnica do trabalho, *cabe captar como as diversas expressões da questão social se particularizam em cada espaço sócio-ocupacional e chegam como demandas que dependem de sua intervenção profissional*. Assim, entendemos que a clareza de como concebemos a “questão social”: a partir de que pressupostos teóricos? Que concepção temos de suas expressões: tais como desemprego, fome, doenças, violência, falta de acesso aos bens e serviços sociais (moradia, creches, escolas, hospitais etc.), que valores orientam tais concepções? Todas estas mediações incidem sobre os meios e *modos de responder às demandas profissionais*”).

<sup>7</sup>Para uma aproximação inicial, estou considerando que a emancipação se expressa por fracionamentos, enquanto momentos, mas partindo da concepção de Karl Marx sobre emancipação humana. Assim diz este autor clássico: “Toda a *emancipação política* é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade civil, a indivíduo

Diante do exposto, busquei identificar as principais concepções existentes no Brasil, a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), de “desospitalização” e como uma destas se relaciona com as atribuições profissionais dos assistentes sociais. Este TCR está dividido em dois capítulos, onde no primeiro apresentarei o problema da “desospitalização” e no segundo farei algumas reflexões sobre como as forças do que estou chamando de modelo de gerenciamento<sup>8</sup> “desospitalizador” podem influenciar nas ações profissionais dos assistentes sociais, conformando, em parte, suas atribuições profissionais.

---

egoísta independente; por outro, o cidadão, a pessoa moral. Só quando o homem individual retoma em si o cidadão abstrato e, como homem individual – na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais –, se tornou ser genérico; só quando o homem reconheceu e organizou as suas *forces propres* [forças próprias] como forças sociais e, portanto, não separa mais de si a força social na figura da força política – [é] só então [que] está consumada a emancipação humana.” Mais adiante, para situar a razão de eu empregar “nuances emancipatórias”, podemos ver, ainda neste autor, a seguinte exposição de diferentes matizes de emancipação: “Não dizemos, portanto, com Bauer, aos judeus: vós não podeis ser *politicamente emancipados*, sem vos *emancipardes radicalmente do judaísmo*” (2009, p. 59, grifos meus). Também podemos verificar em Carina Berta Moljo e José Fernando Siqueira da Silva (2018, p.125-6, grifos meus), que os autores ao se remeterem à discussão que José Paulo Netto realiza sobre a categoria da liberdade como valor universal também empregam a ideia de variações emancipatórias, mas nestes autores eles trazem na forma de níveis emancipatórios: “Netto [... – PBS], ao expressar o debate da categoria profissional dos assistentes sociais em curso nos anos 1990 e a direção social estratégica já amadurecida naquele momento, ressalta a liberdade como valor universal entendida como possibilidade de escolhas concretas, nisso a autonomia, *níveis crescentes de emancipação* e a plena expansão dos indivíduos sociais”. Contudo, não quero dizer que o trânsito emancipatório em seus diferentes níveis e matizes se equalizam à emancipação plena da humanidade, estando assim de acordo com José Paulo Netto (2009, 26-7) quando aborda a concepção de Karl Marx sobre os limites da emancipação de matiz político: “Marx não hipoteca a conquista da emancipação política dos judeus à renúncia deles à sua religião e à sua cultura: afirma que podem se emancipar politicamente sem abdicar delas; mas a emancipação política (na medida em que não é emancipação humana) não os tornará humanamente livres – eles continuarão submetidos a um constrangimento que não é só deles, é o constrangimento geral que pesa sobre todos os membros da sociedade civil e de seu Estado”. Continuando, podemos ver em Elaine Rossetti Behring (2013, p. 16) que a autora trata de forma dialética as categorias emancipação política e humana: “a compreensão profunda do projeto profissional passa pela ideia central de que os princípios que o orientam encerram essa dialética entre emancipação política e humana”. Já em José Paulo Netto, em uma entrevista que o autor dá à Cátia Corrêa Guimarães, da Fundação Oswaldo Cruz, ele situa o fator de movimento da dialética, enquanto herança hegeliana: “o movimento do ser não é um movimento qualquer: é na verdade um automovimento, ou seja, um movimento que tem a sua força motriz, a sua dinâmica, no próprio ser”. Também podemos conferir em Rodrigo de Souza Filho e Claudio Gurgel (2016, p. 59-63), a seguinte concepção de emancipação humana: “A emancipação humana, nos termos marxianos, está relacionada ‘a restituição do mundo e das relações humanas aos próprios seres humanos’ (Iasi, 2011, p. 56); expressa ‘uma forma de sociabilidade na qual é o homem, e não forças estranhas, quem dirige – de modo consciente e planejado – o seu processo de autoconstrução social’ (Tonet, 2004, p.136); e ‘exige [...] a [supressão do] dinheiro e [da] propriedade privada [posto que] alienam o homem do seu trabalho e da sua exigência’ (Netto, 2015, p. 30)”. Mais adiante estes mesmos autores traz a questão da seguinte forma: “a emancipação humana não se configura como consequência de uma suposta evolução e desenvolvimento da emancipação política. Todavia, a emancipação política é uma forma de expressão da emancipação, determinada pela sociedade burguesa e, por isso, limitada socialmente. No entanto, ela pode conter elementos progressistas capazes de contribuir, se superados, para a construção da emancipação humana. Do ponto de vista imediato, a atuação das forças sociais progressistas sobre a base da emancipação política pode contribuir com processos sociais vinculados a transformações necessárias à emancipação humana”. Também em István Mészáros (2016, p. 183) verificamos a expressão “emancipação dos sentidos humanos”. Nos termos trazidos por este autor: “Marx fala ‘emancipação completa de todas as qualidades e sentidos humanos’”. Daí que com base nesta perspectiva, é sobre este movimento dialético do processo de [des]construção de alienações é que estou decifrando que se põem as nuances emancipatórias.

<sup>8</sup> Inicialmente, cunhei como “modelo de gestão desospitalizador”. Em razão de concordância com as ponderações da banca avaliadora deste trabalho, substituí-o por “modelo de gerenciamento desospitalizador”.

## **1 “DESOSPITALIZAÇÃO”: UMA FACE DA BARBÁRIE FANTASIADA DE HUMANIZAÇÃO?**

Considerando que o agir consciente em determinada direção social requer o desvelamento do real em suas múltiplas determinações no âmbito dos constrangimentos das relações sociais alienadas do capital, donde dimana o trabalho assalariado, faz-se necessário investigar qual o significado sócio-histórico da “desospitalização” no tempo presente, para que assim possamos delinear quais ações profissionais realizar considerando a força do projeto profissional dos assistentes sociais em hegemonia. Contudo, antes de adentrar nos problemas fundamentais abordados neste trabalho, é preciso demonstrar qual foi mais ou menos o percurso que realizei com vistas à elaboração deste trabalho.

### **1.1 Anotações sobre os procedimentos técnico-políticos de investigação da pesquisa**

Como uma das exigências do trabalho acadêmico, apresentarei nesta seção os procedimentos técnico-políticos da pesquisa, o que para outros paradigmas seria chamada de metodologia de pesquisa. De início, a meu ver, soa minimamente estranho o formalismo etapista, aceito e defendido pela “comunidade científica” como forma indispensável para consagrar determinada produção de conhecimento como científica, isto porque a matriz de pensamento que estou incipientemente vinculado, considera que cabe ao investigador decifrar o movimento constituinte e dialético do objeto em sua estrutura e processualidade histórica, buscando desvelar sua lógica imanente no âmbito da totalidade social. Com isso, cabe ao pesquisador perseguir o movimento dinâmico do objeto, o que, de certo modo, torna-se imprevisível o próprio movimento do pesquisador, haja vista que a “escolha” de determinado conjunto procedimental pode, em certo momento, não acompanhar o movimento do objeto porque este resguarda certa independência e fluidez em relação ao pesquisador, de tal modo que o encaixe dos procedimentos no objeto pode não ocorrer adequadamente, exigindo do pesquisador mudanças substantivas ou até abandono do próprio conjunto procedimental de investigação elencado inicialmente no projeto de pesquisa. Segundo Netto (2011), no materialismo histórico-dialético “(...) é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador”. Isso significa dizer que o rigor preestabelecido de procedimentos metodológicos é totalmente estranho a esta perspectiva de análise. Contudo, considerando as exigências da cientificidade, buscamos na pesquisa traçar um “caminho do pensamento” em busca de conhecer o real, que se mostra caótico inicialmente, para

reconstruí-lo cognoscitivamente como real pensado. Com isto, não se quer infirmar aqui que o que é chamado por metodologia de pesquisa não tenha sua importância, mas pelo contrário, reafirmo sua importância, mas situando-o em sua particularidade e limitações (NETTO, 2011). Importa considerar, também, que este conjunto de procedimentos, que encerram, em parte, a “linguagem” técnica para a busca, seleção, análise, tratamento e exposição da investigação põe-se como um momento de idas e vindas e de aproximação do objeto, o que, mesmo tendo uma “linguagem” técnica não se reduz ou subtrai sua dimensão política. Neste sentido, toda a pesquisa é permeada pelo vetor da política que se inicia já mesmo na própria “escolha” do objeto e do problema de pesquisa, assim como atravessa toda a investigação e deságua em seus resultados. Por isto, estou chamando esta seção não de metodologia de investigação ou de pesquisa, mas de procedimentos técnico-políticos.

Neste sentido, busquei realizar, inicialmente, uma revisão integrativa, compreendida aqui como uma técnica que visa proporcionar não apenas uma síntese de conhecimentos produzidos, mas também lançar apontamentos ou indicações para uma possível intervenção político-prática de ações amparadas com base nos resultados deste estudo. Assim, a revisão integrativa possibilita a reunião de diferentes produções teóricas sobre um determinado tema, não se limitando a reunião de estudos por metodologias de pesquisa. A revisão em tela abarca diferentes produções sustentadas em diversificados procedimentos técnico-políticos de investigação, ampliando, por isso mesmo, o conjunto de concepções sobre “desospitalização”, o que acredito, preliminarmente, atender aos objetivos aqui consignados.

Na medida em que se trata de uma revisão, as fontes correspondem a dados secundários, onde busquei nas bases de dados, da área da saúde, artigos cuja estratégia de busca (apêndice 02) contém os seguintes *descritores indexados pelo DeCS-bvs*: alta do paciente, desinstitucionalização, competência profissional, competência clínica, assistência à saúde culturalmente competente, responsabilidade legal, papel profissional, assistentes sociais e serviço social. O termo “desospitalização” e atribuições profissionais ainda não aparecem como descritores indexados nesta plataforma acima citada, contudo, ainda assim, utilizei estas expressões como sinônimos na construção de minha estratégia de busca. Para tanto, na fase de seleção do material para investigação, estabeleci previamente os seguintes *critérios de inclusão*: artigos que continham no título ou no resumo os descritores ou palavras-chaves referidos acima; artigos que abordassem a temática considerando a experiência brasileira, ou seja, que remetesse às instituições e práticas do SUS; textos que ou abordavam ou que tangenciavam sobre o exercício profissional dos assistentes sociais brasileiros; não realizei



recorte de idioma; e artigos que foram produzidos a partir de 1988, cuja criação do SUS coloca-se como marco temporal de seleção. Foram *excluídas* as dissertações, teses, livros, relatórios e os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão acima estabelecidos, ou seja, que não abordavam a temática do sistema de saúde brasileiro e o fenômeno da “desospitalização”.

Com este movimento, alcancei na base de dados os seguintes resultados de busca<sup>9</sup>: *Pubmed* obtivemos 134 referências; *Embase* foram 12 referências; na base de dados *Lilacs*, a bibliotecária do HCII sugeriu realizar duas estratégias de busca, a primeira com inclusão do desfecho da questão de pesquisa, que tratou das atribuições profissionais, deixando apenas o problema da desospitalização e o trabalho profissional dos assistentes sociais na estratégia, o que resultou em 13 referências; com a inclusão do desfecho, o resultado foi de 1 referência. Utilizei o editor de referências *Endnote web* para identificar as referências duplicadas, cujo resultado deste procedimento foi a permanência de apenas 18 referências. Destas, eliminei 1 tese, 3 dissertações, 1 relatório, 3 referências não disponíveis e 2 artigos que não tratavam do SUS, o que restou 8 artigos para extração de dados.

O *público alvo* de nosso estudo abarca os assistentes sociais brasileiros por conta do desfecho que se quer identificar que é a influência da “desospitalização” nas atribuições profissionais dos assistentes sociais. Considerando o referencial teórico norteador da análise dos dados de pesquisa, a coleta de dados ocorreu com base na construção de indicadores organizados em um instrumento de coleta de dados (apêndice 01), que serviu como “roteiro” para a extração das informações consignadas nos artigos analisados. Nesse sentido, o instrumento de extração de dados foi organizado em quatro blocos de indicadores parametrizados pelas questões específicas da pesquisa. No primeiro bloco, extraí dados atinentes ao que estou chamando de características do artigo estudado, buscando saber seu problema, objeto, objetivos, método, dados dos autores etc. O segundo bloco, a principal preocupação posta foi de identificar os temas relacionados às concepções de “desospitalização” e parcialmente o contexto de sua produção. No terceiro bloco, busquei identificar as demandas, requisições e competências, e, por fim, no quarto bloco, minha atenção foi de identificar e extrair os dados relacionados às atribuições profissionais dos assistentes sociais. Ao que concerne à *análise e tratamento dos dados*, busquei (profunda pretensão) ancorá-las na matriz do materialismo histórico-dialético, como já salientado anteriormente.

---

<sup>9</sup> A busca das referências foi realizada na segunda metade do mês de maio de 2019.

Com esta direção, não elaboramos, como recomendado por alguns autores que tratam de análise de conteúdo, categorizações do objeto em pauta, buscando de certo modo classifica-lo ou tipifica-lo. Esta não foi em nenhum momento minha preocupação, mas pelo contrário, o que busquei identificar foi a lógica imanente e movente e as possíveis tendências do conteúdo concreto do objeto de estudo já explanado, assim como sua influência na conformação das atribuições profissionais dos assistentes sociais. Em face desta perspectiva, as categorias, compreendidas aqui como modo de ser do ser (IANNI, 1986), que sustentaram minhas reflexões na análise e interpretação dos dados extraídos foram, fundamentalmente, as categorias ontológicas da totalidade, da história, da contradição, da mediação e da alienação. Compreendo que a realidade social consiste em certa totalidade<sup>10</sup> histórica de grandes complexos dialeticamente conformados e autoimplicados por complexos de diversas nuances e níveis. A totalidade da realidade social não é traduzida por esta perspectiva como a adição de partes do todo social, mas sim a constituição autoimplicada de diferentes matizes de complexos dialeticamente autodeterminados.

Deste modo, compreendo que a “desospitalização” e as atribuições socioprofissionais e políticas dos assistentes sociais figuram objetivações que, constituintes de uma localizada totalidade, estão implicadas por outras totalidades que as determinam do mesmo modo em que estas refratam implicações tanto na totalidade mais ampla quanto em outras de diferentes matizes. O motor destas relações, nesta perspectiva, são as contradições iminentes aos processos sociais. Assim, resulta que o objeto ora explorado está permeado por mediações contraditórias as quais justificam e sustentam sua existência em circunstâncias historicamente determinadas. Por mediações<sup>11</sup>, no método dialético da teoria social histórico-crítica,

---

<sup>10</sup> “A verdadeira totalidade, a totalidade do materialismo dialético, [...] é uma unidade concreta de forças opostas em uma luta recíproca; isto significa que, sem causalidade, nenhuma totalidade viva é possível e que, ademais, cada totalidade é relativa; significa que, quer em face de um nível mais alto, quer em face de um nível mais baixo, ela resulta de totalidade subordinadas e, por seu turno, é função de uma totalidade e de uma ordem superior; segue-se, pois, que esta função é igualmente relativa. Enfim, cada totalidade é relativa e mutável, mesmo historicamente: ela pode esgotar-se e destruir-se seu caráter de totalidade subsiste apenas no marco de circunstâncias históricas determinadas e concretas” (LUKÁCS *apud* NETTO, 2011, p. 58, alterações do original).

<sup>11</sup> Mais precisamente, para Reinaldo N. Pontes (2000, p. 39-40): “A forma de conhecer o modo de ser dos fenômenos sociais que compõem o real processa-se mediante aproximações sucessivas ao movimento do objeto (real), que se pode depreender da seguinte afirmação de Marx: o concreto é concreto porque é síntese de muitas determinações (...) por isso o concreto aparece no pensamento como o processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida [...]. Esse processo dialético de conhecimento obedece ao movimento que ascende do abstrato (real caótico) representação caótica do real ao concreto (real pensado), combinando representações ideais com observações empíricas. Os experimentos ideais (representações) referem-se ao movimento que a razão opera para apreender reflexivamente o movimento das categorias histórico-sociais, desenhando-as de sua forma imediata de aparecer no pensamento, como fatos isolados. Dos experimentos ideais, retorna-se às observações empíricas, ou seja, ao contato com os dados do real, aonde se iniciou todo o processo. Nesse movimento, a razão vai capturando (sempre por abstração e aproximativamente) as determinações e

compreende-se que se trata das múltiplas determinações que sustentam a existência de um objeto, compreendido na realidade social como síntese. Neste sentido, compreendo que o objeto, aqui apresentado, não se explica por si mesmo, mas que, integrado à totalidade social do sistema de (re)produção da vida material e espiritual vigente em nossa sociedade, move-se pelas forças contraditórias desta sociabilidade, cujos contornos se particularizam em face das múltiplas mediações que estruturam, justificam e consubstanciam sua existência. Isso significa afirmar que as atribuições socioprofissionais dos assistentes sociais, particularizadas pelo modelo de “desospitalização”, são expressões singulares que condensam um sistema de mediações dotadas de legalidades universais.

Por fim, do ponto de vista das exigências procedimentais da validade científica, observamos que a técnica de revisão integrativa comporta seis etapas fundamentais do processo de investigação, quais sejam: “elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 102; ANIMA EDUCAÇÃO, 2014). As quais passo a expor.

## **1.2 Para uma aproximação das concepções de “desospitalização”**

Em minha trajetória de trabalhador profissional de saúde e enquanto tive a oportunidade de conviver com outros profissionais de saúde, com os trabalhadores usuários do SUS e também por realizar ações profissionais no campo do Serviço Social, onde venho constatando, diferentes interpretações, contudo com fundamentos semelhantes, sobre o processo de “desospitalização” e como as mesmas refratam-se nas ações dos profissionais e, também, notei seu consequente efeito sobre os trabalhadores usuários do SUS. E nesta experiência sempre me causou profundo *estranhamento* as ações realizadas pelas diferentes categorias de trabalhadores profissionais de saúde, balizadas entre a concepção “desospitalizadora” e os *princípios fundamentais do SUS* e sua *concepção de saúde ampliada*. Daí meu interesse de pesquisar sobre as concepções existentes de desospitalização a partir de uma *postura crítica*, posto que meu compromisso, enquanto assistente social partícipe da classe trabalhadora e usuário do SUS, é com a defesa dos princípios da ética profissional dos

assistentes sociais em hegemonia<sup>12</sup> e com os princípios fundamentais do SUS consignados na carta política de 1988.

É com este espírito que venho indagando se o modelo “desospitalizador” não encerra, de certo modo, para os trabalhadores usuários do SUS, um Cavalo de Tróia, ou seja, um presente grego (analogia para o Estado burguês e para o grande capital imperialista). Em *Ilíada*, de Homero, aprendemos a lição do significado do belo monumento escultural do Cavalo de Tróia, onde numa guerra entre gregos e troianos, aqueles taticamente utilizaram-se deste famoso recurso para conquistar a cidade de Tróia. Helena, rainha de uma cidade Grega, foi raptada por Páris, príncipe de Tróia. Este feito deixou os gregos indignados, o que acabou por deflagrar uma guerra longa entre estes dois reinos. Os gregos utilizaram deste expediente tático, chamado de Cavalo de Tróia, para conquistar esta mesma cidade. O cavalo foi um artefato deixado pelos gregos aos troianos como suposto símbolo de devoção aos deuses e como uma mensagem de *ilusória* desistência da guerra. Assim, os troianos levaram o cavalo para o *interior da cidade* sem saber que dentro dele haviam soldados gregos à espreita para, no momento oportuno, *infiltrarem-se* na cidade e matar os vigias e abrir as portas para que os combatentes gregos pudessem entrar. E, assim, foi que aconteceu. Os gregos invadiram Tróia e tomaram a cidade de assalto. Os troianos que decidiram aceitar a oferenda dos gregos baixaram a guarda, reduziram a vigilância e a atenção, *não capturaram o artefato de forma crítica e desconfiada*, portanto, aceitaram, *festejaram e defenderam o Cavalo de Tróia* dentro dos seus muros sem, contudo, perceberem que corriam a largos passos para sua própria destruição (HOMERO, 2009). Disso se cunhou o provérbio popular de que ninguém gosta de receber presente grego. A pesquisa realizada, que agora apresento seus resultados, confirma que a “desospitalização” tende a imprimir, por um lado, aos trabalhadores usuários do SUS e sua família determinado nível de individualização de responsabilidades mais ampliadas pela

---

<sup>12</sup> Retomo aqui o conceito de “Projeto ético-político em hegemonia”, posto que o cunhei em meu TCC, “Afinal, o que são atribuições profissionais? Contribuições à reflexão sobre as atribuições profissionais dos assistentes sociais na Política de Saúde”, 2017, p. 13, com algumas mudanças de estilo: emprego “em hegemonia” em substituição ao conceito “hegemônico” porque quero enfatizar que existem diferentes projetos de profissão em disputas internas e externas e, por isto, não há, a meu ver, uma “eternização” ou uma estagnação da preponderância de um projeto que se encontra em hegemonia. Isto porque a realidade é dinâmica, processual, construída, modificada, mutável pelas atividades dos sujeitos coletivos e singulares que, na sociedade de classes, imprimem interesses de diferentes matizes, que do ponto de vista das classes e suas frações fundamentais põem-se diametralmente em oposição, mesmo que em alguns momentos o bloco em hegemonia movimente-se a homogeneizar seus interesses para uma amplitude mais global da sociedade. “Em hegemonia”, portanto, remete à uma concepção histórica, movida, movente e dialética, onde os sujeitos sociais e singulares, no âmbito das lutas sociais de classe e suas frações, organizam-se social, política, cultural e economicamente e consignam seus interesses de classe sobre outras classes. Deste modo, pretendo esvaziar uma possível concepção de hegemonia, aparentemente estática ou estagnada, que remeta a uma ideia de supremacia ou superioridade quase que naturais, mas que essencialmente oriunda das ações dos sujeitos sociais e singulares politicamente e, mais ou menos, conscientemente organizados.

sua autoreprodução social e espiritual ao que concerne as suas necessidades de saúde e, por outro lado, para os trabalhadores profissionais de saúde tende, fundamentalmente, à ampliação da precarização<sup>13</sup> e intensificação do trabalho<sup>14</sup>, com o sutil toque da crueldade de fazê-los colaboradores ou facilitadores do chamado processo “desospitalizador”, através não só da ideologia da humanização e da solidariedade subjetivista.

Cheguei à conclusão de que a “desospitalização” implica num modelo de gerenciamento, que introduz, no campo do SUS, um *movimento ideopolítico* que se refrata, fundamentalmente, no e pelo imaginário dos trabalhadores profissionais de saúde e na sociedade civil, que, em face das atuais determinações estruturais históricas, fomenta, em linhas gerais, a defesa do estabelecimento de certa cultura institucional de aceitabilidade política e de *efetivação de práticas profissionais sistemáticas e manipulatórias*, que tendem, por um lado, a transferir as responsabilidades do Estado burguês pela reprodução social dos trabalhadores usuários, quanto às questões atinentes à saúde de nível terciário, para os próprios trabalhadores usuários e suas famílias, na medida em que traz consigo a perspectiva política neoliberal de gerenciamento de leitos (diminuição do tempo de permanência dos trabalhadores usuários com doença crônica no espaço hospitalar nos moldes inspirados nos

---

<sup>13</sup> Com base em Ricardo Antunes (2018, p. 36), encontramos os traços fundamentais da precarização do trabalho. Nos termos do autor: “Na empresa ‘moderna’, o trabalho que os capitais exigem é aquele mais *flexível* possível: sem jornadas pré-determinadas, sem espaço laboral definido, sem remuneração fixa, sem direitos, nem mesmo o de organização sindical. Até o sistema de ‘metas’ é flexível: as do dia seguinte devem ser sempre maiores do que aquelas obtidas no dia anterior”. Este autor também considera que em razão das necessidades de apropriação de mais valor pelo capitalismo financeirizado, na transição entre o modelo fordista/keinesiano e o modelo toyotista/flexibilizado, presenciamos “novas modalidades e modos de ser da precarização, da qual a terceirização tem sido um dos seus elementos mais decisivos” (2018, p. 156). Ele ainda demonstra, enquanto “fenomenologia preliminar dos modos de ser da precarização” (2018, p. 156) a ampliação de “contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis, quer nas temporárias, quando não na situação de desemprego. Crescentemente, a busca da ‘racionalidade instrumental’ do capital vem impulsionando as empresas à flexibilização das relações de trabalho, da jornada, da remuneração, reintroduzindo novas relações e formas de trabalho que frequentemente assumem feição informal” (2018, p. 156). Considerando a reestruturação produtiva ocorrida a partir do marco da crise estrutural do capital mais ou menos datada do final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, o autor sintetiza as marcas das mudanças perpetradas pela reestruturação produtiva no mundo do trabalho: “Desse modo, flexibilização, terceirização, subcontratação, círculo de controle de qualidade total, kanban, just-in-time, kaizen, team work, eliminação do desperdício, ‘gerência participativa’, sindicalismo de empresa, entre tantos outros pontos, tornaram-se dominantes no universo empresarial” (2018, p. 155).

<sup>14</sup> Em Sadi Dal Rosso (2006, p. 06) temos a seguinte concepção de intensificação do trabalho: “Esse exercício de formalização permite captar o fato a que se dá o nome de intensidade do trabalho e distingui-lo de outras noções semelhantes, como a de produtividade. Chama-se intensificação do trabalho aos processos que resultam em maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados. Em síntese, mais trabalho. O seu inverso chama-se redução da intensidade do trabalho ou menos trabalho. O termo produtividade, por sua vez, deve restringir-se a descrever os efeitos das mudanças tecnológicas sobre a elevação de resultados. Desta forma, é possível separar os conceitos de intensidade, que se refere ao esforço humano dispendido, e de produtividade, que se aplica às mudanças técnicas agregadas ao trabalho na produção de mais resultados”.

princípios da administração científica de Frederick Taylor<sup>15</sup>) e de racionalização de custos na saúde pública, e, por outro lado, convoca, no próprio termo de Frederick Taylor, o cooperacionismo<sup>16</sup> dos trabalhadores para difundirem e implementarem, respectivamente, este modelo ideopolítico “desospitalizador” em si (os próprios trabalhadores profissionais), para fora de si (convencimento de outros trabalhadores profissionais e gestões de serviços, sejam de suas próprias unidades ou de outras unidades de saúde) e nas unidades que atuam profissionalmente, donde: tende a ampliar a rotatividade de usuários e a intensificação do trabalho, o que acaba por configurar um quadro de possível reforço à protelação ou não contratação de mais força de trabalho, podendo vir a incidir em sérios e consequentes impactos à saúde do trabalhador; tende a exponenciar a *focalização perversa* na atenção hospitalar, na medida em que este modelo visa restringir seus cuidados em saúde, prioritariamente, às situações de doenças em estado agudo, cujas responsabilidades, de atenção em cuidados de saúde e seus custos, em relação aos trabalhadores usuários com doença crônica, tende a ser compartilhadas com o próprio trabalhador usuário, através das ideologias do autocuidado, da autonomia e da ressocialização, e com sua família, através dos treinamentos aos chamados cuidadores informais e formais, que também encerram certo nível de desprofissionalização; tende a ampliar as competências de escuta, de aconselhamento, de convencimento, de negociação, de manipulação de variáveis empíricas objetivas e subjetivas (daí maior necessidade de certa empregabilidade funcionalizada de técnicas psicológicas e psicanalíticas), de ajustamento, de valores solidários manipulatórios de transferência de responsabilidades, de aquiescência ao modelo de parcerias entre o público e o privado, de responsabilização ampliada de determinadas categorias profissionais partícipes do “processo desospitalizador” (chamo atenção para o Serviço Social); de valores supostamente humanizadores<sup>17</sup>, pois se invoca, aqui, a “humanização” na política de saúde com a escuta

---

<sup>15</sup> Ver em Rodrigo de Souza Filho e Cláudio Gurgel, “Gestão democrática e Serviço Social”, 2016, p. 87.

<sup>16</sup> Em alguns autores também aparece como colaboradores ou facilitadores.

<sup>17</sup> Em outra oportunidade realizamos um estudo sobre o problema da humanização na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, onde alcançamos a seguinte conclusão: “A PNH é instituída abarcando os elementos presentes no PNHAH [Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar] e avança com a pretensão de promover, dentre outras, mudanças no âmbito da gestão do modelo de saúde vigente. Para efetivar essa mudança, a política, apesar de considerar a importância de aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, atribui à dimensão ética sua mais importante ferramenta neste processo de mudança, no sentido de produção de outra forma de interação entre os profissionais de saúde, os usuários e os gestores da saúde, voltado para a promoção do protagonismo dos atores envolvidos, considerando, segundo Deslandes (2004, p. 07), a “ampliação do processo comunicacional”, sendo este último, conforme a autora, eixo central sobre a concepção de humanização presente no discurso do MS. Verifica-se que a concepção de humanização presente na PNH apresenta aspecto polissêmico e ambíguo, porque envolve diferentes significados para o conceito de humanização e conforme análise de Deslandes (2004), tal concepção aparece como oposição à violência, como atendimento de qualidade, como melhoria das condições de trabalho e como ampliação da comunicação. Diante disso, tem-se um esvaziamento histórico do conceito, pois é atribuído elementarmente à ética o status

qualificada, com o acolhimento, com o estabelecimento do vínculo, com o aperfeiçoamento da comunicação, com a solidariedade convocatória de autoresponsabilidade (solidariedade subjetivista), que tendem, em última instância, criar a ambiência necessária, humanizada (valor culturalmente positivado), de aceitação das diretrizes elaboradas pelo modelo de “desospitalização” (através de suas comissões, equipes, câmara ou grupo de desospitalização dos hospitais) pelos usuários e suas famílias ou rede de cuidadores (cuidadores formais/informais, amigos, vizinhos, conhecidos, voluntários, terceiro setor etc.). Indubitavelmente, é um cenário desfavorável para os trabalhadores usuários do SUS, mesmo que ideopoliticamente negado pelos defensores da “desospitalização”, que se apresenta, tal negação, como vetor alienante do debate e das práticas em tela, haja vista que secundariza, pormenoriza as determinações e as condições objetivas concretas e históricas de disputas e lutas entre diferentes projetos que tensionam a direção social estratégica do SUS e dos rumos da sociedade brasileira e da humanidade no tempo presente. Tais negações incorporam não apenas uma dimensão conservadora, mas muito pelo contrário, faz materializar uma direção reacionária, posto que parcialmente nega a conquista fundamental do princípio da universalização e responsabilização do Estado burguês pela oferta de ações e serviços de saúde integrais, de qualidade, socialmente referenciado e totalmente “gratuito”. Reacionário porque põe-se em certa oposição ao que está consignado como concepção de SUS e de saúde na carta política de 1988. Reacionário porque bebe no copo da *política de focalização perversa*, onde os trabalhadores usuários em sua fase de senescência condicionados por doenças crônicas, portanto predominantemente improdutivos, passam a serem vistos por este modelo “desospitalizador” como um custo, como um peso, como um estorvo para os orçamentos públicos e sua sanha em constituir fundos para os credores da dívida pública e, ao mesmo tempo, e pela mesma ação, como um nicho em crescimento (mudança na chamada pirâmide demográfica) de mercado privado de ações e serviços de hospitais de transição, asilos, *hospices*, *Home Care* etc.

Como buscarei apresentar, a transferência dos trabalhadores usuários para seus domicílios, mesmo que negado por esta ideologia, que se expressa na forma de *alta*

---

privilegiado para a mudança do modelo de gestão em saúde. Em face disso, verifica-se a subsunção das condições objetivas de vida e de trabalho à meras criações de consensos enquanto mecanismo fundamental no enfrentamento da precarização dos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, apesar da PNH considerar os determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais no processo saúde e doença confere a estes um papel subalterno em relação aos aspectos éticos e comunicacionais, tomados, estes, como trilhas fecundas para a consecução daquela transformação. Ora, nesta perspectiva a humanização se efetiva no momento em que solidariamente usuários, profissionais e gestores alcançam mutuamente adequada capacidade comunicacional entre si” (SARDOU; MURUCCI, 2015, p. 3-4).

*responsável ou alta segura*, não consegue transcender as limitações das determinações objetivas, portanto concretas, de precarização de recursos e de pessoal existentes hoje no SUS e que são necessários para que ocorra o que o modelo se pretende, cujo efeito, inevitável, é não só a saída do trabalhador usuário do hospital, efetivamente de forma irresponsável, acelerada, mas também de reduzir os gastos do hospital com estes usuários (alcançando, assim, a espinha dorsal do modelo) com a liberação de leito, com a redução de custos individualizado de insumos hospitalares, exames, medicamentos, atenção profissional etc., mesmo que a rotatividade aumente, posto que o modelo tende a atingir a quantidade, sem qualidade adequada e sem a ampliação de financiamento, e, com isto, os trabalhadores usuários, mesmo que em parte recebam alguma quantidade de recursos (quando fornecidos pela unidade), tendem a adquiri-los em outras unidades de saúde da Atenção Básica, que nem sempre possuem, e, nestas situações acabam por serem pressionados por esta “panaceia desospitalizadora” a adquirirem por “meios próprios”, ou seja, comprarem no “mercado setor saúde”, quando podem, e, quando não, dependem da ajuda de familiares, vizinhos, amigos e, com isto, veem-se pagando por exames, remédios, cuidadores formais, insumos de saúde para curativos, cama hospitalar, adaptações na estrutura predial da casa ou apartamento, deslocam-se para casa de familiares, amplia-se o gasto com energia elétrica, com transporte, com alimentação, juntam recursos de familiares para pagar seguro de saúde (quando não conseguem custear com meios próprios), abandonam o tratamento porque não conseguem ou encontram enormes dificuldades na rede de serviço de saúde pública de fisioterapia, de psicologia, de farmácia, de médico generalista, de exames, de transportes etc. e acabam por ficar à deriva na rede em razão do problema da comunicação etc. É neste terreno, de aparente “incertas do processo desospitalizador” que os trabalhadores profissionais de saúde estão operando o movimento reacionário de “desospitalização”. Penso que, talvez, até aqui tenhamos conseguido, minimamente, decifrar o panorama mais geral deste modelo de gerenciamento direcionado para os trabalhadores usuários do SUS e para os trabalhadores profissionais de saúde.

Uma das principais táticas empregadas pelo neoliberalismo é se infiltrar no Estado burguês e diluir as parcas conquistas sociais da classe trabalhadora, inclusive através de sua cooptação. Uma das preocupações é a de que este “modelo desospitalizador” atinge os segmentos mais vulneráveis da classe trabalhadora, numa expansão utilitária, pragmática, meritocrática, de autoreprodução absurda em face da contradição da maior socialização de produção das riquezas e sua usurpação ultra amplificada de mais valor (absoluto e relativo).



Isto não sem o requinte de operar através dos trabalhadores profissionais de saúde de modo a pressionarem suas práticas no sentido de efetivarem sobre os trabalhadores usuários do SUS, ações que os fazem crer que todos estão fazendo o “bem”, estão se harmonizando, cooperando, humanizando, sendo autônomos, ajudando a ressocializarem-se, sendo reconhecidos em seus trabalhos etc.; contudo, não basta para o grande capital imperialista, é preciso extrair mais o insumo, que já se encontra no tacho. Enfim, vamos à apresentação dos dados da pesquisa.

### **1.3 Revisão Integrativa: situando os artigos da revisão na totalidade do problema da “desospitalização”**

Tomei como ponto de partida, para uma primeira aproximação sistemática ao objeto, verificar, mais ou menos, quais as representações sobre “desospitalização”, do ponto de vista qualitativo, que comparecem nos artigos selecionados, que, como já mencionado anteriormente, foram oito. Contudo, quero também considerar que não realizei apenas a leitura destes textos sobre o problema em tela. Penso ser pertinente informar que fiz outras leituras como de livro, de trabalho de conclusão de curso, dissertações, tese, assisti vídeos no *You Tube*, assisti palestras, aula, propaganda e *workshop* (via *internet*), assim como fiz leitura de sites do setor de saúde suplementar que abordam mais especificamente o problema da “desospitalização”, o que muito contribuiu para adensar as reflexões aqui trazidas, embora eu não os apanhe analítica e reflexivamente neste trabalho. Contudo, considero que todos, salvo particularidades, quando se trata da “desospitalização”, possuem os seguintes componentes fundamentais: focalizar a atenção hospitalar, racionalizar custos, gerenciar leitos, elaborar um modelo que pensa a saída do trabalhador usuário da unidade hospitalar no momento da admissão, protagonismo da família, humanização, cooperacionismo profissional, articulação de rede institucional pública, privada e do “terceiro setor” e desenvolvimento de “tecnologias”, “dispositivos”, “serviços” viabilizadores do movimento “desospitalizador”.

Daí o ser teleológico do próprio conceito de “desospitalização”. Pensa-se a saída desde o início. Esta é a “direção terapêutica” determinante deste modelo. A qualidade da atenção e o atendimento universal, totalmente “gratuito”, integral e socialmente referenciado das necessidades sociais singularizadas por cada exemplar dos trabalhadores usuários demandantes de ações e serviços em saúde, no campo hospitalar, divide, agora, espaço determinante com o “*princípio terapêutico*” voltado à “desospitalização”. Muito embora alguns apologistas da “desospitalização” defendam que este *modelo* não pode ser reduzido a

*alta hospitalar*, que aqui eu concordo com os mesmos, mas também penso que não cabe reduzi-lo, igualmente, como alguns outros apologistas fazem, de defini-lo em sua dimensão de serviço, de processo de trabalho, de atividade, de comissão, de núcleo, de “tecnologia”, de política institucional, de projeto etc. A “desospitalização” encerra, em linhas gerais, um *modelo de gerenciamento* em curso, com dupla determinação de força ideopolítica e de estruturação e organização gestora de trabalho no SUS, posto que se pretende atingir toda a organização do sistema de saúde em seus níveis de atenção fundamentais, desde o nível terciário até a atenção básica. Entretanto, aquele princípio que mencionei acima tem no eixo da *alta hospitalar* seu momento privilegiado. Não que o movimento de *alta hospitalar* não fizesse parte dos processos de trabalho na atenção hospitalar, este, indubitavelmente, é um momento que se faz presente, contudo a lente de atenção primaz não residia neste momento, mas na busca, em linhas gerais, do atendimento das demandas sociais em saúde com qualidade, muito embora com toda a precarização histórica da política de saúde brasileira, que não pode ser apreendida como algo dado, mas como um sistema em uma sociedade de classes, cujas lutas sociais das totalidades das relações sociais de produção e reprodução da vida material e espiritual impõe, salvo particularidades dos estágios de desenvolvimento histórico destas forças produtivas, determinadas configurações de tensões entre diferentes projetos de possibilidades ou não de efetivação da saúde para os diferentes segmentos que compõem as classes sociais e suas frações. Assim, com este modelo “desospitalizador”, este momento, da *alta hospitalar*, ganha prioridade diretiva, de finalidade, logo, alça o *status* político de determinar o movimento processual dos trabalhos dos profissionais de todo o complexo do sistema de saúde e, com isto, de moldar a gestão e a organização do trabalho voltado para a porta de saída, cujo base fundamental disto reside precisamente na lógica orçamentária: “redução de custos” ou, em outros termos, “cuidados com a saúde financeira das instituições” ou, ainda, “otimização dos custos” ou, então, “racionalização de despesas”.

É neste sentido que decido não abordar, aqui, a bibliografia chamada de cinzenta, pois os artigos analisados coagulam estas determinações fundamentais do modelo de gerenciamento “desospitalizador”. Também quero acrescentar que estes artigos foram analisados cada qual no âmbito de suas particularidades regionais, setoriais e temporais, como é possível verificar nos quadros deste trabalho. Contudo, interessa-me que esta pesquisa não seja reduzida à uma apresentação descritiva de informações compiladas. Para além disso, meu objetivo, enquanto momento de reprodução do concreto real pensado, foi de decifrar (pretensão reafirmo) as *tendências mais gerais* deste modelo de gerenciamento em curso no

SUS, considerando o movimento histórico do tempo presente, sobretudo nestes últimos 30 anos deste sistema.

Assim, embora sem qualquer pretensão de fazer generalizações, do ponto de vista da localização cronológica, o primeiro artigo data de 2001 e o mais recente de 2018, um espaço tempo de um pouco mais de uma década e meia. Período este que se verifica as substantivas táticas do neoliberalismo de se infiltrar no Estado por dentro da política de saúde (Organizações Sociais, Fundações, EBSEH, Terceiro Setor, Parceria Público-Privado). Do ponto de vista da localização espaço-território, os artigos aparecem mais acentuados no Sudeste brasileiro, de forma mais avantajada em São Paulo, principal região econômica do Brasil<sup>18</sup>. Verifiquemos: São Paulo (5 artigos), Paraná (1 artigo, que divide o estudo com São Paulo), Rio de Janeiro (1 artigo), Minas Gerais (1 artigo) e Ceará (1 artigo). Ceará e Paraná fogem a concentração da “mancha” do Sudeste. No que concerne à formação dos autores dos artigos temos a seguinte configuração: área de Enfermagem são 5 artigos e Medicina, Ciências Sociais, Serviço Social, Psicologia e Farmácia concorrem com 1 artigo cada. Aqui, o curioso é que, no processo de trabalho hospitalar, a profissão responsável pela “gerência” dos leitos é exatamente a Enfermagem. Uma categoria profissional, que em linhas gerais, congrega, com as demais categorias profissionais, que compõem a equipe multiprofissional, a formação do quadro subalterno da atenção hospitalar, posto que o domínio político é exercido pela profissão da Medicina, muito fortalecida pela tese de Michel Foucault, que discutiremos mais adiante, sobre o nascimento do hospital moderno, que acaba por associar o valor positivado da “cura” à inserção da Medicina no âmbito hospitalar e, com isto, opera ideopoliticamente atribuindo, em geral, um lugar de direção e comando na unidade hospitalar aos médicos, por uma faceta, e, por outra faceta, atribui o valor de progresso, enquanto promessa do Positivismo, ao “hospital medicalizado”, mas que ao mesmo tempo, introduziu um determinado grau de racionalidade nos hospitais que abriu novas possibilidades de realizações humanas em uma modalidade de atenção coletiva concentrada nos hospitais, que com o modelo “desospitalizador” tem-se um movimento de ampliação da individualização da atenção, cujo um dos efeitos verificados é a ampliação de novos nichos de mercado para o setor privado e, conseqüentemente, expansão de consumo destas “novas tecnologias” de saúde. De outro modo, também cabe ponderar que em razão desta função de gerenciamento

---

<sup>18</sup> Embora não seja minha intenção aprofundar como que o setor privado de saúde vem se posicionando sobre a “desospitalização”, cabe apenas demonstrar como curiosidade que em São Paulo vem-se estruturando, enquanto experiência brasileira, alguns serviços que eles estão chamando de diferentes nomes, mas a ideia é de que são instituições de transição entre a atenção hospitalar e a o domicílio.

dos leitos, parece que a profissão de Enfermagem acaba por sofrer maior pressão da lógica de liberação de leitos em suas práticas cotidianas, o que, neste sentido, pode estar levando esta categoria profissional a ter maior interesse no problema da “desospitalização” e nas chamadas “tecnologias” viabilizadoras do “processo desospitalizador”.

A seguir trago dois quadros que apresentam os artigos da revisão integrativa, que organizei numericamente de forma crescente, que estou chamando de códigos, e por tempo cronológico, do mais antigo para o mais recente. Neste formato, o primeiro artigo, codificado como 01, inicia com base em sua data de publicação, 2001, e o último é de 2018. Todos os quadros que eu apresentar no texto do TCR seguem esta lógica de organização. No primeiro quadro, que se segue, apresento o título, o periódico de publicação, os respectivos autores dos artigos e o idioma de publicação. No segundo quadro, trago o ano de publicação, o estado da federação que os autores tratam seus objetos de análise e a formação profissional dos autores dos artigos.

**Quadro 01 – Apresentação dos Artigos da Revisão Integrativa**

<b>Cód.</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Autores</b>	<b>Idioma</b>
<b>01</b>	O processo da assistência ao paciente com lesão Medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar	Medicina, Ribeirão Preto, 34: 325-333, jul./dez. 2001	Roxana I. Cardozo-Gonzales <sup>1</sup> , Tereza C. S. Villa <sup>2</sup> & Maria H. L. Caliri <sup>3</sup>	Português
<b>02</b>	Acolhimento: uma postura, uma estratégia	Rev. Terapia Ocupacional. Univ. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002	Elisabete Ferreira Mângia, Damaris Cecchetti de Souza, Marcia Fernandes de Mattos, Valéria Camanho Hidalgo	Português
<b>03</b>	Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde	Revista Saúde Pública, 2005, 39(3), 391-7.	Kênia Lara Silva; Roseni Sena; Juliana Carvalho Araújo Leite; Clarissa Terenzi Seixas; Alda Martins Gonçalves	Português
<b>04</b>	É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil	Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 no.1 São Paulo Mar. 2007 Epub Feb 22, 2007	Sérgio Baxter Andreoli; Naomar Almeida-Filho; Denise Martin; Mário Dinis M L Mateus; Jair de Jesus Mari	Inglês
<b>05</b>	Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório	Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1431-1444, 2014	Liete de Fátima Gouveia Marques; Nicolina Silvana Romano-Lieber	Português
<b>06</b>	Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no Brasil e em Portugal	Texto Contexto Enfermagem, 2016; 25(1):e0770015	Antonio José de Almeida Filho, Paulo Joaquim Pina Queirós, Manuel Alves Rodrigues	Português
<b>07</b>	A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades	Revista Gaúcha Enfermagem. 2017;38(4):e67762	Kênia Lara Silva, Roseni Rosângela de Senaa, Wesley Souza Castroa	Português
<b>08</b>	Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais	- Rev. Bioét. vol.26 no.2	Lorena Loiola Batista, Ana Karla Batista Bezerra Zanella, Sarah Maria Fraxe Pessoa, Analice Pereira Mota	Português

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

**Quadro 02 – Localização espacial e profissional dos artigos da Revisão Integrativa**

<b>Cód.</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Região</b>	<b>Formação dos Autores</b>
<b>01</b>	2001	São Paulo - Ribeirão Preto	Enfermagem
<b>02</b>	2002	São Paulo	Psicologia
<b>03</b>	2005	SP - Santos, e PR - Londrina	Enfermagem
<b>04</b>	2007	São Paulo	Medicina e Ciências Sociais
<b>05</b>	2014	São Paulo	Farmácia
<b>06</b>	2016	Rio de Janeiro – Volta Redonda	Enfermagem
<b>07</b>	2017	Minas Gerais	Enfermagem
<b>08</b>	2018	Ceará – Fortaleza	Serviço Social e Enfermagem

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

Antes de avançarmos para a apresentação das representações de “desospitalização”, penso ser importante situar os próprios artigos na globalidade da análise e da discussão que desenvolverei a seguir, contudo, a abordagem que aqui realizarei se dará de forma mais geral e condensada. Quanto aos objetivos dos artigos os apresentarei no quadro nº 03. Do ponto de

vista do que os autores chamam de metodologia de pesquisa, os artigos trazem a abordagem qualitativa, estudos descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, pesquisa documental e bibliográfica e busca no banco de dados DATASUS. Na grande maioria, os autores realizaram entrevistas com os seguintes trabalhadores profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicóloga; também foram realizadas entrevistas com usuários, familiares de usuários, diretores de unidades e coordenadores de setor. As pesquisas abarcaram estudos em hospitais de Emergência, de Urgência, de Trauma e em Clínicas Cirúrgicas e Ortopédica; também foram realizados estudos no Programa de Internação Domiciliar (PID) e em Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); e, em Comunidades Terapêuticas. Dentre os objetivos, enquanto noção geral, tem-se: avaliar o processo da alta hospitalar; analisar a importância da adoção da estratégia de acolhimento; conhecer o processo de implantação e funcionamento dos PID; investigar as tendências no financiamento e prestação de serviços de saúde mental no Brasil; compreender a dinâmica do cuidado quanto ao uso de medicamentos após a alta hospitalar; verificar as contribuições quanto ao processo de reabilitação psicossocial; analisar o processo de desospitalização; e, analisar a percepção dos pacientes e da equipe multiprofissional sobre a alta a pedido. Assim, em relação a estes objetivos mais gerais extraídos da revisão, identifica-se: a temática da *alta hospitalar* enquanto momento privilegiado do modelo “desospitalizador”; o acolhimento enquanto expressão de um dos dispositivos da *humanização* incorporado pela “desospitalização”; o Programa de Internação Domiciliar enquanto um dos *mecanismos ou “tecnologias” viabilizadoras* da “desospitalização”; a questão do *financiamento* da experiência da “desinstitucionalização” na saúde mental que o chamado “processo de desospitalização” toma, em grande parte, como exemplo; o problema do *fornecimento de recursos* de medicamentos que corresponde ao atendimento, em parte, do componente “responsável” ou “segurança” da alta hospitalar do modelo “desospitalizador”; as comunidades terapêuticas enquanto um dos *dispositivos de transição de “tecnologia” alternativa* viabilizadora da “desospitalização”; e, por fim, a questão da alta a pedido, que consagra o fenômeno indicativo de que os trabalhadores usuários não necessariamente gostam de “viver” ou “morar” no hospital, como alguns argumentos apologéticos da “desospitalização” vem sendo publicizados.

Sobre este problema da cultura social relacionada à postura dos trabalhadores usuários em relação ao hospital, penso ser necessária algumas ponderações. Sobre esta problemática identifiquei no mínimo dois argumentos ideopolíticos opostos, travestidos de científicos, que

convergem para um frontal ataque e “demonização” do hospital. O primeiro, que vai apontar a existência de uma cultura hospitalizadora na sociedade que faz com que os trabalhadores usuários “gostem” de ficar no hospital ou irem para o hospital quando acreditam terem algum problema de saúde. Assim, ao defenderem o modelo “desospitalizador” lançam a tese de que o hospital não é um lugar para se viver ou morar. Em face disto, verifica-se a necessidade de construir argumentos ideopolíticos para justificar que o hospital não é lugar para se “morar” (neste caso específico estão se referindo aos trabalhadores usuários hospitalizados, seja uma internação que vou chamar de ordinária – curta permanência, seja uma internação de longa permanência). Assim, informam que tem a questão da infecção hospitalar (não estou negando sua existência, contudo é controverso este argumento), a questão da autonomia, da ressocialização, do conforto do domicílio e, só por último, o problema da otimização de custos. Ao fim e ao cabo, vão dizer que é preciso desospitalizar para o “bem” (valor abstrato metafísico) do próprio trabalhador usuário e sua família, mesmo que toda a rede de serviços não funcione adequadamente. E, quando se esbarra neste ponto deficitário da rede, lançam o argumento de que o hospital não é para atender demandas da Atenção Básica e, quando o hospital é especializado, dizem que estas ou aquelas demandas patológicas não compõem o quadro da missão institucional. A *focalização e fragmentação perversa*, aqui, determinada pela lógica imanente do modelo “desospitalizador” fica de janelas e portas abertas, posto que, é preciso dizer e chamar a atenção, neste contexto de alijamento e cerceamento amplificado, que a carta política de 1988 diz que é dever do Estado prestar saúde universal e integral aos trabalhadores usuários brasileiros. Em face de uma rede débil, determinada, em última instância, pelo subfinanciamento da Política de Saúde, os trabalhadores usuários vão buscar nos serviços, mais ou menos imediatos, que funcionem, os atendimentos de suas demandas, utilizando-se, para tanto, diferentes matizes de táticas de acesso. Em parte, disto dimana a postura fiscalizatória de parcela dos trabalhadores profissionais de saúde, que passam a defender acriticamente a regra, a norma, a letra da lei institucional limitadora, funcionalmente e praticamente tornada proibitiva neste contexto, “carregam nos bolsos do jaleco de trabalho a cartilha com os dizeres da missão institucional”, com os protocolos, os números das normas circulares da instituição etc. Este é um cenário que inevitavelmente transforma implicitamente e/ou explicitamente, em determinadas circunstâncias, os trabalhadores usuários do SUS em verdadeiros “inimigos” dos trabalhadores profissionais de saúde e vice-versa. Trabalhador posto objetivamente contra trabalhador. É fundamental considerar que esta conformação objetiva-subjetiva imediata de trabalhadores postos em contraposição com outros trabalhadores corresponde a uma expressão das lutas entre as classes fundamentais: a que vive

da usurpação de mais valor e a que vive da venda de sua força de trabalho. Entre esta expressão e suas determinações universais, reside um complexo de conexões que precisam serem mais ou menos desveladas. Assim, o Estado burguês é constituído para que a sociabilidade de matriz burguesa pudesse acontecer em sua determinação fundamental de acumulação de força de trabalho usurpada. Entretanto, considerando a determinação da chamada “questão social”, em determinado momento histórico do desenvolvimento da sociabilidade burguesa, esta e o Estado passam a responder parte das demandas sociais postas pela classe que vive da venda de sua força de trabalho (ANTUNES, 1999; NETTO, 2011b) através das chamadas políticas sociais, dentre as quais a política de saúde, donde dimanam as necessidades de se estruturar, objetivamente (hospitais, recursos materiais – insumos, tecnologias etc. e recursos humanos especializados) e subjetivamente (Direito, ideologia, cultura, política, gestão, perspectivas, valores morais, ética profissional, estética), tais políticas. Mas ainda é crucial considerar como a luta de classes trafega nas mediações até alcançar sua expressão colocando trabalhadores em contraposição com trabalhadores. E aqui é o ponto chave: a subjetividade só consegue trafegar através da objetividade, ou seja, através da estrutura concreta do hospital, dos recursos e do pessoal especializado. Estes são os condutos objetivos que estão impregnados de subjetividades (norma, na ideologia, na perspectiva política, na concepção de gestão, nos valores morais, na ética profissional etc.), que na sociedade de classes, encerram, fundamentalmente e dialeticamente, os interesses destas classes em níveis e matizes diferentes (LUKÁCS, 2010; MÁRKUS, 2015). Neste sentido, os trabalhadores profissionais de saúde, muitas vezes em razão de sua diferenciação de segmento de classe trabalhadora (chamada alienadamente de classe média, por conta, dentre outros, da formação de nível superior que lhe possibilita maior mobilidade de acesso objetivo e subjetivos às riquezas socialmente produzidas, em razão das mediações subjetivas da hierarquia institucional etc.) encerra um nível de alienação que os impossibilitam, objetivamente-subjetivamente, alcançar a necessária consciência de partícipe da classe que vive da venda de sua força de trabalho em sua totalidade e, deste modo, não atingem a necessária emancipação para perceber que suas ações profissionais, quando determinadas pelos objetivos institucionais, pela ideologia da classe em hegemonia, pelos valores funcionais à sociabilidade burguesa etc., materializam objetiva e subjetivamente, ao mesmo tempo e pelo mesmo movimento, os interesses do bloco no poder, e, portanto, servem objetivamente aos interesses de reprodução do grande capital, conservando o sistema em vigor. Colocam-se, assim, como os antigos jagunços. O problema é que, ao assim fazerem, corroboram, ao mesmo tempo, para que o mesmo sistema que eles ajudam a reproduzir com suas ações profissionais de repressão,



de alijamento, de cerceamento, de controle, de ajustamento, que tendem a oprimir e subsumir os trabalhadores usuários aos preceitos, as normas (muitas vezes chamadas de Direito e em nome da manutenção da normalidade e organização dos serviços), objetivos e interesses da instituição, que em última instância põem-se funcionais à classe burguesa, também reproduzem o mesmo sistema que recai sobre eles com a intensificação do trabalho, com o assédio moral de superiores, com a perda de proteções normativas, com a precarização gradativa do trabalho, com as demandas que se acumulam sem reposição de pessoal, com os adoecimentos oriundos das relações no âmbito de trabalho, com as disputas e conflitos internos etc. Disso temos o efeito, inevitável, da ampliação do egocentrismo, do cada um por si. Seja a nível mais espontâneo, seja a níveis mediatos. Isto pode ser visto nas situações de injustiças sofridas em que colegas jamais se envolverão, pois ninguém é com ninguém nesta lógica, que vai se ampliando conforme os níveis de mediações. É claro que isto não significa que alguns grupos, segmentos, frações não consigam alçar determinados graus de organização política para enfrentar e fazer valer seus interesses, mas tais forças acabam encerrando graus específicos de particularismos ou corporativismos, que implicam em certo nível de matiz de egocentrismo. A meu ver, indubitavelmente, é preciso realizar este nível de desalienação, posto que, o atual contexto, coloca sérias ameaças à classe trabalhadora e, nisto, à própria existência do SUS universal, integral, público, “gratuito” e socialmente referenciado. Daí que, a meu ver, é preciso avaliar, com a devida consciência de classe, as ações de resistências, de diferentes matizes, realizadas pelos trabalhadores usuários do SUS, posto que, primeiro, eles têm direito de acesso à saúde de qualidade garantida constitucionalmente, e, segundo, porque só com o desenvolvimento de uma cultura social de resistência na classe trabalhadora que conseguiremos vencer as ofensivas do capital em curso. Assim, os trabalhadores usuários não podem ser interpretados como “inimigos”, mas são, indubitavelmente, salvo singularidades, aliados. A pergunta que cabe é: estamos socioeducativamente orientando para quê: subsumir ou emancipar? E isto não é um problema de assistencialismo ou ser “bonzinho”. É consciência de classe. Disso dimana, do ponto de vista da luta efetiva pela construção do SUS desenhado pelo Reforma Sanitária, a questão de que pouco se alcança com os gritos e com as palavras de ordem em eventos políticos e científicos em defesa do SUS, se no cotidiano do trabalho profissional empregam-se recursos de ajustamento e de disciplinamento dos trabalhadores usuários do SUS, no sentido de subsumi-los aos ditames imperativos e normativos de subserviência e subalternidade à ordem em hegemonia, refratada imediatamente pela instituição de inserção profissional, posto que, ao mesmo tempo, se está desenvolvendo socioeducativamente uma cultura de não luta e não resistência por maiores

proteções sociais por meios dos sujeitos indispensáveis desta luta, os trabalhadores usuários do SUS. Esta é a lógica bárbara, cruel e perversa deste sistema. Daí a importância e funcionalidade da humanização neste contexto. A proposta da humanização reside nos fatores da comunicação, da ética, do vínculo, do acolhimento, da escuta etc., que, ao fim e ao cabo, deságua na questão do não “tratamento inadequado” dirigido aos trabalhadores usuários. Neste contexto de precarização do trabalho assalariado, de focalização, fragmentação, de alijamento do acesso às ações e serviços de saúde pública, o vetor “humanizador” transfigura-se em ações de ajustamento, de convencimento, de cooperacionismo, de solidariedade subjetivista, de negociação, de transferência harmoniosa de responsabilidades, de treinamento para o autocuidado etc., ou seja, de constituição consensual de certa adaptabilidade ao sistema.

A segunda linha argumentativa é de que há na sociedade uma cultura negativa a respeito dos hospitais, tomando-o como um lugar de “morte” e, aqui, portanto, associa o hospital a um lugar de fracasso e de derrota. Esta configuração negativa do estabelecimento hospitalar acaba, para esta linha argumentativa, rebatendo nos trabalhadores profissionais de saúde provocando dificuldades e sofrimentos<sup>19</sup>. Ambas convergem ideopoliticamente para atacar e associar valores sociais negativos atribuídos historicamente aos hospitais, personificando-o, transferindo ou alienando determinações econômicas, culturais e sócio-históricas a estes estabelecimentos de saúde. A meu ver, isto implica em uma “guerra” mais ou menos declarada contra os hospitais. O que nos cabe indagar é: quais são as bases objetivas e subjetivas que fundamentam esta “guerra”? Quais os interesses e de quem são os interesses que a parcial “destruição” dos hospitais atende?

---

<sup>19</sup> Só para efeito de ilustração, o primeiro argumento pode ser visto em um vídeo no *you tube*, publicado em 17 de novembro de 2017 no canal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em um evento intitulado como “Desospitalização: cuidados integrados do paciente para uma assistência qualificada e sustentável”, mais precisamente na fala do médico Roberto Tolomei, que traz argumentos no sentido de afirmar a existência de uma cultura em que os usuários querem ir para o hospital. Na segunda linha de argumento podemos verificar no seguinte trecho “Pitta (1999), discutindo a saúde mental dos trabalhadores dos hospitais, afirma que o papel social do hospital, como espaço socialmente reservado para a morte e a associação da morte com derrota, fracasso e sua respectiva negação na sociedade, traz para os trabalhadores hospitalares uma dificuldade e um sofrimento maiores” (CUNHA, 2005)

**Quadro 03 – Objetivos dos Artigos da Revisão Integrativa**

<b>Cód.</b>	<b>Objetivos</b>
<b>01</b>	Objetivo geral: compreender o contexto da assistência do paciente com lesão medular no processo da <b>alta hospitalar</b> . Objetivos específicos: 1) caracterizar a equipe de saúde, responsável pela assistência ao paciente com lesão medular e o tipo de assistência prestada segundo o enfoque do gerenciamento de caso; 2) <b>identificar as necessidades ou problemas do paciente com lesão medular no processo da alta hospitalar</b> .
<b>02</b>	Este artigo desenvolve a reflexão sobre a <b>importância da adoção da estratégia de acolhimento</b> como eixo de organização do processo de trabalho e de recepção da demanda, nos serviços de saúde mental. São desenvolvidas as temáticas consideradas centrais da estratégia de acolhimento e apresentados alguns dos efeitos dessa estratégia sobre a organização dos serviços, a postura do conjunto das equipes e a relação com os usuários.
<b>03</b>	O presente estudo teve por objetivos <b>conhecer o processo de implantação e funcionamento dos PID</b> , bem como identificar os elementos que sinalizam a inserção desses programas na mudança de paradigma da atenção à saúde e subsidiar a discussão sobre políticas públicas de saúde para sua implantação.
<b>04</b>	O objetivo deste estudo é investigar <b>tendências no financiamento e prestação de serviços de saúde mental no Brasil</b> , utilizando dados coletados em bancos de dados públicos do sistema federal de informação em saúde. Pretende testar a hipótese de que, apesar de ter mais recursos redirecionados para atendimento comunitário, a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um todo representou uma política pública de contenção de custos, reduzindo drasticamente o orçamento em saúde mental.
<b>05</b>	Este estudo teve como objetivo compreender a dinâmica e os desafios do cuidado fornecido ao paciente pela equipe do hospital, visando à <b>segurança no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar</b> .
<b>06</b>	A presente investigação tem como objetivos: discutir como as <b>Moradias Terapêuticas</b> para usuários com transtorno mental, nos municípios de Miranda do Corvo, Distrito de Coimbra, Portugal e de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro, Brasil contribuíram com o processo de reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico.
<b>07</b>	Analisar o <b>processo de desospitalização em um hospital</b> público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.
<b>08</b>	Este estudo tem como objetivo central analisar a percepção das pacientes e da equipe multiprofissional, ou seja, médicos, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, sobre a <b>alta a pedido</b> solicitada por mulheres internadas nos diversos setores de maternidade pública de referência localizada na cidade de Fortaleza: enfermarias de puerpério, pós--cirúrgica e observação, emergência e sala de parto.

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

Sobre os resultados das pesquisas dos artigos da revisão, verifica-se a defesa do *gerenciamento de caso* enquanto forma de organização do trabalho, com potencial para contribuir com a melhoria dos problemas identificados após a alta hospitalar. Contudo, neste formato, ainda assim, considera-se um outro vetor que se impõe como necessidade para a assistência e preparo da alta com qualidade, que é a inserção, neste processo, da família, através de sua participação ativa no cuidado do paciente.

Outro resultado alcançado é a importância do serviço de Internação Domiciliar, compreendido como estratégia para a “desospitalização” e para a humanização. Aqui, verifica-se, igualmente, que os autores defendem a “desospitalização”, posto que, além disso, trazem como resultados a constatação de avanços na implantação de serviços de Internação Domiciliar e a existência de “obstáculos” à efetivação de mudanças do modelo hospitalar.

Assim, infere-se que a atenção dos Programas de Internação Domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centralizada nos hospitais para a construção de uma nova lógica.

Um terceiro resultado, que nos cabe maior atenção, é o de que com a experiência da “desinstitucionalização”, no campo da saúde mental, ocorreu, em linhas gerais, conforme os autores, uma “escassez” no financiamento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, posto que o processo “desospitalizador” implicou, de fato, diminuição dos investimentos em Saúde Mental. Cabe recordar aqui, precisamente neste aspecto da experiência da Reforma Psiquiátrica, que me parece, por este resultado, mas não somente, que o problema não pode ser o hospital, mas sim a racionalidade em hegemonia que dá a direção dos modelos e seus respectivos programas, projetos, serviços e ações, conforme o mover do pêndulo das necessidades objetivas de centralização e de concentração de mais valor pelo bloco no poder. Parece-me, portanto, que a determinação fundamental não se encontra no deslocamento do hospital em seu momento “Sisifo”, conforme Michel Foucault, para o seu momento “Érebo”<sup>20</sup>. Com o advento da Modernidade, introduziu-se a ideologia do “valor progressista da cura” ao hospital através “tão somente” da Medicina. Agora, na contemporaneidade, atribui-se o “valor positivado progressista do avanço tecnológico da Medicina”, ou seja, o valor de que a Medicina se modernizou, está melhor, e, então, com estas bases, defende-se que precisamos incorporar estes avanços porque eles são imediatamente melhores para os humanos. E, a meu ver, estes avanços não podem encerrar outro fenômeno senão a negação de parte do hospital, a negação da atenção coletiva em direção a uma atenção mais individualizada na órbita do relacionamento, do vínculo, da comunicação, da harmonia, da cooperação na transferência de responsabilidades, da pseudopreocupação com a autonomia, da solidariedade subjetivista, da escuta, do amor ao próximo, do bem comum, da compaixão, ou seja, da chamada ideologia das “tecnologias leves”<sup>21</sup>, portanto, da humanização. A experiência da Reforma Psiquiátrica, analisada dialeticamente em suas determinações objetivas e subjetivas, deve não fazer com que romantizemos o processo de

---

<sup>20</sup> Sisifo é um deus da mitologia grega que em determinado momento acabou com a morte ao aprisionar Tânato, deus da Morte. Mas, ao assim fazer, esbarrou nos interesses de Hades e Ares, posto que um deixou de receber as almas dos mortos e o outro deixou de ter suas mortes das guerras. A analogia serve para situar a tese de Michel Foucault, quando ele atribui à “medicalização do hospital” o valor positivado da cura quando da ascensão da burguesia na Modernidade. E, no tempo presente, verifica-se a negação, em parte, do hospital como espaço de atenção em saúde, fazendo-o passar pelas profundezas do rio “Aqueronte” e, assim, entrar no submundo, que representa um determinado momento do deus “Érebo”, que fez Zeus temer suas ações de libertação dos Titãs, donde organizou-se politicamente com Hades e Nix para prendê-lo no submundo.

<sup>21</sup> Conferir Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

“desospitalização” enquanto vetor da “desinstitucionalização”, mas, pelo contrário, verifica-se que não necessariamente ocorreram na proporção intencionada as mudanças na lógica disciplinar, de aprisionamento, de cerceamento com o advento dos dispositivos de transição necessários ao movimento “desospitalizador”, como as casas terapêuticas, por exemplo. Há estudo (SANTOS, 2013) que demonstra que as práticas “institucionalizadoras” dos manicômios não foram medularmente afetadas com o movimento “desospitalizador”, posto que tanto na sociedade quanto nas práticas dos profissionais e nos regimes dos dispositivos de transição ainda se observam a “lógica institucionadora” própria dos manicômios. Diante disto, não quero pormenorizar a importância destes dispositivos, muito menos desqualificá-los, mas, pelo contrário, ratifico que estes dispositivos são importantes, contudo eles são provas cabais de que o momento de “desospitalização” tomados, fundamentalmente, como momento privilegiado para o processo de “desinstitucionalização” não se configurou determinante, mas, pelo contrário, encerrou, como posto neste resultado apresentado, redução de financiamento global à Saúde Mental. Os dispositivos de transição aqui não foram acompanhados pelas mudanças no imaginário social em relação aos segmentos dos usuários da Saúde Mental, nem pelas mudanças necessárias nas representações e na aquisição de novas competências pelos trabalhadores profissionais de saúde, nem por desenvolvimento de serviços e ações que efetivamente possibilitassem e proporcionassem o desenvolvimento das capacidades humanas neste segmento de usuários, fazendo com que, em linhas gerais, a “desinstitucionalização”, a ressocialização e a promoção da autonomia fossem efetivamente concretizadas. Isto implicaria maiores investimentos de diferentes matizes e para isto o valor deveria ser outro diametralmente oposto à lógica de acumulação do capital, enquanto vetor determinante, em última instância, da direção sociopolítica da saúde e suas frações de atenção. Isto, a meu ver, revela que os “diagnósticos sociológicos” realizados sobretudo com base nas matrizes positivistas têm um alcance demasiadamente limitado para dar as respostas efetivas das mudanças necessárias em prol de uma sociedade plenamente emancipada, onde humanos se realizam enquanto humanos que são e não como “coisas” metamorfoseadas. Daí ser teleológico que em determinados momentos apareçam movimentos ideopolíticos como este da “desospitalização”, que são “magicamente revelados” com base em pirâmides demográficas e em indicadores sociais<sup>22</sup> cientificamente construídos, que reduzem a

---

<sup>22</sup> Assim como no meu trabalho de conclusão de curso, penso ser indispensável à problematização permanente dos indicadores sociais construídos, de modo que fique explícito nas construções das consciências que os mesmos não podem ser outra fenômeno senão uma nuance muito parcializada da realidade, que não se tratam de um instrumento neutro e que sua unidade de medida é determinada por um conceito, por uma concepção, por uma racionalidade, portanto, por uma visão de mundo vinculada à determinada classe social. Isto é

sociabilidade a processos de matematização da vida e que se revelam como panaceias que logo em seguida precisam sofrer novos rearranjos pois já não atendem mais aos interesses dos estágios mais destrutivos do desenvolvimento das forças do grande capital.

Em outra nuance dos resultados apresentados, os autores inferem que dadas as condições concretas da realidade, que eles chamam de barreiras, dificuldades, obstáculos etc. pode haver comprometimento da segurança do paciente após a alta hospitalar, em relação à questão dos medicamentos, o que sugere a necessidade de concentração de esforços para transpor as barreiras identificadas, visando, assim, contribuir para a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio. Mais uma vez aqui, neste matiz de resultado, verifica-se a defesa deste modelo “desospitalizador”, mesmo que, concretamente, sejam identificadas algumas substantivas barreiras impeditivas de promover a pretensão da ideologia da tão sonhada ou, no dizer de alguns, desejosa “alta responsável” ou “alta segura”. A solução que eles sugerem, e isto é uma tendência na grande maioria dos artigos analisados, é de que há uma necessidade, principalmente atribuída aos trabalhadores de saúde, de transporem estas barreiras por meios de estratégias e táticas de articulação de forças interdisciplinarmente estabelecidas, ou pelo profissional imediatamente, ou pela equipe multiprofissional de saúde, ou pela equipe de “desospitalização”. A meu ver, aqui fica

---

imprescindível, posto que os indicadores têm sido usados para mistificar o real e decisões políticas mitologicamente neutras, imparciais e isentas de interesses de classe. Assim, em outra oportunidade realizamos breves reflexões sobre a construção de indicadores sociais, onde consideramos que “os indicadores sociais não são instrumentos neutros. São construídos para subsidiar tanto uma dada visão de sociedade como para viabilizar intervenções sociais localizadas” (SARDOU, 2017b, p. 28). E, continuando, observamos que “os indicadores não desnudam a realidade social. Apenas possibilitam a construção de informações de um aspecto da realidade investigada. De outro modo, os indicadores sociais inferem um veio no processo de conhecimento da realidade, cabendo ressaltar que não basta o emprego cada vez mais elaborado e complexificado dos mesmos. Isso porque tais instrumentos conferem apenas uma parte do processo de conhecimento do real concreto, ou seja, correspondem aos aspectos fenomênicos da realidade. É preciso, portanto, avançar nas análises na direção de descortinar a dinâmica e a estrutura das relações sociais da sociabilidade burguesa, a qual se encontra, produz e reproduz as manifestações da questão social” (SARDOU, 2017b, p. 41). Diante disso, compreendemos que não se pode perder de vista que os indicadores sociais são, muitas vezes, evocados por “pesquisadores, gestores e capitalistas, enquanto instrumento neutro, isento de ideologias, interesses políticos, econômicos e sociais. À guisa de exemplo, os indicadores sociais construídos a partir de encomendas feitas pelos gestores públicos às agências de pesquisa e de estatísticas, não se pode desconsiderar que tais estão ancorados no programa do governo em vigência e que os mesmos sofrem as pressões dos interesses de classe em confronto no cenário político. Daí as polêmicas que cobrem os diferentes indicadores sociais existentes, haja vista que a elaboração de conceitos que exprimem determinada face da realidade social e que remete à construção de indicadores sociais que os traduzam ou os operacionalizem tanto para o conhecimento da situação social quanto para o planejamento e/ou avaliação de políticas sociais, essa elaboração funda-se a partir de concepções de vida, homem e mundo historicamente determinados. Em outros termos, os conceitos e metodologias que norteiam a construção de indicadores sociais informam interesses de classe determinadas, consagrando, deste modo, seu caráter político-econômico, para além de seu teor técnico. Isso consubstancia aos indicadores sociais um potencial passivo de constantes questionamentos. Resulta dessa constatação a tentativa por parte daqueles atores suprarreferidos de atribuir a eles uma imagem de neutralidade, de instrumento técnico isento de viés ideológico, de politizar os indicadores sociais despolitizando-os. Verifica-se que o processo de quantificação, de matematização das sequelas sociais sobre o processo de planejamento com um tom técnico que visa esconder seu caráter político-econômico” (SARDOU, 2017b, p. 43-44).

explícito o movimento de intensificação do trabalho cuja realidade concreta não fornece os meios substantivos fundamentais à efetivação das intenções basilares do modelo “desospitalizador” e então se convoca esforços dos profissionais que precisam se articular em diferentes saberes para desbravar, de forma mirabolante, meios para “retirar”, “expulsar”, “arrancar” os trabalhadores usuários do âmbito hospitalar. Mas é claro, e isto não pode faltar e não pode deixar de se dizer: de forma segura e responsável. Este é o protocolo, isto é o que os manuais mandam dizer, que os artigos científicos ensinam.

Quanto aos resultados apresentados sobre a implantação das comunidades terapêuticas, os autores deixam objetivamente dito que há um desejo político de “desospitalizar”. Isto significa que há uma direção no sentido da parcial negação do dispositivo hospitalar, enquanto importante momento da atenção à saúde, cujo movimento tem sido de impetrar uma cultura nos imaginários dos trabalhadores usuários, dos trabalhadores profissionais de saúde, nas diretrizes institucionais, na chamada sociedade civil, portanto, na própria reconfiguração do modelo de saúde pública e privada. Esta direção, embora apareça espraiada ou pulverizada entre alguns setores da saúde, que dá até a impressão que é algo novo, recente, não dimanam destes e não se reduzem a estes, apenas está alcançado estes e envolvendo-os no movimento político muito mais amplo que eles mesmos. Contudo, ele se mostra com a aparência de que este movimento germina a partir dos próprios trabalhadores profissionais de saúde, quando convocados a comporem as comissões, os grupos, as câmaras técnicas, as equipes, por fim, ao modelo de “desospitalização”. Daí, também, ser perfeitamente teleológico, em linhas mais amplas, constatarmos nas produções a tendência, do que aqui vou chamar de profundos *paradoxos epistêmicos*, em que as pesquisas se focalizam na preocupação da descrição precisa de cada momento procedimental que eles chamam de metodologia científica, com o uso e emprego de recursos supostamente aleatórios de seleção de palavras predominantes, de análise categorial de conteúdo, de classificações invejáveis, da avaliação da qualidade de artigos postos ao crivo da acareação minuciosa entre os conteúdos e seus métodos empregados e as tabelas universais de critérios de qualidade validadoras, de elaborações de entrevistas com amostragem robustas, com análise quantitativa de dados primários, de valorização das pesquisas iminentemente empíricas etc., e sua inteira incapacidade de mostrar as conexões fundamentais mediadoras, objetivas e subjetivas, entre o que as mesmas pesquisas apresentam como barreiras, dificuldades, obstáculos, incertezas,

desafios etc., e a totalidade social<sup>23</sup>, cujo alcance não pode se traduzir em outra afirmação senão o que a maioria vem defendendo e que, em última instância, atendem aos interesses gerais do grande capital. Ou seja, apresentam recursos procedimentais de caminhos epistêmicos, para no final afirmar o contrário do que os dados coletados revelam, deixando escancarado o movimento “esquizofrênico” da politização da cientificidade politizada. Assim, a aparência é o lugar privilegiado, o imediatismo põe-se, fundamentalmente, como o único horizonte tangível, a fenomenalidade é a palavra de ordem e, aqueles que ousam “desviar-se” deste *plasma superreificado* sofrem todas as pressões da *mediocridade*, imagináveis e inimagináveis. Nesta ambiência, com o imprescindível ar de sofisticação, de pessoas inteligentes e dotas, cientificamente amparadas com base em suas produções científicas

---

<sup>23</sup> Precisamos desenvolver um pouco mais nossas reflexões sobre o problema da totalidade, que aparece nas produções de conhecimento na área da saúde. É preciso considerar criticamente esta concepção de totalidade, que se mostra a partir do paradigma holístico. A meu ver, esta concepção não pode ser confundida com a categoria de totalidade da teoria social histórico-crítica, já abordada no início deste trabalho. Parece-me que o conceito holístico, do ponto de vista teórico-metodológico, é diametralmente oposto à categoria de totalidade da teoria social histórico-crítica. A holística, caso minha capacidade de interpretação esteja correta, consiste na ideologia que veste perfeitamente a realidade que se almeja manter, justificar e construir do modelo “desospitalizador”. Este paradigma coloca a consciência no mesmo lugar em que Hegel a colocou, embora não signifique que este sistema seja o mesmo que o de Hegel. Mas é profundamente idealista (LUKÀCS, 2010). Tira os pés da realidade. Considera o ser concreto, objetivo, uma manifestação harmônica com o universo, estando a consciência rompida com a harmonia do ser. Então, é preciso conciliar a consciência com seu ser objetivo que é total, embora multidimensional. O ser, nesta formulação ideopolítica, é físico, social, cultural, biológico, ou seja, é composto por partes interdependentes, que se harmonizam com o universo, com o todo. Contudo, sua enfermidade se dá por conta do não encontro de sua consciência com o holístico. Assim, as partes precisam se encontrar com o todo, parte e todo se unem, se encontram, se harmonizam, interagem no sentido da conformação do necessário equilíbrio; ciência, cultura tradicional e filosofia dão as mãos; valoriza-se o saber tradicional; a consciência é qualificada para se reencontrar com o universo e voltar a ter seu natural equilíbrio; profissionais reconciliam filosofia e ciência; o saber sociocultural é considerado; não há oposição entre parte e o todo; não há lutas de classes; não há classes sociais; saber tradicional aproxima-se do saber científico; Oriente e Ocidente se realinham etc. Assim, nesta perspectiva, introduz-se uma nova concepção de saber e fazer na política de saúde, em que a função dos trabalhadores profissionais de saúde é facilitar ou colaborar com este reencontro da consciência dos trabalhadores usuários do SUS com o universo, ou seja, com o todo, compreendido em suas partes multidimensionais, conhecendo sua origem e ajudando-os a encontrarem suas finalidades na evolução inteligível da sociedade, considerando seus conhecimentos socioculturais e sabedorias tradicionais, e, assim, agirem no processo de equilibrar a parte com o todo. Aqui, no holismo, não há ecletismo, os saberes se complementam, os profissionais unem-se em prol de um bem comum, no sentido de construir pontes, e ajudar os trabalhadores usuários a se encontrarem, a se autocuidarem. Só a título de ilustração cabe considerar que este paradigma veste perfeitamente o momento da apologia de mudança de modelo no SUS em que os trabalhadores usuários precisam se adaptaram ao sistema do capital, a se ajustarem a ordem supostamente natural do sistema capitalista, tomado como universal, posto que antes, com os saberes rígidos da teoria social-crítica, da teoria revolucionária, do cientificismo, que “separou” as consciências do seu ser, desarmonizando-os, agora precisam ser alterados por um conhecimento que complementa todos os saberes, porque agora a consciência volta-se a se encontrar com o sistema natural, o divórcio foi desfeito, o Muro de Berlim ruiu, o fantasma do Socialismo Real não existe mais, o universo fantasioso do capital espalhou-se. Estes são só detalhes não observados por este paradigma, mas que conforma perfeitamente as determinações concreto-reais em que esta corrente ideopolítica se desenvolve. Assim, “O paradigma holístico propõe um reencontro universal entre as ciências e entre estas e as Tradições de sabedoria. Com base numa visão sistêmica e numa atitude transdisciplinar, o novo paradigma começa a provocar reflexões nas diversas áreas do saber científico. Não dá mais para conviver com concepções rígidas e imutáveis. Com um pé no antigo, avançaremos para criar o novo, redescobrimo e resgatando o conteúdo da caixa preta de pandora do universo, a filosofia perene, e novamente acatando os ensinamentos do velho sábio cujo arquétipo vive em cada um de nós” (TEXEIRA, 1996, p. 290). Ou seja, cada um por si e todos sob a égide destrutiva e avassaladora do grande capital.



empiricistas, profundamente vazias de mediações ontológicas, que estão à frente dos avanços tecnológicos, o jogo é da selvageria autorizada e legitimada. Daí o resultado do aumento de casos de adoecimentos de natureza mental que penetram na esfera objetiva da materialidade físico-químico-biológica dos corpos. E as justificações são as das mais bizarras que se possa autorizar a falar, onde, ao fim e ao cabo, a culpabilização e a responsabilização são as “pedras de toque” desta sociabilidade.

Uma das pesquisas (código 07), curiosamente, apesar de não negar o modelo “desospitalizador”, alcançou o resultado de constatar certa incoerência deste modelo, reconhecendo, por um lado, que as estratégias, utilizadas para a efetivação do que o modelo “desospitalizador” se propõe, têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio. Continuando, dizem que o modelo “desospitalizador”, do hospital cenário, é marcado por uma intencionalidade de construção de políticas institucionais, mas que apresenta elementos que os autores consideram “contraditórios” quanto ao modo como as decisões são tomadas. Acrescentam que há desafios para a articulação em rede e parte do processo tem como determinante a participação dos cuidadores e dos familiares. Também consideram que o estudo que eles realizaram evidenciou que a função de cuidador principal no domicílio é tarefa árdua e desgastante, podendo interferir de forma importante na qualidade de vida da família e, neste sentido, relatam que esta atividade se torna contínua, repetitiva, realizada no domicílio, exige cuidado em tempo integral e que implica em certa sobrecarga de trabalho. Também constataram que há nas famílias situações de impossibilidade de compartilhar o cuidado entre mais pessoas da própria família cuidadora, o que pode provocar sentimento de impotência da família diante da situação da pessoa cuidada. E dizem mais, que há falta de apoio da rede formal e informal e que as famílias possuem conflitos que interferem no processo “desospitalizador”. Realçam que há disputas entre os trabalhadores profissionais de saúde ao que concerne sobre a construção do plano terapêutico. Por fim, sentenciam que o modelo “desospitalizador” revela-se contraditório, posto que se dá num contexto da política de saúde, que aqui vou chamar de precarizada, sucateada, “inviabilizada”, subfinanciada, mas que deveria apresentar as condições objetivas e subjetivas necessárias para que o modelo “desospitalizador” pudesse ser efetivado nos moldes do ele se pretende, apresentando, assim, alternativas que viabilizassem a diminuição do tempo de internação, mas que, por outro lado, defende ainda mais a diminuição dos custos financeiros das instituições. Entretanto, a contradição, para estes autores, parece residir no fato de que a realização de uma desospitalização, que eles chamam de “des”responsável,

acaba por onerar o cuidado, seja transferindo responsabilidades para as famílias, que não estão preparadas para assumi-las, ou, ainda, produzindo complicações no pós-alta que podem provocar reinternações. No fim, eles consideram que se faz necessário debater esta contradição, mas com vistas a buscar sua superação e, com isto, galgarem a efetivação do modelo “desospitalizador”.

Na seção seguinte, apresentarei as concepções de “desospitalização” que consegui identificar nos artigos analisados, posto que estas compõem parte do meu principal objetivo neste trabalho. Contudo, quando elaborei o instrumento de coleta de dados, sobretudo neste problema da “desospitalização”, não me restringi a identificar as possíveis representações mais ou menos relacionadas a ela. Assim, também fiz outras coletas de informações, com base em outros indicadores relacionados à “desospitalização”, os quais penso serem pertinentes informa-los, embora eu não vá apresentar todos eles neste trabalho, em razão, sobretudo, pela condição objetiva de prazo de entrega deste TCR, mas que sua supressão, acredito, não afetará em absolutamente nada quanto aos resultados a que chegamos e ao seu potencial argumentativo de demonstração objetiva. Assim, extraímos informações dos seguintes indicadores: conceito/concepção, modelo, referencial teórico, área de conhecimento, necessidade de desospitalização, característica hospitalar, políticas públicas associadas, limites e/ou desafios, possibilidades, aspectos políticos, econômicos, culturais, sociais, ideológicos, institucionais e profissionais. Resolvi apresentar os conceitos de “desospitalização” junto aos seus respectivos modelos (dimensão subjetiva) e os limites e desafios à efetivação do modelo “desospitalizador” (dimensão objetiva).

#### **1.4 O modelo de gerenciamento “desospitalizador” e sua direção neoliberal**

O que significa “desospitalizar” trabalhadores usuários do SUS, num contexto de profunda desigualdade econômica e social; num contexto em que substantiva parte dos trabalhadores necessita e utiliza os serviços e ações do sistema de saúde pública; numa realidade de desemprego massivo; numa conjuntura de precarização e informalização do trabalho; num momento de diluição das proteções sociais da seguridade social; em uma sociedade que prega positivamente a meritocracia e o individualismo; em uma formação social e histórica de valorização da cultura autoritária e patrimonialista; em uma transição de década que o neoliberalismo põe em marcha mais acelerada seu projeto de ultra expansão da exploração e dominação; em uma trajetória que a principal tática deste ideário em hegemonia

é a flexibilização, que se refrata com a fragilização das leis trabalhistas, previdenciárias, golpes por dentro do estado, de ideologia da “terceira via”, de recusa das metanarrativas politizadas como rígidas, de privatizações das políticas sociais por dentro da esfera estatal etc.; em um giro histórico, cuja implementação do receituário do grande capital autoriza a “flexibilização” dos princípios do chamado Estado Democrático (burguês) de Direito; em uma específica forma de relações sociais que tudo se transforma em coisa, mercadoria, nicho de usurpação de mais valor; portanto, o que significa “desospitalizar” em uma realidade em que as proteções previdenciárias vêm sofrendo forte ataque e desmonte, cujo contexto do devir histórico projeta, enfim, mudanças na configuração da pirâmide etária, que tendencialmente mostra o crescimento do segmento de trabalhadores usuários em sua fase de senescência?

Não se dá para produzir um TCR, cujo problema seja a “desospitalização” em uma perspectiva genuinamente crítica, sem decifrá-la no movimento dialético da história produzida pelos humanos. É preciso decifrar as conexões históricas para que se desvele as alienações engendradas. A ordem objetiva do capital, em sua missão de se conservar, é incapaz de lançar expedientes metodológicos que revelem suas contradições imanentes. Neste sentido, não poderia ser diferente encontrar textos que busquem identificar os “desafios” parcialmente impeditivos da implementação do modelo “desospitalizador”, no sentido de tentar corrigir tais “barreiras” de tal modo que se efetivem os diferentes projetos da forma “desospitalizadora”.

Embora eu tenha certas reservas com algumas teses de Eugênio Vilaça Mendes, sobretudo em sua obra “Uma agenda para a saúde” (1999), considero que ele traz elementos cruciais para localizarmos o possível significado concreto, portanto objetivo e subjetivo, das concepções de “desospitalização” no movimento histórico das mudanças econômicas e sociais impulsionadas pela crise do grande capital das últimas décadas. Esta obra, cabe dizer, é produzida exatamente num período de avanço do ideário neoliberal no Brasil, demarcada, substantivamente, pela contrarreforma gerencial do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), cuja onda de retrocessos impetradas pressupõe a crise do grande capital, mais ou menos localizada entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, em que o projeto ideopolítico neoliberal emerge, fundamentalmente, à conformação das agendas do campo da política econômica de Estados nacionais e na conflagração necessária de uma determinada forma de dominação e configuração cultural. Este movimento, segundo, mas não somente estes, Luiz Filgueiras e Graça Druck, se impõe no Brasil nos anos de 1990<sup>24</sup>. Neste sentido,

---

<sup>24</sup> “É a partir dos anos [...] 1990 no caso do Brasil, que o neoliberalismo se impõe e consegue se tornar hegemônico no âmbito mundial. Embora com diferentes fisionomias e configurações em cada região ou país,

Eugênio Vilaça Mendes diz que a agenda da saúde, que ele vai desenvolver em sua obra, encontra-se com o que ele chama de “movimento de reforma do aparelho do Estado” (1999, p. 12). Mais adiante ele defende que é urgente uma reforma do SUS e que, nas palavras do autor, “a inspiração político-ideológica da reforma sanitária brasileira, à semelhança da experiência internacional, tendeu a sobrevalorizar os princípios e a descuidar da economicidade e da qualidade do sistema” (1999, 12-3). Meu interesse passa longe de polemizar com as teses deste autor, trago sua posição apenas para situar o momento histórico de requisição do que ele chama de reforma e, Elaine Behring, chama de contrarreforma, e a determinação econômica de um conjunto de diretrizes que vou chamar de “desconfiguração do SUS” ou, poderíamos também chamar nos termos do próprio neoliberalismo, de “flexibilização do SUS”. O próprio Eugênio Vilaça Mendes diz que se trata de transformações necessárias sem que se precise abdicar dos princípios do SUS. Aqui, deixo que o leitor deste TCR faça suas inferências a respeito daquela tática fundamental do neoliberalismo de implementar suas diretivas por dentro do Estado, o que não precisa, portanto, abrir mão dos princípios do SUS, basta que os mesmos sejam inviabilizados por dentro. Mas, vamos ao que é mais importante, porque não se tem a unidade de tempo necessária para se produzir de forma mais detalhada este exercício analítico-racionalista de desvelamento do real concreto dialeticamente pensado.

Para Eugênio Vilaça Mendes, há uma *crise da saúde* que, em linhas gerais, ele diz que se manifesta no problema da “ineficácia, ineficiência, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública” (1999, pg. 15). Acrescenta, considerando que há uma *crise de financiamento*, que, ao fim e ao cabo, tem relação com o crescimento dos custos em *atenção médica* e com o que ele chama de certa “*irracionalidade na alocação dos recursos*”, a qual ele atribui em larga medida à “*força política e ideológica do modelo médico hegemônico*”. O cenário, portanto, é de que, numa face, a saúde é atingida por uma crise de financiamento e que esta tem relação com a atenção médica, que mais à frente vamos, precisamente, discutir sobre a associação que fazem da atenção médica com a atenção hospitalar, numa explícita redução do hospital à prática médica, o que no final acaba por desembocar em ataques à Atenção Hospitalar, para além do estranhado movimento de oposição fragmentadora entre Atenção Básica e Atenção Hospitalar. Em outra face, ele traz o problema da manipulação política “irracional” de recursos e a associa à ação ideopolítica do modelo médico hegemônico. Aqui, vamos igualmente verificar, com o modelo “desospitalizador”, as propostas de “redução de custos” ou “otimização de gastos” ou “racionalização de custos” ou “cuidar da saúde

---

tem em comum alguns valores centrais retomados do liberalismo, [... - PBS], uma política de destruição dos direitos sociais conquistados pelas lutas dos trabalhadores[... - PBS]” (FILGUEIRAS; DRUCK, 2007, p. 26).

financeira das instituições de saúde” etc., associada às propostas de alternativas terapêuticas desvinculadas das tecnologias e recursos no âmbito hospitalar com explícito deslocamento para a órbita familiar ou do terceiro setor ou da parceria público-privada ou para serviços privados de saúde ou para alternativas “tecnológicas” de transição do cuidado etc., ou seja, vamos verificar a proposta de acabar com a “irracionalidade” no emprego dos recursos com a racionalização dos gastos empregando-os corretamente. A meu ver, é, precisamente, este deslocamento que se está sendo operado. Mas isto o próprio autor vai confirmar.

Ele apresenta a tese de que a crise da saúde é universal. Ou seja, não se restringe à alguns pontos do capitalismo mundializado. E, informa que há três correntes de explicação para esta crise, que ele chama de incrementalista, racionalista e estruturalista. Não me é possível desenvolvê-las todas neste espaço, por isto vou dedicar nossa atenção para a corrente racionalista, posto que seus elementos, a meu ver, são os que mais explicam os componentes fundamentais do modelo “desospitalizador”. Assim, como já inferimos acima, nosso autor diz que a corrente racionalista considera que o fundamento da crise na saúde reside no problema “das ineficiências internas do setor” (1999, p. 18), cujo receituário não pode ser outro senão corrigir a irracionalidade com a racionalidade. O argumento ideopolítico desta corrente é o problema dos supostos gastos “irracionais” com as políticas sociais do chamado Estado de Bem-estar social, o que, para esta falácia, provou os *déficits* fiscais do Estado. A panaceia apresentada por esta corrente consiste, em linhas gerais, reduzir gastos com consumos que eles chamam de desnecessários e desenvolver formas de produção mais eficientes e com o menor custo<sup>25</sup>. Esta eficiência tem dois matizes: a técnica, que consiste na “combinação de recursos menos custosos para atingir um resultado”, e a alocativa, que se trata da distribuição de recursos entre atividades alternativas buscando maximizar os gastos para a sociedade” (1999, p.19). As medidas táticas desta corrente para as mudanças na saúde são classificadas ao que ele apresenta como duas vias de racionalização: a da demanda e a da oferta. O conjunto tático da primeira congrega a recuperação de custos e co-pagamentos; estabelecimento de períodos de carência para acesso a determinados serviços; *estabelecimento de franquias; isenção de impostos; valorização de medidas de fomento e de prevenção para diminuir custos; mudanças nas formas de pagamento aos prestadores de serviços; mudanças nas formas de transferência dos recursos financeiros; sistemas de intermediação por meio de*

---

<sup>25</sup> Nos termos trazidos por Eugênio Vilaça Mendes (1999, p. 19): “A racionalização em saúde é a procura sistemática de formas mais eficientes de produção e da eliminação de consumo desnecessário e a seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade [... – PBS). O objetivo da racionalização é diminuir os custos sem impactos negativos nos níveis de saúde e aumentar a eficiência sem prejuízo da eficácia e da efetividade das ações desenvolvidas”.

agentes informados (relação de agência); desenvolvimento de sistemas de informações para prestadores e usuários; subsídio à demanda. Quanto ao conjunto das táticas racionalizadoras, na esfera da oferta, ele elenca a implantação de *mecanismos de controle orçamentário*; *limitações na oferta de serviços*; *limitações orçamentárias para pagamentos de folha de salário*; *criação de alternativas para a atenção hospitalar*; normatização e avaliação das práticas médicas por meio de protocolos clínicos; acreditação e *limitação do número de profissionais e instituições*; *controle de incorporação e uso de equipamentos biomédicos de custo elevado*; regulação de preços de insumos básicos: salário, medicamentos e outros insumos; *regulação do desenvolvimento da capacidade instalada dos serviços de saúde*; *focalização*; e, organização da oferta por meio de *mix estatal-privado*. E, assim, Eugênio Vilaça Mendes revela-nos o pacote da perversidade da estratégia neoliberal de cunho político, econômico, social e cultural no setor saúde. Mais adiante ele diz que estas táticas são “guiadas pelo discurso econômico” (1999, p. 20).

Ao que nos interessa desenvolver para decifrar o significado da “desospitalização” naquele contexto que acima consignamos, verificamos que há uma determinação de contenção de custos, que rebate na oferta de serviços e ações de saúde no sentido mais preciso de ataque aos hospitais, com limitação de serviços, de contratação e pagamento de recursos humanos, de precarização das condições de trabalho, de intensificação do trabalho para aqueles que ainda permanecerem trabalhando, de transferência de responsabilidades, de focalização perversa etc. Estas são, fundamentalmente, as mediações que fazem emergir o movimento ideopolítico da “desospitalização”, cujo impacto sobre a vida dos trabalhadores usuários do SUS não pode ser outro senão a própria barbárie fantasiada de humanização. E, nesta direção, os sujeitos que estão sendo chamados para, no cotidiano, realizar este trabalho são nada mais nada menos que principalmente os trabalhadores profissionais de saúde, dentre os quais os assistentes sociais.

Ainda tem mais uma discussão, realizada por este autor, que pode contribuir para que compreendamos um pouco mais estas bases objetivas e subjetivas de onde emerge o modelo “desospitalizador”. O autor trata do problema do corporativo expresso em duas nuances: o corporativismo empresarial e o corporativismo médico profissional. Quanto ao primeiro, ele lembra que a “indústria da saúde” (1999, p. 25), composta pelos produtores de insumos, de equipamentos biomédicos, de medicamentos e pelos prestadores, administradores e seguradores de serviços de saúde, parte, portanto, de setores da burguesia, tendem a exercer certo grau de pressão sobre o sistema de modo a obter mais lucro, que, aqui, não precisamos

repetir que se trata da lei geral de acumulação capitalista, exercendo seu papel determinante sobre a conformação de todo o sistema. O autor, deste modo, considera que esta determinação fundamental, age, nos termos dele, “independentemente das necessidades sociais de saúde” (199, p.25)<sup>26</sup>.

A outra nuance de corporativismo abordada por Eugênio Vilaça Mendes é o corporativismo profissional com ênfase na Medicina, que para ele também exerce determinado grau de pressão sobre o sistema de saúde no sentido de sua expansão e no crescimento de seus custos. Neste sentido, ele explicita duas maneiras em que isto se dá: pela cartelização de preços e pela reserva de mercado. Ele aborda que esta nuance de corporativismo se forja em torno do profissionalismo, em especial da Medicina, cujas lideranças conseguem direcionar os ganhos do desenvolvimento cultural, econômico e social para os interesses da corporação, através da criação e do controle dos mercados de serviços profissionais e da mobilização social. Este nível de corporativismo, para ele, também exerce importante força política sobre a configuração e direção do sistema de saúde brasileiro. Em nome do profissionalismo e da autonomia profissional, sobretudo dos médicos poderem decidir o que pode e deve ser feito sem com que haja o que ele chama de “interferência” externa, encerra em certo monopólio de conhecimento técnico, que considero político, travestido de falsa neutralidade. Esta discussão conduz-nos, inevitavelmente, a outro problema que é preciso ser investigado, estudado, problematizado e debatido, que é a função social da medicina no contexto do capitalismo monopolista em seu momento financeirizado. É preciso colocar em evidência a dimensão política desta profissão, muitas vezes maquiada de dimensão técnica. Certamente, sua hegemonia não se dá em face de sua dimensão teórico-metodológica, que é crucial para a constituição de possibilidades humanas, isto não há que se contrariar, entretanto, seus conhecimentos apropriados são produtos da humanidade e não podem ser usurpados e ideologicamente monopolizados. Estes conhecimentos não podem ser

---

<sup>26</sup> O parágrafo que o autor aborda este problema, a meu ver, é didático e revelador e, por isto, penso ser imprescindível reproduzi-lo, embora certamente os valores que ele traz já estejam defasados em razão do transcurso do tempo da redação de sua obra e o tempo presente, mas aqui o reproduzo apenas para situar a questão da existência desta fração da classe burguesa, seus interesses de acumulação de mais valor e sua força econômico-política sobre o problema da saúde no Brasil: “Por fim, há de ser considerado o corporativismo empresarial e profissional. As corporações empresariais, expressas na “indústria da saúde”, os produtores de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos, e os prestadores, administradores e seguradores de serviços de saúde, tendem a pressionar o sistema para obter maiores lucros, independentemente das necessidades sociais de saúde. Essa indústria movimentada, por ano, muitos bilhões de dólares e concentra as atividades no campo estrito da atenção médica. No Brasil estima-se, no ano de 1995, um volume de faturamento de 8,2 bilhões de dólares na indústria de medicamentos [... - PBS], 1 bilhão de dólares na indústria de equipamentos biomédicos [... - PBS] e no sistema privado de atenção médica supletiva, no ano de 1993, 6,4 bilhões de dólares [... - PBS]” (MENDES, 1999, p. 25).

impostos como invólucro de uma falsa neutralidade, que atravessa as ações médicas e suas inserções em postos de direção de unidades de saúde. E com isto, faz-se necessário desmistificar que cabe tão somente ou fundamentalmente à medicina a direção de unidades hospitalares e da falsa associação da imagem do hospital à própria medicina, obnubilando a existência das equipes multiprofissionais que são, igualmente, indispensáveis ao adequado funcionamento de unidades de saúde, em especial os hospitais, que os fazem acontecer cotidianamente. Entretanto, em face desta determinação ideopolítica da medicina e de sua construção no imaginário social, mas não só isto, de valores positivados de progresso, de cura, de salvação etc., combinada com os interesses econômicos que esta instância profissional coagula, vê-se diferentes frentes de enfrentamento mais ou menos explícito e implícito a este nível de corporativismo, onde se atacam serviços, recursos e ações em saúde, historicamente associados à medicina, como forma de enfrentamento e redução do poder da corporação médica. O que, a meu ver, isto encerra um profundo equívoco, cujo resultado só tende a implicar, em última instância, em perdas para os trabalhadores usuários do SUS. Diante disto, não há que se combater a Atenção Hospitalar sob o pretexto de se combater o modelo biomédico em hegemonia e, com a mesma ação, no sentido da justificativa de se ampliar o poder de equipes multiprofissionais na direção dos serviços e das ações em saúde.

Esta direção de medidas racionalizadoras de custos, que impactam mais precisamente no campo hospitalar através do modelo “desospitalizador”, enquanto resposta do grande capital a sua crise estrutural (MÉSZAROS *apud* PANIAGO, 2012), tem mediações mais precisas. Segundo, Ivete Simionato e Vera Maria Ribeiro Nogueira (2001), a crise do capital do final do século XX, acima já mencionada, trouxe uma série de transformações societárias, dentre as quais a reconfiguração do papel do Estado nas frentes econômicas, ideopolíticas e socioculturais. Elas consideram mais precisamente as “recomendações” de cunho econômico-social para os países periféricos da América Latina postas pelas agências internacionais: Banco Mundial/Consenso de Washington, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – CEPAL. Neste sentido, elas abordam três ideias que consideram centrais para o enfrentamento do problema do crescimento e do combate à pobreza, a saber: desenvolvimento das economias da América Latina, sob a ótica da competitividade; crescimento econômico com equidade; e, redimensionamento dos serviços sociais, com eficiência e eficácia. Em seguida, as autoras desenvolvem o conjunto de medidas presentes nos documentos destas agências, que orientam os rumos daquelas frentes que acima



mencionei. Para o que nos interessa, não abordarei de forma particularizada como cada uma destas agências expressam suas “recomendações”. Meu interesse reside, precisamente, em identificar de onde vem a direção, qual é a direção e quais interesses de classe tais direções atendem. Não dá, a meu ver, para realizar uma pesquisa sobre o problema da “desospitalização” e dizer que precisamos deste modelo ideopolítico sem decifrar de onde dimana esta falsa necessidade, e o pior é toma-la como se desabrochasse de si mesma ou de um aperfeiçoamento evolutivo do sistema de saúde, ou porque é preciso torna-lo mais eficaz. E, neste sentido, menos ainda cabe analisar os modelos existentes e adaptá-los para uma ou outra realidade particularizada. Deste modo, reproduzirei aqui os diferentes níveis destas “recomendações” e suas respectivas direções, postas por estas três agências internacionais, abordadas pelas autoras suprarreferidas.

Assim, quanto aos objetivos da reestruturação econômica, estas agências orientam medidas no sentido de equilíbrio fiscal e monetário; racionalização; redução do gasto social; segurança social para ampliar a produtividade da força de trabalho e incorporação de todos os segmentos da sociedade no crescimento econômico; quanto à relação entre política econômica e social, elas informam, em relação ao que mais se aproxima do objeto aqui estudado: medidas de subordinação da política social à política econômica e funcionalização da política social para o aumento da produtividade; focalização das políticas para os seguimentos mais vulneráveis; concepção de política social compensatória, com redução para os gastos sociais; medidas de articulação entre o setor público e o setor privado; avaliação de políticas com base em critérios de eficiência e eficácia; redução das funções sociais do Estado com transferência de ações para a sociedade civil e para o mercado; e, por fim, mas sem esgotar, refilantropização das políticas e articulação de consensos na definição de prioridades e administração de conflitos. Em linhas gerais, estas são algumas das “recomendações” diretivas das agências internacionais ao que concerne, sobretudo, as políticas sociais. Assim, identificados, mais ou menos, os fundamentos, objetivos e subjetivos, e as tendências do desenvolvimento da estratégia neoliberal com vistas à manutenção da acumulação capitalista, que implica transformações no mundo da produção e na reconfiguração do Estado, nos é possível apresentar as concepções existentes de “desospitalização” que foram identificadas na revisão integrativa. Deste modo, apresento, no quadro nº 05, as representações que congregam o que estou chamando de componentes fundamentais do modelo “desospitalizador”. Contudo, embora não tenha a pretensão de discutir outras interpretações que aparecem na literatura

cinzenta<sup>27</sup>, apenas para título de comparação, penso ser importante trazer aqui alguns dos conceitos de “desospitalização” identificados em níveis diferentes da produção de conhecimento em saúde (livro, tese, dissertação, TCC, perspectiva do Ministério da Saúde e Legislação vigente), de modo a estabelecer um certo grau de parâmetro para a análise que estou realizando no âmbito desta revisão integrativa. Neste sentido, no quadro nº 04, apresento estes conceitos.

---

<sup>27</sup> Ver BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz de. Ci.Inf., Brasília, DF, v.44 n.3, p.501-513, set./dez. 2015. Disponível em: < <file:///C:/Users/biblioteca/Downloads/1804-10957-4-PB.pdf>>. Acesso em: 27 jan 2020.

**Quadro nº 04** – Concepções de “desospitalização” na Bibliografia “Cinzenta”.

Fonte	Concepções de “desospitalização”	Componentes Fundamentais
Livro	“É importante esclarecer que entendemos a <b>desospitalização</b> como a <b>retirada precoce do paciente do ambiente hospitalar</b> de forma <b>segura</b> e <b>responsável</b> , com base em um <b>planejamento minucioso e sistemático</b> , quando já não é de alta complexidade, e sim de <b>alta dependência</b> , e com a <b>família mais envolvida</b> nesse processo de <b>cuidados em domicílio</b> . Isto é <b>gestão de cuidado</b> ” (CARVALHO, <i>et al.</i> , 2019, p. 15, grifos meus).	Alta hospitalar precoce segura e responsável; planejamento minucioso e sistemático; critério de focalização; família; domicílio.
Tese	“Ainda penso ser relevante trazer um conceito para o termo “ <b>desospitalização</b> ” oriundo das contribuições e reflexões deste estudo, devendo este termo ser entendido não apenas como uma parte que engloba o <b>atendimento domiciliar</b> , mas sim um emaranhado de <b>ações e decisões complexas</b> que devem ter <b>início no período de internação</b> e perdurar até a <b>continuidade de atendimento no domicílio</b> , com a <b>participação da equipe hospitalar</b> , domiciliar, <b>família e outros que se façam necessários na transição do cuidado</b> ”. [Mudança de Parágrafo – PBS]. “Refere-se [sobre o conceito de desospitalização – PBS] ainda a refere à <b>desinstitucionalização</b> de pessoas internadas em ambiente hospitalar, favorecendo a <b>agilidade no processo de alta</b> para o domicílio e <b>reinserção da pessoa na rede de atenção à saúde</b> , considerando os princípios da <b>humanização</b> , continuidade de cuidados e participação da família” (OLARIO, 2019, p. 162, grifos meus).	Agilidade no processo de alta; ações e decisões complexas desde o início da internação; continuidade do atendimento no domicílio; participação da equipe hospitalar, da família e outros; reinserção da rede; humanização.
Dissertação	“Um dos eixos centrais da AD é a “ <b>desospitalização</b> ” que proporciona <b>celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas</b> a partir da manutenção de <b>cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares</b> por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, <b>em especial, os idosos; oferece suporte emocional</b> necessário para <b>pacientes em estado grave ou terminal e familiares</b> ; institui o <b>papel do cuidador</b> , que pode ser um <b>parente, um vizinho ou qualquer pessoa com vínculo</b> emocional com o paciente e <b>que se responsabilize pelo cuidado junto com os profissionais de saúde</b> ; e independência funcional para o paciente no cuidado fora do hospital. A AD possibilita, assim, a <b>desinstitucionalização</b> de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de <b>evitar hospitalizações desnecessárias</b> a partir de serviços de pronto atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização” (ARAÚJO, 2015, p. 14, grifos meus).	Celeridade no processo de alta hospitalar; cuidado sistemático e continuado; domicílio; critério de focalização/seletividade; família, cuidador, parente, vizinho ou outra pessoa com vínculo; compartilhamento de responsabilidades; profissionais de saúde; objetivos: minimizar intercorrências, diminuir riscos de infecções, evitar hospitalizações desnecessárias; atividade: oferecer suporte emocional; associação entre desinstitucionalização com desospitalização.
TCC	“A <b>desospitalização</b> é a <b>saída de um paciente do âmbito hospitalar</b> , de forma <b>segura</b> , possibilitando e promovendo os <b>cuidados necessários em um outro ambiente</b> . Dessa forma, significa <b>reduzir o tempo de internação hospitalar para o mínimo possível</b> , permitindo a continuidade de tratamento em <b>domicílio</b> , com <b>eficiência</b> e com <b>processos assistenciais estruturados</b> . Esse ato ocorre quando o paciente hospitalizado possui uma <b>satisfatória estabilidade clínica</b> de seu estado de saúde, mas necessita de complementação do tratamento iniciado na hospitalização, assim como, de <b>equipamentos e recursos médicos</b> que dão suporte à vida. <b>Aqueles que não estejam plenamente recuperados</b> ou quando evoluem para <b>internação prolongada</b> , bem como, os que	Saída do hospital de forma segura; cuidados em outro ambiente/domicílio; reduzir tempo de internação para o mínimo possível; eficiência; processos assistenciais estruturados; critérios de focalização/seletividade.

	estão <b>sem chances de recuperação</b> , ou seja, em um estado <b>‘vegetativo’</b> ” (JESUS, 2017, p. 24, grifos meus).	
<b>Ministério da Saúde</b>	“Um dos eixos centrais da AD é a <b>“desospitalização”</b> . Proporciona <b>celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas</b> , a partir da manutenção de <b>cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares</b> por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, <b>em especial, os idosos; oferece suporte emocional</b> necessário para <b>pacientes em estado grave ou terminal e familiares</b> ; institui o <b>papel do cuidador</b> , que pode ser um <b>parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo</b> emocional com o paciente e <b>que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde</b> ; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital”. [Mudança de Parágrafo – PBS]. “A AD possibilita, assim, a <b>desinstitucionalização</b> de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de <b>evitar hospitalizações desnecessárias</b> a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização”. (BRASIL, 2012, p. 10, grifos meus).	Celeridade no processo de alta hospitalar; cuidado sistemático e continuado; domicílio; critério de focalização/seletividade; família, cuidador, parente, vizinho ou outra pessoa com vínculo; compartilhamento de responsabilidades; profissionais de saúde; objetivos: minimizar intercorrências, diminuir riscos de infecções, evitar hospitalizações desnecessárias; atividade: oferecer suporte emocional; associação entre desinstitucionalização com desospitalização.
<b>Legislação</b>	“Art. 3º - O SAD tem como <b>objetivos</b> : I - <b>redução da demanda por atendimento hospitalar</b> ; II - <b>redução do período de permanência de usuários internados</b> ; III - <b>humanização</b> da atenção à saúde, com a <b>ampliação da autonomia dos usuários</b> ; e, IV - a <b>desinstitucionalização</b> e a <b>otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS</b> . Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes: I - ser estruturada de acordo com os <b>princípios</b> de ampliação e <b>equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade</b> da assistência, na <b>perspectiva da RAS</b> ; II - estar incorporada ao <b>sistema de regulação</b> , articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; III - <b>adotar linhas de cuidado</b> por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o <b>trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares</b> ; e, IV - <b>estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es)</b> ” (BRASIL, Portaria nº 825/2016).	Serviço de Atendimento Domiciliar; Objetivos: reduzir a demanda hospitalar; reduzir tempo de internação; humanizar; ampliar autonomia dos usuários; desinstitucionalizar (associa com desospitalização); otimizar recursos financeiros e estruturais da rede de atenção. Princípios: equidade; acolhimento; humanização; integralidade. Trabalho multiprofissional e interdisciplinar; participação ativa dos profissionais, dos usuários, da família e do cuidador.

Fonte: Referências Consultadas – Bibliografia Cinzenta. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

**Quadro nº 05 – Concepções de “desospitalização” na Bibliografia da Revisão Integrativa**

Cód.	Concepções de “Desospitalização”
01	<p>“Desospitalização” como modelo de gerenciamento de caso: consiste num <b>processo sistemático de assistência</b> em saúde, que requer <b>trabalho interdisciplinar</b> e que tem <b>início na admissão</b> do paciente. Incorpora, do ponto de vista operativo, o <b>planejamento da alta desde a admissão</b>, a <b>elaboração de plano de cuidado</b>, coordenação, a monitoração dos serviços, os resultados e a avaliação mensurada do estado do paciente. Este modelo requer <b>comunicação</b> entre os profissionais de saúde, troca e <b>compartilhamentos de tarefas e responsabilidades</b> específicas entre os mesmos e recursos da instituição e de fora da instituição de saúde. Operacionalmente, elenca-se um profissional, que incorpora a <b>função de gerente do caso</b>, cuja atribuição é administrar e responder pelos cuidados de um grupo de pacientes. O <b>gerente</b> também é visto como <b>colaborador</b> do cuidado, cujo papel é, também, integrar a equipe, <b>negociar</b> entre os diferentes atores do processo o melhor plano de cuidado para o paciente, canalizar e distribuir informações, do passado e do presente, quanto aos <b>assuntos médicos, psicossociais, ambientais e espirituais</b>, e <b>reconciliar visões discrepantes</b> para alcançar as metas pactuadas. O gerente também é responsável pelo monitoramento, análise dos resultados, avaliação, reajuste no plano de cuidado e pela intervenção. O gerente deve introduzir o <b>paciente a família como personagens fundamentais</b> do processo. Este modelo também considera que a autorização da alta é atribuição do médico, contudo defende que os demais profissionais da equipe devem participar a partir de critérios específicos vinculados ao seu campo de conhecimento. No planejamento mais específico da alta deve-se considerar as <b>dimensões fisiológicas, psicológicas, funcionais, sociais e financeiras</b> do paciente. O <b>objetivo</b> deste modelo reside na <b>garantia de manutenção e qualidade dos cuidados após a alta hospitalar</b>. Trata-se de um modelo que requer maior tempo dos profissionais para a assistência e discussões de grupo na perspectiva de caso único, cabendo ao médico explicar as condições clínicas, aos enfermeiros o estado de saúde e as suas ações realizadas, aos psicólogos demonstrar o aspecto psicológico e aos nutricionistas o aspecto alimentar e nutricional dos pacientes. É um modelo que compreende a <b>interdisciplinaridade</b> como uma soma entre os saberes e não uma divisão. Elenca três elementos fundamentais: a <b>família, a equipe e o órgãos públicos, que devem manter-se interligados</b>. Quanto à família defende que deve dispor de <b>recursos materiais</b>, de receber orientação e acompanhamento logo após a alta hospitalar. Para este modelo, a família é importante para promover a segurança para o paciente e para a instituição quanto aos seus objetivos. Neste sentido, o modelo de gerenciamento de caso consagra-se como uma estratégia de integração das equipes, das ações e dos serviços no processo desospitalizador.</p>
02	<p><b>Concepção de desospitalização expressa através da estratégia de acolhimento</b>, compreendida como eixo de organização do processo de trabalho e de recepção da demanda, nos serviços de saúde mental. Tal perspectiva, originária das experiências de <b>desinstitucionalização</b>, tem se projetado, em todo o campo da saúde e vem sendo considerada fundamental para quaisquer projetos inovadores.</p>
03	<p><b>Concepção expressa através do modelo de Desospitalização precoce 1:</b> é efetivado por um <b>Programa de Internação Domiciliar (PID)</b>, viabilizado por uma parceria entre o Hospital Geral e a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS). É baseado na utilização de <b>tecnologias leves</b>, na criação de <b>vínculos</b> e na <b>integralidade e sistematização das ações</b>. Tem por <b>objetivos a melhoria da qualidade de vida dos usuários</b> do serviço e da <b>humanização</b> do atendimento. Sua realização requer <b>equipe interdisciplinar</b>. <b>Destina-se aos usuários que receberam alta hospitalar</b>, que são referenciados pela UBS ou pelas Unidades de Saúde da família, assim como por instituições públicas ou privadas, independentemente do nível de complexidade. A identificação dos casos potenciais <b>ocorre por busca ativa</b>. Tem por <b>critério</b> de inclusão: moradia fixa, presença de cuidador, condições de saúde que se enquadre no tipo de atendimento prestado pelo programa, não ter necessidades de realização de exames e procedimentos de maior complexidade, ter diagnóstico fechado e ter vínculo com a UBS.</p> <p><b>Concepção expressa através do modelo de Desospitalização precoce 2:</b> tem por <b>respaldo a tendência mundial</b> de organização da estrutura dos serviços de saúde. É efetivado tanto pelo <b>Programa de Internação Domiciliar (PID)</b> quanto, salvo diferenças, pelo <b>Programa de Assistência Domiciliar (PAD)</b> – destinado aos pacientes que não precisam de disponibilização de equipamentos). Trata-se de um modelo que <b>objetiva a qualidade da assistência</b>. É baseado no <b>trabalho em equipe</b>, na utilização de <b>tecnologias leves</b>, na criação de <b>vínculos</b> e na <b>integralidade e sistematização das ações</b>. Atende vários tipos de patologias e agravos. Está organizado com base em <b>referência</b> (Pronto-socorro Central do Município) e <b>contra-referência</b>. <b>Só recebe usuários encaminhados por hospitais, policlínicas, pronto-socorros ou pelo PAD</b>. Neste modelo <b>não há busca ativa</b> e o encaminhamento só é aceito se for feito por médicos ou enfermeiros. O médico faz a triagem e avalia conforme os <b>critérios na admissão</b>, que consistem na existência de um <b>cuidador no domicílio</b>, usuário deve estar <b>acamado ou com dificuldades de deambulação, condições adequadas e de higiene do domicílio</b>. Por fim, atribui ao enfermeiro a atividade de orientar a família quanto às condições inadequadas do domicílio e da necessidade de realizar mudanças no mesmo.</p> <p><b>Concepção expressa através do modelo de Desospitalização Precoce 3:</b> este modelo é efetivado por um <b>Programa de Internação Domiciliar (PID)</b>. É baseado no <b>trabalho em equipe</b>, na utilização de <b>tecnologias leves</b>, na criação de <b>vínculos</b> e na <b>integralidade e sistematização das ações</b>. Tem por objetivo a prestação de assistência de qualidade. <b>Dispõe de recursos, equipamentos e medicamentos</b> que são fornecidos aos usuários de forma integral e gratuita, afim de proporcionar a integralidade do cuidado. Organiza-se com <b>serviço de referência</b> para internação hospitalar. O <b>encaminhamento pode ser realizado por todos os níveis de serviços de saúde, sejam públicos ou privados, e de outros municípios</b>. Adota por <b>critérios de inclusão</b>: a obrigatoriedade de cuidador no domicílio e diagnóstico médico. É operacionalizado com base em elaboração de <b>plano terapêutico</b> balizado pelas demandas e necessidades do usuário, onde também é identificado os</p>

	profissionais envolvidos nos cuidados em saúde do usuário.
<b>04</b>	Não consegui identificar uma concepção mais ou menos precisa de “desospitalização”.
<b>05</b>	Desospitalização se expressa pela concepção de <b>alta programada, que ocorre apenas em situações complexas</b> , geralmente envolvendo pacientes com <b>hospitalização de longa permanência</b> , com <b>questões sociais importantes</b> e <b>tratamentos complexos</b> . Nestes casos, o <b>planejamento de alta</b> é realizado em <b>reunião semanal multiprofissional</b> , onde são discutidas questões como o <b>local de seguimento</b> , os <b>recursos disponíveis na comunidade</b> , o <b>acesso aos medicamentos necessários</b> , entre outros, possibilitando o <b>envolvimento de toda a equipe em atividades relacionadas à alta hospitalar</b> . <b>“Desospitalização sem programação interdisciplinar”</b> : consiste no modelo em que a <b>alta é definida no dia</b> de realização da mesma, sem com que parte da equipe saiba previamente. Tem por <b>objetivo a continuidade do tratamento após a alta hospitalar</b> . Nestes casos, as <b>orientações</b> detalhadas <b>só são fornecidas nas situações em que a alta é programa</b> , que ocorre com pacientes pediátricos e em casos excepcionais envolvendo pacientes adultos. Nos casos mais complexos, o farmacêutico clínico orienta os cuidadores, fornece informações detalhadas sobre o tratamento, realiza <b>treinos</b> para administração correta de medicamentos prescritos e <b>avalia o aprendizado do treino</b> . É fornecido ao cuidador <b>material informativo impresso</b> , contendo informações sobre medicamentos, cuidados especiais sobre administração e armazenamento e planilhas personalizadas. É fornecido resumo de alta, contendo nome, dose, frequência, via de administração, duração planejada de uso, razão de uso de cada medicamento, motivos de inclusão de novos medicamentos e de alterações em tratamentos prévios e informações para a realização de monitorização do tratamento. Neste modelo não há fornecimento de medicamentos pelo hospital para uso em domicílio, devido à falta de farmácia ambulatorial. Nesse sentido, as prescrições são adaptadas em relação à medicamentos padronizados na rede básica; são realizados contatos com a rede pública de saúde para confirmação de disponibilidade dos medicamentos; medicamentos injetáveis são disponibilizados pelo Hospital Dia da unidade hospitalar, assim como pelas UBS e USF; são realizadas orientações e viabilizações de documentação para acesso a medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS; são viabilizados medicamentos preparados em farmácia de manipulação, conforme avaliação das condições socioeconômicas da família. No Programa de Atendimento Domiciliar deste modelo, não há procedimento sistematizado para o atendimento do paciente quanto ao uso de medicamentos e a inserção de farmacêutico na visita domiciliar, cujo acompanhamento, em alguns casos, são realizados por contatos telefônicos.
<b>06</b>	<b>Concepção expressa através do modelo de “desospitalização” da desinstitucionalização</b> : trata-se do modelo destinado aos usuários com sofrimento psíquico e com transtornos mentais, que consistiu em extinguir progressivamente os manicômios do país, limitando as hospitalizações psiquiátricas aos usuários em estado de crise aguda, assim como instituiu formas alternativas de tratamento para este segmento de usuários, como permanência junto à família e serviços comunitários, no sentido de promover a atenção integral, possibilitar a inserção social, resgatar a cidadania dos usuários e estreitar o contato com aquele cidadão que percebe o transtorno mental como uma ameaça. Dentre os dispositivos alternativos da atenção hospitalar verificam-se: as moradias terapêuticas, leitos reservados em Hospital Geral; Estratégia Saúde da Família (ESF); Associação de Moradores; Centros de Convivência; Centro Integrado de Atenção à Saúde (CAIS); os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as unidades de atendimento ambulatorial. Nas moradias terapêuticas, optou-se pela inserção de profissionais técnicos em enfermagem, devido ao auto grau de dependência dos usuários com doenças crônicas. Esses profissionais precisavam ter uma compreensão reabilitadora, realizavam procedimentos técnicos, com vistas a estimular a autonomia do usuário, no interior das residências.
<b>07</b>	<b>Modelo de desospitalização “horizontal”</b> : compreende a AD como estratégica para viabilizar a desospitalização, posto que permite a continuidade do tratamento dos usuários em casa, de forma abrangente e responsável e, como isso, tem-se a abreviação do tempo de internação. A preparação da desospitalização é realizada por equipe multidisciplinar, através de reuniões semanais, com realização de corridas de leito pela manhã, com discussões de casos, onde se avaliam pendências e as necessidades de realização ou não de exames, assim como os recursos necessários após a alta, com o objetivo de agilizar o processo de alta com segurança e para o cliente não se instabilize e não reintorne. Participam das reuniões a Enfermagem, o Serviço Social, os Médicos, às vezes a Nutrição, a Fonoaudiologia e a Fisioterapia. Embora não haja critérios bem definidos, o principal critério desospitalizador utilizado é a melhora (estabilidade) clínica e laboratorial. Contudo, cada profissional estabelece sua conduta criteriosa de aptidão desospitalizadora, dentre os quais, verifica-se: programa mínimo de reabilitação motora na instituição, que consiste na capacidade do cliente sentar à beira do leito, tomar banho de chuveiro, ficar de pé, andar com um dispositivo de ajuda de marcha. Entretanto, o maior problema da desospitalização é a ausência de familiar, posto que há pacientes estáveis clinicamente mas não há familiar para assumir os cuidados. Contudo, a família é treinada para administrar a medicação, a dieta, a alimentação com sonda nasoesofágica, qual o horário, a preparação em casa. É treinada para aspirar traqueostomia, como que tira o macho da traqueostomia para lavar. É treinada para realizar curativos, a limpeza da ferida, manuseio do paciente no banho, mudança de decúbito. Estes treinamentos são realizados no dia anterior à alta, o que gera dificuldades de entendimento por parte dos familiares a respeito de todas as orientações que precisam ser feitas e os fluxos que devem seguir. Também é observada a atenção psicológica dos pacientes e cuidadores com vistas à redução do estresse e da promoção da qualidade de vida.
<b>08</b>	Não consegui identificar uma concepção mais ou menos precisa de “desospitalização”.

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

Eis, portanto, a meu ver, a lei fundamental de racionalização relativa de mais valor do modelo de “gerenciamento/industrial desospitalizador”. A função do hospital desloca-se, na lógica imanente deste modelo, de um estabelecimento de atendimento parcial das necessidades sociais em saúde, na perspectiva ampliada, para a “indústria de reparação de avarias de mercadorias”. O trabalhador usuário (“mercadoria”) chega na “unidade industrial de reparação de danos em saúde” (hospital) e passa pela “linha de reparação” (também conhecida nos termos de linha de cuidado), onde é avaliado o grau e intensidade dos “danos” (doença). Disso se estabelece um planejamento sistemático determinado pela eficiência e eficácia, cuja unidade determinante destes é o momento da entrega do “produto”, também conhecida por alta segura ou responsável, cujo tempo de permanência na esteira de reparação deve ser o mínimo possível e com o menor gasto de recursos, onde a partir de critérios previamente elaborados, verifica-se, com base no enquadramento criterioso ou “minucioso”, as condições mínimas de liberação da “mercadoria avariada” para outro setor de recuperação fora do “estabelecimento industrial-hospitalar”, que deve se restringir, neste “modo de produção”, digo, neste processo de “desospitalização”, aos atendimentos de “danos” preferencialmente agudos, portanto, focalizado nas reparações mais graves das avarias, que quando parcialmente “consertadas” devem ser encaminhadas de “forma manipulada”, digo, de forma humanizada à outra “esteira da linha de reparação”, digo, da linha de cuidado, de preferência o domicílio, que é o melhor lugar para este tipo de recuperação, principalmente, quando a “mercadoria”, digo, quando o trabalhador usuário já saiu da fase produtiva, digo, quando são idosos, ou quando estão em cuidados paliativos, posto que junto da família e em casa é o lugar onde o Estado terá menor gasto, digo, o domicílio é o lugar mais confortável, que promove autonomia e a ressocialização da “mercadoria danificada”, digo, do trabalhador usuário comprometido pelos variados graus de condicionalidades limitadoras da doença, mas que os indicadores internacionais mostram, principalmente os do Banco Mundial, da CEPAL e do BID que é preciso promover equidade e a participação dos sujeitos, posto que isto implica em princípio democrático fundamental e, por isto, é preciso arrumar os países em desenvolvimento, que jamais experimentaram o Estado de bem-estar social, mas seus gestores em razão dos irresponsáveis gastos com este modelo conduziram o Estado a constituição de um *déficit* que precisa ser igualmente reparado com o crescimento econômico e enfrentamento da pobreza, posto que estas agências estão demasiadamente preocupadas com o bem-estar daquela idosa preta da favela que terá que cuidar de seu marido idoso preto em cuidados paliativos, sem benefício previdenciário e aguardando há mais de seis meses a avaliação de seu pedido de Benefício de Prestação Continuada (BPC), onde todos são

chamados solidariamente para participarem deste processo harmonioso de reconstrução da economia que beneficiará a todos e reduzirá a pobreza.

Sabendo-se que a produção de riquezas é oriunda do dispêndio de energias realizadas por aqueles que vendem sua força de trabalho, que são substantivamente usurpados pela burguesia financeirizada e imperialista; sabendo-se que os serviços públicos de saúde são financiados consideravelmente por recolhimentos de impostos cuja natureza regressiva implica incidências mais ampliadas sobre o consumo; sabendo-se que estamos num contexto em que o grande capital vem disputando ferozmente o fundo público, através da constituição de superávit primário, via Desvinculação de Receitas da União (DRU), da Parceria Público-privado, das privatizações por dentro do Estado, da instauração de modelos gerenciais de produção no estilo de Taylor<sup>28</sup> (“desospitalização”) etc.; assim, sabendo-se que a racionalização de custos, a contenção de gastos com o setor social, portanto, parte de mais valor socialmente produzido concentrado no Estado, estes tendem a ser parcialmente redirecionados para setores do grande capital, posto que se deixa de investi-los em serviços sociais de qualidade e na contratação de pessoal para fazer estes serviços acontecerem. Diante deste cenário, caso minha hipótese tenha preservado certo grau de fidelidade de tradução cognoscitiva do real concreto, penso que temos um quadro que se aproxima, consideradas fundamentalmente estas mediações, aqui debilmente mencionadas, de uma determinação fundamental de racionalização relativa de mais valor expressa via intensificação gerencialista das *atividades atribuídas* e realizadas pelos trabalhadores profissionais de saúde nos moldes do “taylorismo” a partir deste modelo de gerenciamento “desospitalizador”, que não apenas encerra mudanças de cunho racionalizador em suas atividades, mas que pelas mesmas ações tendem a promover uma configuração de transferência parcial de responsabilidades do Estado para os próprios trabalhadores usuários e suas famílias ou sua rede pessoal de apoio (vizinhos, amigos, cuidadores – formais e informais, etc.). O que se verifica, portanto, é um movimento em que se busca estruturar e organizar o processo de trabalho em saúde, cujo momento da “alta responsável” passa a ditar parte substantiva de todo o fluxo das atividades no âmbito hospitalar, mas que não se reduz a este. A rede é posta como a esfera de atendimento deste momento crucial que é a não internação, ou evitar a internação hospitalar, ou reduzir eficazmente ao máximo o tempo de internação. Assim, o modelo “desospitalizador” passa a ditar parte considerada do sistema e isto veremos quando de nossa apresentação dos dados da

---

<sup>28</sup> Abordarei o assunto na seção 1.6 deste trabalho.



revisão que tratam do que os autores chamam de desafios, barreiras, dificuldades, impedimentos, deficiências etc.

Quanto ao objetivo deste estudo, sobretudo ao que concerne à identificação das possíveis concepções de “desospitalização” existentes, a meu ver, há duas concepções gerais de “desospitalização” reveladas na revisão: a “desospitalização” vinculada ao movimento “desinstitucionalizador” da Reforma Psiquiátrica<sup>29</sup> e a “desospitalização” vinculada as diretrizes da estratégia neoliberal. Embora alguns autores tomem como sinônimos a “desospitalização” da estratégia neoliberal e a “desinstitucionalização” da Reforma Psiquiátrica, cabe ponderar que elas são oriundas de movimentos com direções originárias distintas, posto que a Reforma Psiquiátrica tem principalmente nos trabalhadores seu eixo diretivo propulsor, o que não se pode dizer da “desospitalização” que aflora da diretiva neoliberal, mesmo que o grande capital venha parcialmente se apropriar e se aproveitar da estratégia do movimento antimanicomial. A análise, que se pretende crítica realizada até aqui, diz respeito principalmente ao que estou chamando de modelo de gerenciamento “desospitalizador” que dimana originariamente da estratégia neoliberal, que em alguns aspectos se inspira, do ponto de vista de terminologias conceituais e até de procedimentos, na “desospitalização” enquanto momento da “desinstitucionalização” da lógica manicomial.

Destarte, ao que concerne ao modelo gestado, fundamentalmente, pelos interesses neoliberais, verifica-se que todos as produções concorrem mais ou menos para a mesma direção, considerando as particularidades e singularidades dos serviços, das demandas atendidas, da região, do público alvo, da instituição imediatamente vinculada, da quantidade de pessoal e de recursos, das singularidades na conformação dos processos e fluxos de trabalho etc. Averigua-se certa tendência de ausência de criticidade quanto ao problema da “desospitalização”, embora em um dos textos, quando da abordagem das dificuldades para realização da desospitalização, tenha-se o registro de que há profissionais que manifestam discordância deste modelo. Em linhas gerais, os autores conseguem perceber dificuldades e até contradição em sua realização, contudo não identifiquei uma posição de negação do modelo. O que se nota é um movimento ideopolítico apologético em sua defesa. Outra tendência são as abordagens anistóricas, do ponto de vista da concepção de história na teoria social histórico-crítica. Os autores das fontes da revisão integrativa, a partir desta concepção de modelo de gerenciamento “desospitalizador”, o incorporam, elaboram estudos sobre ele, buscando, sobretudo, compreender os pormenores da operação processual do conjunto de

---

<sup>29</sup> Ver em José Augusto Bisneto, 2011, p. 31-9.

determinações mais gerais do modelo, adaptando-o às diferentes realidades particularizadas e singularizadas. Verifica-se que há uma necessidade de entendimento do processo “desospitalizador” manifestada pelas personagens envolvidas mais ou menos direta ou indiretamente na gestão ou implementação do modelo (ou os dois ao mesmo tempo). Entretanto, não houve preocupação de situá-lo no contexto sócio-histórico das lutas de classe e de decifrar seu significado na conformação dos diferentes interesses das classes sociais. O que se verifica é a tentativa de identificar as dificuldades para corrigi-las, e assim viabilizar a fluidez do modelo, como pode ser visto no quadro nº 06, onde apresento os problemas levantados pelos autores.

**Quadro nº06 – Elementos limitadores e dificultadores à “desospitalização”**

Cód.	Dificuldades para “desospitalizar”
01	a) insuficiência de assistência emocional ao paciente; b) sobrecarga de trabalho; restrições da infraestrutura hospitalar, com prejuízos à qualidade da assistência; alto volume de cirurgias; prejuízo ao atendimento familiar por conta do volume de cirurgias e dos atendimentos ambulatoriais; c) grande demanda por cirurgia, o que encerra prejuízo no estabelecimento de vínculo entre o médico e familiar; e) Falta de tempo dos profissionais (ênfase para os médicos), o que causa prejuízo à prestação de serviço em equipe; f) a rede de apoio social é insuficiente em relação a alguns recursos básicos, como respirador, o que dificulta a alta do paciente, o que prolonga a hospitalização; g) número limitado de centros especializados em reabilitação; problemas de ordem social e econômica dos indivíduos; h) falta de acompanhamento e treinamento da família; orientação da desospitalização realizada no momento da alta; falta de entrosamento com órgãos públicos, recursos da comunidade, como a assistente social da prefeitura, amigos, vizinhos ou voluntariados; i) horário de visita que diverge do horário de trabalho dos profissionais, o que implica prejuízo no estabelecimento de vínculos com os familiares e sua participação no processo de cuidado; j) relação de afastamento entre médicos e familiares; l) oposição entre discurso de planejamento da alta e o preparo da alta que ocorre no instante da alta; m) falta de planejamento para o atendimento das necessidades dos pacientes e seus familiares na continuidade do cuidado; n) dificuldade do trabalho interdisciplinar, a partir do diálogo e interação entre as disciplinas.
02	a) percepção de ineficiência; b) trabalho isolado; c) impasses vinculados aos diferentes perfis de capacitação profissional, as singularidades pessoais, desejos e expectativas de cada membro da equipe; d) acomodação de profissionais em razão da escassez de recursos materiais e humanos; f) acomodação em razão dos fracassos inevitáveis; g) inexistência de vagas, que nestes casos incorre em fechamento da unidade para novos casos, que implica em certa desresponsabilização em nome da falta de recursos institucionais; h) visão que os profissionais têm de depositário da ineficiência dos serviços, que periodicamente suspendem a recepção de novos usuários, o que vem ocasionando a peregrinação dos mesmos em busca de atendimento.
03	a) dificuldades quanto ao fluxo das informações; b) a insuficiência de leitos hospitalares no serviço público de referência leva os usuários e seus familiares a utilizarem os seus planos de saúde privados que necessitam de internação hospitalar; c) deficiência no sistema de referência do programa; d) problema na contra-referência; e) falha na comunicação entre as equipes de internação domiciliar, o usuário e as famílias.
04	a) insuficiente financiamento do SUS; b) longas listas de espera; c) atendimento geral de baixa qualidade; d) distribuição geograficamente desigual dos recursos, com maior implicação negativa para as regiões que mais necessitam de cobertura de saúde; e) a desinstitucionalização não foi acompanhada pela disponibilidade correspondente de uma rede de atenção comunitária.
05	a) muitas visitas clínicas em unidade, mas ainda assim não é possível acompanhar todos os pacientes de cada unidade; b) falhas na comunicação; c) farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais só tomam ciência da alta no dia da mesma, o que implica na inviabilidade de planejamento, de atuação multiprofissional integrada no preparo do usuário para o domicílio; d) falta de participação multidisciplinar na visita diária ao paciente; e) receitas da alta não são encaminhadas para a farmácia o que inviabiliza a avaliação de “triplo crivo” de segurança que tende a evitar danos ao paciente; f) problemas na aquisição de medicamentos em razão de problemas na receita, uso de abreviaturas em nomes de medicamento, apresentações não disponíveis nas UBS ou no comércio, receituário inadequado para prescrição de psicofármacos, falta de carimbo médico; g) interceptação de receitas destinadas à farmácia de manipulação com falta de dados de concentração, forma farmacêutica e duração do tratamento; h) prescrições incompletas, frequente uso de abreviaturas, ilegibilidade das prescrições; i) limitação de recursos financeiros que inviabilizam aquisição de tecnologia de informação como recurso para evitar erros de prescrição; j) não uso nas unidades de internação dos recursos da informatização para prescrição de receitas; l) na prática clínica habitual, as orientações de alta, incluindo uso de medicamentos, se restringem a instruções fornecidas, na maioria das vezes, pelo médico e/ou enfermeiro no momento da alta hospitalar, de forma superficial e rápida, sem levar em consideração as necessidades individuais e sem verificar o entendimento das orientações pelo paciente; m) na grande maioria dos casos a alta não é programada; n) registros prescritivos da alta incompletos, falta de inclusão de medicamentos, falta de dose ou duração do tratamento; o) salvo exceções, os registros de alterações no tratamento e suas justificativas não são registrados no resumo da alta; p) não implantação de rotina de reconciliação medicamentosa na alta hospitalar; q) deficiências na comunicação e na transferência de informações na alta hospitalar; r) falta de informações importantes no resumo de alta; s) erro de prescrição; t) falha em documentar ou comunicar alterações no tratamento na receita ou resumo de alta; u) insuficiências nas cartas hospitalares encaminhadas à UBS no sentido da adequada monitoração da farmacoterapia; v) pacientes em alta, também verificaram que não há forma de contato rápido com a equipe hospitalar para esclarecimento de dúvidas que ocorrem após retorno ao domicílio; x) atraso no início do tratamento no pós alta ou interrupção do mesmo em razão de problemas de acesso aos medicamentos; z) falta de medicamentos nos postos das UBS; aa) problemas de acesso

	<p>aos medicamentos por causa de dificuldades econômicas do paciente e irregularidades na disponibilização de medicamentos na rede pública de saúde; ab) em atendimento no domicílio, os medicamentos são armazenados de forma inadequada, em armário de banheiros, cozinhas, em locais expostos a calor e umidade, misturados com medicamentos de outros familiares, prazo de validade expirado, estocagem de medicamentos gratuitos já suspensos; ac) em atendimento no domicílio, é frequente as dúvidas de pacientes e cuidadores sobre a continuidade de tratamentos realizados antes da internação hospitalar; ad) pacientes estão deixando os hospitais com dúvidas em relação à prescrição de medicamentos na alta e ao cuidado para a reabilitação e independência em casa ; ae) grande maioria dos pacientes em atenção domiciliar não sabem sobre os efeitos colaterais das medicações, assim como dizem não saber sobre os novos tratamentos prescritos durante a internação hospitalar; af) discrepância entre a receita de alta e os reais medicamentos que os pacientes tomam em domicílio: por inclusão ou interrupção de uso por conta própria. Verificam-se situações do não uso de pelo menos um dos medicamentos prescritos, uso de dose ou frequência diferente da prescrita, uso de medicamentos diferentes de mesma classe terapêutica. Apresentação de efeitos colaterais, dificuldades em encontrar os medicamentos prescritos e dificuldades com o preço dos medicamentos; ag) problema de encaminhamento de pacientes para unidades de maior ou menor complexidade; ah) falta de integração entre os hospitais e a UBS; ai) falta de leitos hospitalares disponíveis; aj) comunicação entre os serviços de saúde feito por meio dos encaminhamentos e dos resumos de alta: ausência de um sistema de comunicação no SUS estruturado; al) não frequência entre os serviços da UBS e os hospitais; am) sistema fragmentado, dificuldade de acesso, descontinuidade assistencial, comprometimento da integralidade da atenção; an) falha na comunicação prévia da equipe médica sobre prescrição para o domicílio; rotina de alta concentrada em determinado período da rotina; ausência de prontuário eletrônico e de prescrição eletrônica; ao) recursos humanos insuficientes para manter o seguimento de atendimento no domicílio; ap) falta de contato entre as equipes, que isoladas em suas unidades resulta falta de conhecimento da realidade estrutural, do fluxo de trabalho, da complexidade e das dificuldades vivenciadas por outros profissionais da rede; aq) falta de apoio da alta administração; falta de programa sistematizado; falta de notificação prévia sobre o plano de alta; falta de tempo dos profissionais; ar) indisponibilidade de recursos de tecnologia já existentes, mas não adquiridos por unidades do SUS.</p>
<b>06</b>	<p>a) recursos insuficientes; b) poucos serviços extra-hospitalares e os que tem não atendem à demanda; c) casas terapêuticas com excessos de moradores.</p>
<b>07</b>	<p>a) dificuldades relacionadas à aceitação da família e de cuidadores em relação à desospitalização; b) a atividade de cuidador geralmente é voluntária, não tem previsão de duração, suas vidas e dos familiares cuidadores são modificadas, com possíveis sobrecargas físicas e psicológicas, mudanças organizacionais, pessoais e coletivas, ocasionando consequências negativas para a vida dos cuidadores; c) apesar da intencionalidade, registam problemas de implementação, sistematização, e reorganização dos processos internos quanto à desospitalização; d) contradição entre o modelo de atenção hospitalar da unidade de estudo e de outras unidades de saúde, cuja decisões centrais são dos médicos; e) fragilidades do processo desospitalizador: falta de unanimidade em relação aos critérios de desospitalização entre médicos e equipe multiprofissional, desafios da preparação do usuário para a alta, incipiente processo de capacitação dos cuidadores e familiares, insegurança dos familiares de assumirem o cuidado no domicílio; f) limitações internas e externas aos hospitais; g) nem todos os profissionais defendem a desospitalização como melhor alternativa; h) pacientes idosos, cujo impactos são grandes em razão da desestruturação da família; i) falta de condições de assumir os cuidados em domicílio; j) dificuldades financeiras dos familiares, que dificultam a desospitalização; l) principal dificuldade é o problema social que inviabiliza a desospitalização; m) muita questão social que impede a desospitalização; n) dificuldade de organização e de estrutura da família e do domicílio, também em relação a questão financeira, para cuidar do paciente em casa; o) questão social é determinante para a desospitalização e a continuidade dos cuidados; p) desospitalização pode aumentar os custos do cuidado para a família; q) desgaste da função de cuidador: físico, psicológico, ônus, tarefa árdua, interfere na qualidade de vida da família, atividade contínua, repetitiva, em tempo integral, sobrecarga de trabalho, impossibilidade de compartilhar o cuidado com outras pessoas, sentimento de impotência da família, falta de apoio da rede formal e informal e conflitos familiares, disputa do plano terapêutico entre profissionais, usuários e familiares; r) as instituições consideram que isoladas não conseguem efetivar a proposta de desospitalização; s) as visitas nos domicílios não são realizadas com frequência, médicos nem sempre vão, inexistência de serviço de atenção domiciliar em determinados territórios, falta de RH, dificuldades financeiras para custear o cuidado no domicílio.</p>
<b>08</b>	<p>Não consegui identificar apresentação de dificuldades neste artigo.</p>

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou.

Diante do exposto, é notório que há sérios problemas de natureza objetiva e subjetiva que impõem indagarmos qual de fato é o interesse fundamental que sustenta o modelo de gerenciamento “desospitalizador”? É inegável que há experiências mais ou menos exitosas. Entretanto, é possível considerar tais êxitos para toda a realidade continental do SUS? É indubitável que há trabalhadores profissionais que muito se esforçam para possibilitar determinados graus de acesso as políticas sociais pelos trabalhadores usuários, contudo em face das determinações universais sua vontade e desejo singular encerram pouco alcance diante desta realidade mais ampla onde o neoliberalismo vem dando mais ou menos os direcionamentos das políticas sociais brasileiras. A direção deste modelo de gerenciamento “desospitalizador” o condena por inteiro em face de sua vinculação imanente com o projeto neoliberal que o engendra. Nele não há qualquer perspectiva democrática de socialização das riquezas socialmente produzidas. Na próxima seção, veremos algumas conexões necessárias para sustentar as proposições que até aqui foram realizadas.

### 1.5 A “desospitalização” na história: surgimento dos hospitais e a Reforma Sanitária<sup>30</sup>

Indubitavelmente, o *presente* do hoje nos possibilita vislumbrar dialeticamente o *futuro* de muitos *presentes* do *passado*. É preciso *transitar dialeticamente no tempo*, posto que esta é a condição *sine qua non* para galgarmos momentos efetivos, portanto objetivos, de construção histórica de emancipação. Esta seção, com todas as suas debilidades, tende a pincelar, embora com muita pobreza de informações e detalhes<sup>31</sup>, um trânsito na história dialética da formação dos estabelecimentos hospitalares. Tenho assim, por objetivo (pretensão), aqui, transitar, não historiograficamente no desenvolvimento e constituição dos hospitais como os capturamos no hoje, mas sim de verificar como nossa sociedade brasileira nos últimos anos, sobretudo do final do século XX, vem construindo determinado modelo de atenção em saúde, cuja tática hospitalar encerra uma de suas realizações mais importantes. Posto que, este curto e empobrecido trânsito, talvez possa nos ajudar a decifrar o significado deste modelo de gerenciamento “desospitalizador”, que já está em curso e ganhando mais forças nos processos de mudanças na atenção à saúde dos trabalhadores usuários do SUS.

<sup>30</sup> Para Maria Inês Souza Bravo (2010, p. 16, grifos meus) “É necessário, portanto, *retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira* que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da nossa capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E *os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde*. Sem eles [acrescento: e com eles em outra direção – PBS] o projeto será derrotado”.

<sup>31</sup> Digo isto, em razão, sobretudo, do tempo que não se tem para desenvolver algumas mediações posto que o prazo (unidade de tempo objetiva, que, portanto, limita, em certa medida, a dimensão objetiva da subjetividade) para entrega deste texto se impõe sobre o conteúdo do mesmo.

Quero iniciar considerando que buscarei “fugir” das concepções instrumentais de hospital, corriqueiramente reduzido a instrumento de trabalho da medicina, ou instrumento de cura, ou instrumento terapêutico etc. É possível verificar nos registros, sistematizações e reflexões, que tratam do problema do hospital, que para este historicamente convergiu determinações que transcendem sua dimensão meramente instrumental. De outro modo, também é fundamental registrar, logo de início, que a história e desenvolvimento do hospital não se deu em concomitância com a história e desenvolvimento da medicina e, com isto, quero dizer que considero necessárias e riquíssimas as contribuições que Michel Foucault (1979) deixa por herança à humanidade sobre suas reflexões e formulações em relação ao nascimento dos hospitais, entretanto, embora eu venha situar esta seção sobremaneira em seu texto, devo discordar dele nos pontos em que o mesmo opera, a meu ver, certas distorções no pensamento sobre o problema em tela. Penso, portanto, que o hospital conformou solo objetivo fundamental para algumas importantes mudanças ocorridas na própria medicina, como ratificado pelo próprio Michel Foucault. O hospital é muito mais que um instrumento de trabalho da medicina, não se subsumindo, portanto, a ela.

O estabelecimento, que hoje chamamos de hospital, é um produto humano que tem sua formação desde a Antiguidade, onde eram conduzidas pessoas doentes, leprosas, órfãos, prostitutas, idosas etc<sup>32</sup>. O próprio termo hospital recebeu diferentes significados no decurso histórico em face das funções que exercia em cada momento, região, circunstância. Hoje consideramos hospital o local onde se levam ou se vão trabalhadores com certas doenças ou suspeita das mesmas ou até para prevenir algumas delas. Já na Antiguidade, sua expansão pode ser observada em razão do crescimento populacional, com a ampliação dos intercâmbios entre estrangeiros, portanto, com a circulação de pessoas entre as regiões<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> No Egito da Antiguidade, os hospitais foram representados pelo templo de Saturno e se desenvolveu no período da fundação de Alexandria, com sua universidade, biblioteca e intercâmbio com a Grécia. A figura do médico, já neste período, tinha grande valor de admiração. Assim, com o tempo e em diferentes locais os hospitais foram ganhando particularidades, combinando conhecimentos rudimentares de medicina com misticismo, e foram sendo ampliados em face das guerras e da assistência aos soldados. Na Roma antiga, os escravos doentes e inválidos eram conduzidos para um templo de Esculápio onde eram recolhidos e caso se restabelecessem tonavam-se livres (ABRIL CULTURAL, 1969).

<sup>33</sup> No livro, intitulado História e Evolução dos Hospitais, publicado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 1943, reeditado em 1965, considera que o termo hospital teve diferentes significados no decurso histórico, passando desde o local de assistência aos doentes ao local de abrigo, de asilo, de orfanato etc. Seu significado contemporâneo (à época – metade do século XX), entretanto, tem o mesmo significado de *nosocomium*, de fonte grega, que significa tratar ou receber os doentes. Considera que os hospitais têm origem a épocas anteriores ao marco de nossa era histórica, contudo acrescenta que com o advento do cristianismo houve certo impulsionamento de diferentes formatos e de serviços de assistência. Antes disso, situa que a história da medicina não se dá em concomitância com a história do surgimento dos hospitais, mas é anterior a esta. Acrescenta que a preocupação com o bem-estar próprio e o da família ocorre a partir do aumento da população e com a intensificação do tráfego, o que exigia maior preocupação coletiva com a saúde. Ressalta que as raízes mais remotas do surgimento dos hospitais podem ser vistas nas civilizações do Egito e da Índia.

Salvo diferenças, tanto na Antiguidade, quanto na Idade Média, eram conduzidas para estes estabelecimentos (alguns considerados templos) pessoas pobres, escravos, leprosos etc., cujo efeito e função predominante era o afastamento e isolamento das pessoas com determinadas doenças dos “saudáveis” ou dos “sadios”, posto que a assistência que eles recebiam não possibilitava, necessariamente, a cura, mas ainda assim recebiam, em níveis, intensidades, locais e circunstâncias diferentes, determinado nível de atenção<sup>34</sup>. Para Michel Foucault, até o final do século XVIII, estes estabelecimentos tinham por principal função constituir-se o lugar de morte. A medicina rudimentar era acessada, já nesta época, de formas diferentes para os pobres e para aqueles que podiam por ela pagar, isto para além de sua íntima relação com as concepções transcendentais e com as liturgias místicas<sup>35</sup>. A formação dos médicos dava-se a partir da transmissão de conhecimentos e habilidades entre mestres e discípulos. Na Idade Média, a Religião exercia certo domínio sobre esta área (ofício, disciplina etc.), donde se verifica os traços elitistas da formação de médicos na história. Para o nosso autor francês, entretanto, até os séculos XVII e XVIII, hospital e medicina não caminhavam juntos, apesar dele dizer que os médicos até realizavam visitas nos hospitais, mas, o curioso é que, apenas para visitar os “mais doentes entre os doentes”<sup>36</sup> (estamos no século XXI e este fenômeno não me parece tão distante).

Até aqui, portanto, podemos inferir que, salvo as diferenças, rupturas, particularidades, o hospital traz consigo, como componente de continuidade histórica, a objetividade de um estabelecimento que, em linhas gerais, convergem pessoas que em face de determinada alteração em seu estado bioquímico-físico e/ou psíquico buscam e/ou são conduzidas à

---

<sup>34</sup> Na Grécia, por exemplo, os enfermos recebiam um nível de assistência muito vinculada à rituais religiosos (as formas de escrita da época foram mantidas): “Os enfermos submetiam-se, fora do templo, a uma dieta severa, obrigatória. Deviam abster-se de vinhos e certas iguarias. Purificavam-se com banhos, massagens e unções, antes de lhes ser permitido transpor os umbrais do santuário. Ouviam a narração dos feitos de Esculápio, do sucesso das medicações empregadas no templo. Sacrificava-se um animal, geralmente cabra ou galo, oferecido pelo enfermo para tornar favorável o espírito da divindade. Seguiam-se preces fervorosas e cânticos compostos, segundo Platão, por poetas ligados ao culto de Esculápio. Vestidos de branco, passavam os enfermos a se submeterem a um rito especial de "incubação", que os levava ao sono. Deitavam-se sobre a pele do animal sacrificado e esperavam a visita do sacerdote que transmitia de viva voz, se o paciente estava acordado ou em sonho, se estava dormindo, a sugestão para o tratamento médico. Se o enfermo recuperava a saúde este fato era atribuído a um milagre, se morria, isto ocorria por ser indigno de viver. Além dos medicamentos (sal, mel, águas minerais), os enfermos eram submetidos a fisioterapia (banhos) e ginasioterapia. Havia bibliotecas, salas para os visitantes, para os sacerdotes, para seus auxiliares.” (BRASIL, 1965).

<sup>35</sup> A serpente, símbolo da medicina, correspondia, nos templos gregos, ao símbolo da divindade e de seu poder curativo.

<sup>36</sup> Nos termos de Michel Foucault (1979, p. 109): “Até meados do século XVIII quem aí detinha o poder era o pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas. O médico era chamado para os mais doentes entre os doentes, era mais uma garantia, uma justificação, do que uma ação real. A visita médica era um ritual feito de modo irregular, em princípio uma vez por dia, para centenas de doentes. O médico estava, além disso, sob a dependência administrativa do pessoal religioso que podia inclusive despedi-lo”.

assistência e atenção em algum grau e nível. O lastro de ruptura mais específico que ocorre na Modernidade é analisado mais de perto por Michel Foucault, com quem pretendo travar um certo diálogo reflexivo.

Caso minha interpretação esteja correta, a tese que Michel Foucault defende é a de que antes do final do século XVIII o hospital, tal como o conhecemos hoje, não existia como “instrumento de cura”, “tecnologia médica”, “máquina de curar” etc. Para ele, o surgimento do hospital na “tecnologia médica” e como instrumento de intervenção sobre a doença e sobre “o doente”, a partir de uma *prática de visita e de observação sistemática* data do final do século XVIII. Para tanto, ele nos situa que a Academia de Ciências da França requisita um estudo sobre a situação dos hospitais na Europa, que dentre os pesquisadores tem-se um médico, Tenon. Em seu texto, nosso autor francês não resalta alguns pontos importantes do contexto histórico desta época que, a meu ver, são cruciais para compreendermos sua tese sobre o surgimento da “máquina de curar”, como: a Revolução Industrial (mecanização da produção), a Reforma Protestante e a progressiva perda de domínio da Igreja Católica, a Revolução Científica (a expansão da experimentação e a leitura matemática da natureza com Galileu Galilei, Nicolau Copérnico, René Descartes, Isaac Newton, Immanuel Kant), o Iluminismo, o processo expansivo de urbanização (concentração de pessoas nas proximidades das fábricas), o crescimento populacional, a ampliação da produção e da circulação de mercadorias, a exponenciação do pauperismo em contrapartida da ampliação e concentração de riquezas, a ascensão política da burguesia e a formação do proletariado etc. É mais ou menos neste cenário e solo objetivo e subjetivo que ele opera sua tese do surgimento do hospital na Modernidade, sem, contudo, considerar, mais explicitamente, estas mediações e suas conexões com as rupturas e introdução de uma nova concepção de doença que ele aborda (doença como natural, mas influenciada pelo meio) e com o novo modelo de atenção hospitalar que se gestava. Contudo, ele traz algumas razões que se impõem como fundamento para esta mudança, que fez surgir, para ele, um “hospital medicalizado”.

O primeiro fundamento foi de que “surgiu” uma necessidade de acabar com a *desordem nos hospitais* e os efeitos negativos que ele produzia, donde a primeira ação sobre os hospitais não foi sobre “os doentes”, mas sobre esta desordem, postas de duas maneiras pelo autor: sobre o perigo que as doenças impunham aos internados e, em face da desordem, aos não internados, ou seja, havia o receio de que as doenças desenvolvidas inclusive nos hospitais se espalhassem na cidade, e a desordem de cunho econômico-social. Contudo, o curioso desta intervenção nas desordens é que elas ocorrem primeiro nos hospitais marítimos e militares, e não nos hospitais civis, segundo o autor. Sobre os militares, fundamentalmente,



ele vai dizer que seu “preço” encareceu com o advento dos fuzis e o seu custo aumentou em face das mudanças no treinamento desta força humana, donde emana a necessidade de não perder militares para a doença (lembramos aqui a mudança do sistema de produção feudal para o sistema capitalista, as expansões de mercado consumidor e os domínios de exploração coloniais). Quanto aos hospitais marítimos ele vai dizer que haviam um tráfico imenso nos hospitais e as autoridades financeiras protestavam sobre os contrabandos que eram operados, resultando disso legislações que autorizavam a realização de inspeções nos hospitais de modo a evitar que marinheiros, médicos, boticários burlassem o sistema alfandegário. Mas também surgem nestes hospitais, o problema da doença epidêmica, que exigia o período de quarentena (vale, mais uma vez, voltar naquelas mediações, um tanto não colocadas com a devida evidência pelo nosso autor, das mudanças no sistema de produção e expansão do capitalismo e de aumento de intercâmbio; de circulação de pessoas e mercadorias; da crescente exploração da classe operária; das aviltantes condições de vida desta classe que se avolumava, cujas implicações na deterioração da saúde eram inevitáveis; da necessidade de controle mais ampliado que se gestava sobre o proletariado etc.). Michel Foucault considera também que as legislações econômicas ficaram mais rigorosas neste período em razão do mercantilismo.

É nesta esteira que ele traz dois argumentos que sustentam as transformações fundamentais operadas na organização do espaço hospitalar e na concepção de doença desenvolvida neste período. A primeira ação que ele ressalta não se deu sobre “o doente”, mas sobre o espaço de organização hospitalar. Então, aos moldes dos preceitos da ciência experimental, o hospital passa a ser objeto de estudo, de apreciação sistemática, que precisa ser isolado, observado, medido e estudado em si. Daí que se contabiliza o número de “doentes”, a área útil do hospital, sua extensão e a altura das salas, a cubagem do ar, a taxa de mortalidade e a de cura, a relação entre patologia e o local de leitos de determinados “doentes” e/ou “pacientes”, a relação entre taxa de mortalidade e localização de “doentes”, os movimentos no interior dos hospitais, a rouparia, a ventilação, o ar, a temperatura etc. Com base nestes dados, ele faz um desenvolvimento argumentativo sobre a *técnica política da disciplina* e, como ela, é posta enquanto “panaceia” de enfrentamento do *problema da desordem*. A desordem, portanto, combate-se com *disciplina*. Diante disto, ele ressalta que a intervenção não se deu diretamente no “doente”, mas na organização espacial e na disciplina procedimental dos agentes em relação aos “doentes”. Outro aspecto curioso é que este fator que ele considera como técnica política, o disciplinamento, é um dos elementos de medicalização do hospital e, assim, acaba por operar e atribuir poder e, portanto, vulto político à medicina no campo hospitalar.

Salvo enorme equívoco de interpretação, parece-me que Michel Foucault apanha o hospital, forjado no final do século XVIII, como um lugar de cura em face da introdução da prática da medicina sistematizada, de cunho eminentemente disciplinador, ordenador, organizador, controlador, manipulador, ou seja, a mecânica disciplinada à cura. Antes deste período, o hospital era o lugar para morrer, agora é o lugar da cura. Indubitavelmente, parece-me que esta concepção muito se afina com os preceitos posteriores do Positivismo e da sociologia durkheimiana, com o movimento de progresso universal oriundo com o cientificismo etc. A distorção operada, a meu ver, reside no fato de que a medicalização do hospital não encerra necessariamente o conhecimento biomédico da doença e seu desenvolvimento intrínseco, mas nas condições objetivas do ambiente onde se dão o desenrolar da existência humana: vestimenta, alimentação, ambiente sadio, limpo, arejado, água potável etc., nas condições de vivência, portanto. Com esta interpretação, Michel Foucault reforça certa atribuição privilegiada de poder à medicina, como ele mesmo vai ressaltar quanto as liturgias nos espaços do hospital em relação aos demais profissionais de saúde em relação aos médicos: a disciplina, portanto, não se reduziu apenas aos “doentes”, mas também foi “aplicada” aos demais profissionais de saúde, impondo a estes, politicamente, um lugar de subalternidade em nome de uma aparência de conhecimento técnico-científico inquestionável, cuja essência reside objetivamente em sua dimensão de direção política do espaço hospitalar e sua organização administrativa. Esta condição concreta se perpetua até os nossos dias, o que, a meu ver, opera profundas distorções, que vão desde o monopólio do ensino e formação de médicos no Brasil até as discussões implícitas das disputas e tensões entre os demais profissionais de saúde e a medicina, que muito aparece nas defesas do modelo interdisciplinar, na defesa do trabalho em equipe, na busca pelo desenvolvimento da comunicação, aparece no debate da humanização, no problema mal colocado do *hospitalocentrismo* e, não podia ser diferente, no problema da “desospitalização”, que se apresenta também, em parte, como um modelo que reivindica ampliar o poder da equipe multiprofissional em relação ao poder médico no âmbito hospitalar (o que não ocorre, mas pelo contrário, só faz ampliar o poder médico).

Assim, caso a hipótese que aqui se traz for procedente, a continuidade, do ponto de vista do problema do hospital, é a manutenção da convergência de pessoas, hoje trabalhadores usuários, para buscar assistência. Contudo, com o advento da ciência e do conhecimento técnico-político sistematizado, esta busca por assistência ganha os ares, fundamentalmente, do sabor da cura, o que encerra avanço histórico e ganho da generidade humana. Deste modo, a ruptura ocorre em face das práticas, agora sistematizadas e com introdução de conhecimentos

científicos e tecnológicos, e do domínio da direção política do hospital, que antes correspondia, em primazia, à Religião e ao conhecimento mais ou menos leigo, com forte tonalidade mística e curandeira. Contudo, penso ser crucial considerar que os conhecimentos mais ou menos científicos não podem, em nenhuma hipótese, ser considerados propriedades privadas de uma ou outra profissão, mas, em face de sua determinação social, são produtos, indubitavelmente, da humanidade e a ela pertencem.

Disso resulta a questão da Reforma Sanitária, que consistiu em um movimento de defesa de uma saúde considerada não apenas como ausência de doenças, mas como um complexo que leva em consideração os determinantes e as condicionalidades do processo saúde-doença. O legado da Reforma Sanitária pode, em parte, ser expresso pela defesa de um sistema de saúde enquanto responsabilidade e dever do Estado, de direção social, de uma política universal, gratuita, integral e socialmente referenciada. Este movimento, portanto, vinha na contratendência da política de saúde privatista que antecedeu o SUS. No tempo presente, parece que estes traços fundamentais vêm sendo desbotados, sobretudo com o movimento “desospitalizador” que introduz mais força para os atendimentos dos interesses do setor privado de saúde, por uma face, e, por outra, verifica-se que aqueles que não podem comprar no mercado e não encontram os serviços sendo ofertados no SUS, tendem a ser pressionados ao emprego mais acentuado de alternativas terapêuticas semelhantes as realizadas anteriores ao SUS, implicando, neste sentido, um certo retrocesso ao que diz respeito a política de saúde. Destarte, o desenvolvimento e o aprimoramento das funções sociais do hospital quando da Modernidade traduz-se, em certa medida, em ganhos civilizatórios, contudo no atual contexto constata-se o deslocamento da positividade para uma negação aparente da medicina em relação ao hospital. De todo modo, este movimento ideopolítico de gerenciamento “desospitalizador” pode incidir sobre os segmentos mais pauperizados como vetor de retrocesso histórico. Entretanto, faz-se necessário desvelar como isto se dá no âmbito do modelo de “desospitalização”.

### **1.6 “Desospitalização”: um modelo ideopolítico de gerenciamento?**

Até aqui venho chamando o que muitos atribuem como “processo de desospitalização”, “serviço de desospitalização”, “tecnologia de desospitalização” etc., como “modelo de gerenciamento desospitalizador”. A questão que se coloca é: por que “modelo de gerenciamento desospitalizador”? Antes de responder esta problemática é preciso situar de onde estou partindo e o porquê? Nesta seção, vou trazer, fundamentalmente, uma discussão

que aparece como expressão de um dos vetores do Projeto Ético-político profissional em hegemonia dos assistentes sociais brasileiros, que consiste na produção de conhecimento mais ou menos vinculado à corrente que José Paulo Netto chamou de intenção de ruptura com o conservadorismo na profissão, cujo conduto se impõe parcialmente na forma literária, mais precisamente partícipe da totalidade da Biblioteca Básica do Serviço Social, publicado pela Cortez Editora. E por qual motivo um livro da Biblioteca Básica do Serviço Social? Sobretudo porque não se impõe apenas como vetor da produção de conhecimento, mas também em razão de sua determinação dimanar de uma discussão de um outro vetor do projeto da profissão em hegemonia. Assim, em parte vem medularmente implicado pelos debates ocorridos também a partir do projeto das Diretrizes Curriculares da ABEPSS<sup>37</sup> de 1996, que, em linhas mais gerais, por conta de sua dimensão mais ou menos democrática, posto que dentro das condições objetivas, subjetivos e sócio-históricas do momento de sua formulação, pôs-se em debate o conteúdo de sua imediata formulação, hoje por nós já conhecido, no âmbito da profissão. Deste modo, não declinando para uma afirmação da existência de uma falsa homogeneidade no âmbito desta categoria profissional, mas incorporando a leitura de que em uma forma mais ou menos democrática faz-se imprescindível observar que este vetor, como uma das mediações do Projeto ético-político profissional em hegemonia, igualmente determinado pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação profissional, ambos de 1993, a meu ver, requer ser observado sendo considerada a questão de que está, inevitavelmente, determinado por uma direção de profissão, vinculada mediamente a um projeto de sociedade. E aqui cabe considerar que o Código de Ética e a Lei de Regulamentação tem força mais ou menos imperativa, o que também não pode estar desvinculado de uma determinada direção, mesmo que nem sempre conscientemente, posto que determinado pela sociedade e o mover das classes e suas frações em luta. Deste modo, localizo-me precisamente na obra intitulada “Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica”, de Rodrigo de Souza Filho e Claudio Gurgel, cuja primeira edição data de 2016, e que compõe o volume nº 07 do projeto da Biblioteca Básica de Serviço Social. Assim, localizo a razão de escolher precisamente este Livro, posto que expressa uma dimensão da consciência, do real concreto, reproduzida na forma de livro ou na forma literária, publicado pela Cortez Editora. Deste modo, estou me situando neste livro parcialmente porque incorpora, objetiva e subjetivamente, conteúdos mais ou menos vinculados ao Projeto ético-político profissional do Serviço Social. Então, com base

---

<sup>37</sup> ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

nesta leitura possibilitada mais singularmente por Rodrigo de Souza Filho e Claudio Gurgel, quero trazer algumas formulações realizadas por estes autores em relação ao problema do “modelo de gerenciamento desospitalizador”. Antes de avançar, quero situar o leitor de que, por conta da então falta de unidade de tempo objetiva, que “deixarei” os autores falarem na narrativa desta seção, e, assim, já de início, observemos o que os autores consideram:

Outro aspecto que merece especial atenção refere-se à inexistência de particularidade do trato da gestão para a área do Serviço Social. Expliquemos: a gestão de políticas, programas, projetos e serviços não se constitui como uma atribuição exclusiva do assistente social, qualquer profissional pode vir a assumir a tarefa da gestão. Nesse caso, *o que está em jogo é a concepção de gestão que deve ser empreendida pelo profissional*. Poderíamos dizer, então, que *a relação entre a gestão e o serviço social refere-se diretamente à subordinação da concepção de gestão ao Projeto Ético-Político da profissão*” (2016, p. 10, grifos meus).

Após demonstrarem a conexão entre concepção de gestão e a sua implicação por determinado projeto de profissão, os autores estendem a funcionalidade do livro aos diferentes trabalhadores profissionais de saúde que compõem os quadros mais imediato do cargo de gestão, o que igualmente atinge nosso público alvo desta sistematização. Em seguida, eles vinculam sua concepção de gestão à perspectiva da democratização, cuja dimensão teórico-metodológica encontra-se ancorada no materialismo histórico-dialético; cuja dimensão ético-política funda-se na “perspectiva da contribuição à superação da ordem do capital” (2016, p. 15), e a técnico-operativa. Dentre uma das questões de preocupação dos autores quero ressaltar a consideração que eles realizam sobre “a distinção entre *objetivos institucionais* e *objetivos profissionais*” (2016, p. 17, grifos meus). Mais adiante, demonstrando sua interpretação da obra de Marx, eles trazem o problema da direção nos seguintes termos:

O autor [Marx – PBS] esclarece-nos que todo o trabalho coletivo ou social ‘requer em maior ou menor medida uma direção que estabelece a harmonia entre as atividades individuais e executa as funções gerais que decorrem do movimento do corpo produtivo total, em contraste com o movimento de seus órgãos autônomos’. Em seguida, Marx afirma que quando o trabalho coletivo se subordina ao capital e esse passa a definir a sua (do trabalho coletivo) direção, ‘a função de dirigir assume características específicas’. A ‘direção’ do trabalho social coletivo, nos termos apresentados por Marx, pode ser interpretada, sem dúvida alguma, como ‘administração’. ” (2016, p. 28).

Eles também consideram que a administração ao requerer determinada racionalidade, ela acaba por se impor como uma atividade “eminentemente humana e sempre estará presente nas ações que a humanidade se propuser visando atingir um objetivo proposto racionalmente,

definindo e utilizando recursos também de forma racional” (2016, p. 29). Mais adiante eles trazem a questão de que a razão é empregada tanto para definir a finalidade da ação administrativa quanto para estabelecer os recursos que serão utilizados para alcançar determinados fins (2016, p. 30). Contudo, eles não param por aí e trazem algo crucial, a meu ver, que é precisamente o poder de determinação da finalidade sobre os recursos utilizados e sobre a racionalidade implicada na administração. Assim, eles dizem: “A finalidade determina um tipo de racionalidade que orienta a escolha e a utilização dos recursos a serem manipulados. Ou seja, a racionalidade não está relacionada apenas à adequação do recurso ao fim, está, também, vinculada à definição da finalidade (2016, p. 30). Mais adiante eles incorporam outras mediações sobre este problema da finalidade:

[... – PBS] é importante economizar recursos, no entanto, o tipo de economia e o quantum que poderá ser economizado dependerão da finalidade que se pretende atingir. Essa questão é importante ressaltar, pois, muitas vezes, é atribuído à concepção democrática, voltada para a expansão de direitos, a inexistência da preocupação com o emprego econômico de recursos. A questão colocada corretamente, não está na inexistência da racionalidade do emprego econômico dos recursos. Como sublinhamos anteriormente, o emprego econômico não é definido abstratamente, ele está vinculado à finalidade que se pretende atingir. Ou seja, é a partir da finalidade que se torna possível definir que tipo e o quantum de recursos deverão ser economizados, em relação ao tempo e à quantidade de meios utilizados (2016, p. 31-2).

Outro ponto cirúrgico abordado pelos autores, ainda sobre o problema da finalidade é que, “a finalidade que orienta a gestão encontra-se num leque de possibilidades que varia entre orientações radicalmente destinadas à manutenção da ordem de exploração/dominação e aquelas radicalmente posicionadas em defesa de um mundo de liberdade para todos” (2016, p. 33). Caso não esteja incorrendo em distorção interpretativa sobre esta última formulação dos autores, poderia dizer também que este leque de possibilidades posto é o mesmo que o ponto de partida imediatamente orientador, que pode angular em 360°, contudo suas determinações angulares encerram fundamentalmente duas direções radicalmente opostas para cada angulação do eixo de partida. É o que, em linhas gerais, posta de forma radical, os autores estão chamando de relações sociais capitalista alienadas, que informa uma orientação radical, ou, em sua direção radicalmente oposta põe-se a construção e o mover em direção à uma sociedade cujas relações sociais de produção e reprodução informem a emancipação humana de forma plena. E com isso, em sociedades de classes, onde uma explora e concomitantemente domina a outra, o problema da administração é implicado pelo problema da dominação. E, assim, sentenciam: “a administração numa sociedade de classes é a forma de realizar/materializar a dominação enquanto finalidade da classe dominante, em contexto de

luta entre as classes. O que imprime à administração um caráter contraditório” (2016, p. 33). Diante desta configuração, afirmam também que os conflitos e as contradições põem-se como elementos predominantes quando do processo de gestão sustentado em uma perspectiva e direção crítica. E, concluem que:

[... – PBS] o tratamento do tema referente à gestão deve resgatar a articulação dialética entre política/finalidades e utilização de recursos/meios/técnicas. A conjuntura neoliberal que privilegia as análises tecnicistas, partindo do entendimento que a finalidade de administração está dada (expansão da sociedade capitalista), não pode ser argumento para que não tratemos da questão da gestão/administração; muito pelo contrário, devemos enfrentar essa disputa revelando as conexões entre fins e meios de qualquer expressão concreta da administração (2016, p. 35).

Dito isto, a preocupação dos autores passa agora com o problema do objetivo do capital posto que este encerra uma daquelas angulações diretivas de oposição radical. Assim, eles resgatam a seguinte formulação de Karl Marx: “o objetivo que determina o processo de produção capitalista é a maior autovalorização possível do capital, isto é, a maior produção possível de mais-valia, portanto, a maior exploração possível da força de trabalho pelo capitalista” (apud 2016, p. 36). Neste movimento reflexivo, resultam duas maneiras de se extrair a mais-valia: a realizada por meio da ampliação da jornada de trabalho (mais-valia absoluta) e aquela efetivada pela via da redução de tempo de trabalho necessário, aumentando, com isto, a produtividade do trabalho (mais-valia relativa). Posto isto, eles revelam a seguinte localização:

É precisamente na apropriação privada do valor produzido durante o tempo excedente que reside a exploração operada nas/pelas relações sociais do mundo do capital. Considerando que a *tendência* do sistema é ampliar a produtividade do trabalho para ampliar a mais-valia (relativa) produzida, a *tendência* é ocorrer o aumento do capital constante (meios de produção, principalmente em novas tecnologias) e redução do capital variável (força de trabalho necessária para a produção). Por isso, a síntese contraditória do sistema expressa-se na acumulação de riqueza e pauperismo (2016, p. 37).

Após considerar as duas tendências acima, aumento do capital constante e o aumento da produtividade do trabalho, os autores fazem a conexão da finalidade das relações de produção e reprodução do capital com o problema da administração da sociedade capitalista, nos termos deles:

[...- PBS] a administração da sociedade capitalista deve possuir como *finalidade*, do ponto de vista da *produção social*, *viabilizar a dinâmica de exploração da classe trabalhadora, por intermédio da produção da mais-valia, e possibilitar a*

*apropriação privada da riqueza produzida socialmente. Do ponto de vista da reprodução social, a finalidade do sistema capitalista deve estar orientada para garantir uma ordem social, política, jurídica e cultural fundada na dominação de classe que possibilita a manutenção da dinâmica de exploração no campo da produção* (2016, p. 38, grifos dos autores)

Diante do exposto, os autores afirmam que a dominação capitalista se impõe para viabilizar a determinação fundamental da exploração do capital. Dito isto, eles abordam a mediação do Estado, no problema em questão, nos seguintes termos:

Enquanto superestrutura jurídica e política, o Estado não é a expressão da universalidade, mas sim a expressão das relações sociais de produção existentes na sociedade (estrutura econômica). No caso da sociedade capitalista, o Estado será estruturado tendo como base a relação de exploração estabelecida pelo capital. O Estado, assim, representa o principal instrumento de dominação de classe para garantir a manutenção e a reprodução das relações sociais estabelecidas pela ordem do capital (2016, p. 39).

Quanto ao problema da dominação os autores consideram que, em linhas gerais, diferentemente do escravismo e do feudalismo em que a dominação era efetuada de forma tipicamente coercitiva, agora no capitalismo a dominação ocorre pela mediação do vetor da troca, uma forma de intervenção que deva parecer “universal”, de modo que, ao fim e ao cabo, pareça legítima.

A dominação para ser legitimada na sociedade capitalista se reveste, por um lado, de uma “racionalidade” formal-legal que omite e/ou naturaliza a sua finalidade (viabilizar a produção e apropriação privada da mais-valia, através da exploração da força de trabalho), destacando apenas a sua dimensão instrumental. Por outro lado, esta legitimidade só é possível se a própria classe explorada/dominada, de alguma forma, consente essa relação. Esse consentimento é obtido, como já nos referimos anteriormente, pela difusão de ideias, mas também pela efetivação de concessões realizadas principalmente pelo Estado, em nome de sua atenção para com determinadas necessidades e demandas das classes exploradas. É exatamente isso que consiste a aparente universalidade do Estado, que também o constitui, e de que tratamos anteriormente (2016, p. 41-2).

Mais a frente os autores acrescentam que sua interpretação de dominação não se reduz à concepção de Max Weber que consiste em uma relação de mando e obediência, mas que a abarca em sua determinação de dominação de classe e que, neste sentido, a administração realiza-se como dominação de classe, contudo não descartam a possibilidade de que mesmo em sociedades de classes “determinadas dimensões do Estado podem ocorrer dinâmicas administrativas menos vinculadas à lógica da dominação” (2016, p. 47). Logo em seguida, depois de um produtivo debate com Max Weber sobre suas tipologias ideais e sua concepção de burocracia, a qual as situa na história, trazem a seguinte formulação:



Os elementos racionalidade, dominação, legalidade, formalidade e especialização da administração capitalista que Weber, abstratamente, incorpora em sua tipologia ideal na burocracia, na verdade são partes das determinações efetivas, no sentido marxiano, que fazem com que a administração capitalista seja adequada à produção e apropriação privada da mais-valia. Por isso, podemos dizer que a administração, em sua particularidade concreta na sociedade capitalista, realiza-se como burocracia. Inclusive os traços ideológicos, no sentido ilusórios, de características da burocracia (impessoalidade, meritocracia, legalidade, separação entre propriedade e gestão) cumprem papel nas relações de exploração e de dominação do sistema. Projetando no campo político, de onde a economia não se afasta, algumas dessas características (legalidade, impessoalidade, meritocracia) compõem o imaginário da democracia liberal (2016, p. 56)

De outro modo, os autores também fazem a discussão do problema da gestão no processo de democratização e trazem, ao fim e ao cabo, a seguinte formulação de gestão democrática:

A atuação no campo da gestão é um desses espaços que não estão diretamente vinculados àquela disputa do poder do Estado, destacada anteriormente. Entretanto, essa atuação, ao se pautar numa perspectiva de *gestão democrática, deve possibilitar, tanto no campo da produção quanto no da reprodução social – seja em organismos empresariais, da sociedade civil ou do aparelho do Estado – desenvolver ações administrativas que venham a contribuir com o processo de democratização*. A gestão democrática, ao mesmo tempo efeito e causa da radicalização da emancipação política, pode contribuir com o processo de construção da emancipação humana, impactando o tempo de trabalho necessário (trabalho pago) e o excedente (trabalho não pago), tensionando, dessa forma, a reprodução ampliada do capital, nos termos antes desenvolvidos. Essas seriam as determinações gerais de uma gestão democrática, na concepção aqui desenvolvida (2016, p. 72, grifos dos autores).

Mais adiante, eles defendem que há dois desafios permanentes à administração capitalista e à sua teoria, que consistem na elevação da produtividade de modo a atingir o máximo de excedente por hora e a questão da obtenção da “cooperação dos trabalhadores, para evitar os custos adicionais da imposição e da violência para extrair sua produção” (2016, p. 85). Diante disso, para dizer que as teorias organizacionais, tal como a burocracia, são “técnicas e ideologia totalizadas e apresentadas como ciência da gestão” (2016, p. 86), o que significa dizer que são modos de operar a realização da dominação de classe, antes eles lembram que a burocracia encerra a forma de administração do modo de produção capitalista. Assim, considerando que a dominação de classe é legitimada pela propriedade privada dos meios de produção, declaram que o direito implica forma de expressão desta dominação de classe, assim “como a subsunção econômica do trabalhador, a violência física e psíquica e o envolvimento ideológico também o são” (2016, p. 86). Nesta direção, e mais adiante, com

vistas a decifrar a administração capitalista contemporânea, eles abordam a questão do taylorismo, definindo-o como “o conjunto de elementos técnicos e ideológicos produzidos por Frederick Taylor, no final do século XIX e início do século XX” (2016, p. 87). Contudo, fazem a observação de que o taylorismo não se reduz a Taylor, mas que encerra um paradigma. Aqui, o problema a ser resolvido é a ineficiência, cuja resposta de Taylor foi a produção de uma “bateria de procedimentos e orientações político-ideológicas destinados a elevar a produtividade e obter cooperação.” No primeiro grupo, encontra-se “como ponto de partida, a expropriação do conhecimento do trabalhador, que se expressa no saber fazer, nos movimentos feitos para produzir e no tempo que é necessário a essa produção” (2016, p. 88). Para além desta apropriação, Taylor também via como problema a teoria das lutas de classe. Neste ponto ele opera negando-as e, em seu complemento tático neste vetor ideológico, ele ainda culpabiliza os trabalhadores como preguiçosos, indolentes e naturalmente ineficientes. Nesta empreitada de Taylor, não é preciso dizer que ele igualmente ataca os sindicatos e toda teoria que põe em evidência as contradições de classe, posto que estes tendem a atuar no vetor da consciência de classe, podendo com isto, a partir da construção de uma consciência histórico-crítica, dificultar suas táticas de cooptação dos trabalhadores em prol da produtividade do trabalho e, por conseguinte, no âmbito desta ordem político-econômica, da acumulação do capital.

Quanto à administração flexível, que se põe com maior força com a crise do capital e de seu modelo de produção predominantemente fordista, verifica-se a defesa da inovação. É preciso inovar o modo de produzir e com isto despadronizar o modo de produzir vigente, o que deságua tanto na instauração mais acentuada do modelo de mercadoria de ultra obsolescência como também nas mudanças na própria função do Estado, donde o mercado, a partir desta estruturação produtiva, põe novas exigências de regulações que subtraem proteções trabalhistas e regulações estatais mais favoráveis aos interesses de acumulação do grande capital. Nas palavras de Rodrigo Souza Filho e Cláudio Gurgel:

*A administração flexível* flexibiliza o produto, que se descarta a curto prazo e se torna obsoleto com celeridade (obsolescência planejada e acelerada; gestão da qualidade); flexibiliza a circulação, os pontos de venda, ao explorar a virtualização, facilitada pela *internet*; flexibiliza o contrato de fornecimento e de prestação de serviço com a terceirização e as parcerias, negociadas e renegociadas a qualquer momento; flexibiliza o contrato de trabalho em vários planos: exige a funcionalidade polivalente (multifuncionalidade), a disponibilidade da força de trabalho de acordo com a conveniência da empresa (horário flexível, *house-work*, banco de horas), a dispensa de obrigações sociais e trabalhistas (trabalhador jurídico) e algumas vezes o próprio salário (remuneração flexível). **Dá-se ainda, no desenvolvimento destas flexibilidades práticas, a leniência ética e ideológica, a flexibilização da**

**subjetividade do trabalhador – absolutamente necessária à sua submissão ao capital** (2016, p. 108, os itálicos dos autores e o negrito é meu).

Com a ascensão do toyotismo, enquanto sistema de produção, verifica-se que, diferentemente do fordismo pautado em mercadorias duradouras, padronizadas e produzidas em larga escala, o sistema Toyota pauta-se pela diversificação da produção, número reduzido de trabalhadores operando diferentes máquinas simultaneamente, produção em pequenos lotes, princípio da organização do processo de trabalho com o máximo de aproveitamento do tempo etc. Nas palavras do difusor do sistema Toyota de produção, este “é um método para eliminar integralmente o desperdício e aumentar a produtividade” (OHNO, *apud* SOUZA FILHO; GURGEL, 2016, p. 113). Ou seja, trata-se de um modelo que abarca a redução de custos como um fator promotor de lucro. Mais adiante os autores em diálogo, assim dizem:

Dentre os traços de caráter ideológico presente no toyotismo [... – PBS] está a questão da participação. A participação nessa dinâmica de gestão se limita a criar um clima de equipe que possibilite aumentar a produtividade, convocando os trabalhadores a ‘participar’ do processo de produção. No entanto, o chamamento à participação se restringe ao ‘como fazer’. Pois, as decisões sobre ‘o que fazer’, ‘para que fazer’ e ‘quanto fazer’ continuam centralizadas na estrutura de comando estratégico da empresa, de que os trabalhadores não participam. Esse processo, conforme analisa Cesar (1998, p. 124), ‘a despeito do discurso gerencial sobre a técnica – na realidade, estão mobilizando uma ação eminentemente política, que tem na subordinação ‘consentida’ dos trabalhadores a expressão máxima da subsunção do trabalho ao capital (2016, p. 118).

Diante do exposto, penso ser mais ou menos possível ponderar que a chamada “desospitalização” ou “processo de desospitalização” pode implicar um modelo que encerra determinado processo de trabalho no âmbito do SUS, posto que se pretende atingir os diferentes níveis e áreas do sistema, cujo eixo determinante das ações encontra-se na alta hospitalar e todo o processo de trabalho passa, nesta lógica “desospitalizadora”, a se organizar com base na redução de custos e conseqüentemente na unidade de tempo de internação. Considerando a quadra histórica em que este modelo é pensado e implementado, podemos também ponderar seu potencial ideopolítico favorável, em última instância, aos processos de usurpação de capacidades humanas ultra ampliadas realizado pelo grande capital. Na revisão, pôde-se constatar que os autores apesar de encontrarem uma realidade que parcialmente nega as pretensões do modelo “desospitalizador”, ainda assim o informam como necessário e acabam por defendê-lo, mesmo até quando identificada a sua incoerência. Outro aspecto possível de se notar nas formulações de concepções de “desospitalização” foi a não visibilidade ao vetor econômico plasmado na forma de “redução de custos” presente como

objetivo na política de Atenção Domiciliar, que, independentemente da vontade dos sujeitos envolvidos, tende a dar direção ao conjunto de ações realizadas pelos trabalhadores profissionais de saúde no âmbito do modelo “desospitalizador”. Assim, a meu ver, a “desospitalização” não pode implicar outra coisa senão um modelo de gerenciamento ideopolítico que tende a transferir e compartilhar responsabilidades do Estado burguês com a questão primordial da atenção em saúde de nível terciário para os próprios trabalhadores usuários, suas famílias principalmente e para a sociedade civil, a partir de uma organização de trabalho voltada para a alta hospitalar, cuja cooperação dos trabalhadores profissionais de saúde na esfera da difusão e aceitação política do “processo desospitalizador” faz-se como um dos momentos cruciais à efetivação do modelo, o que requer competências e atribuições voltadas à articulação de um conjunto de personagens implicados por este modelo, dentre os quais estão no primeiro patamar os usuários e suas famílias, no segundo patamar os profissionais de saúde e a rede de serviços, no terceiro patamar a comunidade e o chamado “terceiro setor”. É evidente que não se esgota nestes personagens e muito menos que se trata aqui de uma hierarquização modelar, mas que são os principais atores deste elenco em um certo grau de importância diretiva. Assim, considerando a realidade mais ampla de implementação deste modelo, parece-me que na ausência e/ou na precarização de recursos objetivos (material, humano, tempo, espaço etc.) para serem viabilizados pela política de saúde, não pode restar em primazia outra coisa senão a convocação de competências e habilidades de matiz ideopolítico na condução do “modelo de gerenciamento desospitalizador”. É o que buscaremos demonstrar no capítulo 2.

## **2 AS ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA “DESOSPITALIZAÇÃO”**

Um dos objetivos deste TCR, como já sublinhado, foi minha intenção de verificar qual a força implicativa do modelo “desospitalizador” sobre a conformação das atribuições profissionais dos assistentes sociais. Antes de trazer o que a revisão em tela nos revela parcialmente, penso ser necessário resgatar em quais bases fundamentais irei me apoiar para pensar a relação entre “desospitalização” e atribuições profissionais dos assistentes sociais. Também aqui, não posso me furtar de dizer que não será possível desenvolver algumas importantes mediações presentes no debate. Assim, abordarei, inicialmente, algumas formulações desenvolvidas em meu Trabalho de Conclusão de Curso na graduação de Serviço Social, apresentado em 2017 à Escola de Serviço Social da UFRJ e em seguida trarei a análise dos dados levantados na revisão integrativa.

### **2.1 Para a construção das atribuições profissionais vinculadas ao Projeto Ético Político Profissional em hegemonia**

Parto do suposto que as atribuições profissionais dos assistentes sociais podem fortalecer os interesses dos trabalhadores usuários do SUS, em face da contradição imanente às relações sociais capitalistas. A perspectiva que me apoio, do ponto de vista teórico-metodológico e ético-político, encerra estratégias e táticas (PAULA, 2016) que potencializem as forças organizativas da classe trabalhadora. Para isto, ao serem chamados para operacionalizarem ações profissionais, no sentido de prestarem serviços de qualidade e comprometidos com a direção social crítica e de fortalecimento do protagonismo dos usuários, cabe aos assistentes sociais compreenderem a realidade social e, nesta, suas atribuições socioprofissionais e políticas. Neste sentido, pesquisar, investigar, debater as atribuições da profissão é refletir sobre o Serviço Social brasileiro, por conseguinte, é possibilitar a articulação de respostas qualificadas prestadas aos trabalhadores usuários dos serviços sociais, é, portanto, manter vivo os princípios do código de ética profissional<sup>38</sup>. Para

---

<sup>38</sup> Estamos nos referindo mais especificamente aos princípios 8 e 10 do Código de Ética Profissional das/os assistentes sociais, a saber, respectivamente: 8) opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; e, 10) compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (CFESS, 1993).

Matos (2015, 679-680) debater as atribuições, no tempo presente, é de crucial relevância. Nos termos do autor:

Promover uma reflexão sobre atribuições e competências é discutir a particularidade da intervenção profissional na divisão social e técnica do trabalho, num contexto contemporâneo, em que empregadores vêm buscando ditar como e de que forma devem trabalhar os(as) assistentes sociais. Assim, hoje, profissionais de Serviço Social atuam em programas e projetos governamentais federais que determinam não apenas quais serviços devem ser desenvolvidos nos municípios — por meio do repasse de financiamento —, mas também vêm buscando determinar como deverão intervir os(as) profissionais que lá atuam, inclusive assistentes sociais. Tal determinação tem vindo por meio de vários documentos sobre como, de que forma e com quais profissionais a categoria de assistentes sociais deve intervir.

Deste modo, investigar as atribuições profissionais pode proporcionar maior compreensão da realidade social, institucional e profissional. Também pode possibilitar respostas profissionais mais qualificadas no enfrentamento das manifestações da “questão social”, na perspectiva mesma de descortinar alternativas estratégicas de resistência às intempéries deste tempo sombrio de ascensão despudorada do conservadorismo, do reacionarismo e do neofascismo que assolam a vida social em nosso país. Por certo, não há dúvidas de que o aprofundamento da investigação do objeto em pauta interessa à categoria profissional dos assistentes sociais, haja vista que tal temática está presente nos principais debates e preocupações das entidades profissionais do Serviço Social. É de total interesse das Comissões de Fiscalização dos CRESS, que tem encontrado diversas dificuldades de reafirmar a importância do trabalho profissional neste contexto de desprofissionalização. O estudo rigoroso daquilo que faz o assistente social, igualmente interessa aos usuários dos serviços de saúde. Acontece que o aprimoramento de suas competências profissionais pode corroborar para a construção de táticas que objetivem ampliar as forças dos usuários no interior das lutas travadas no seio institucional. Igualmente interessa as unidades de formação profissional, na medida em que este pode apontar as tendências das atuais requisições do mercado de trabalho e do perfil de profissional que este mercado almeja. É, sobretudo, de tamanho interesse para os assistentes sociais, na medida em que seu possível potencial explicativo das atribuições socioprofissionais venha, quiçá, reduzir as imprecisões, ambiguidades, paradoxos e dúvidas existentes em relação, fundamentalmente, ao nosso objeto de intervenção. Conseqüentemente, a contribuição ao debate das atribuições socioprofissionais tende a adensar o arcabouço teórico-metodológico com vistas ao aprimoramento da dimensão técnico-operativa do Serviço Social. Isto porque a categoria

profissional vem demandando certo desenvolvimento de conhecimentos desta dimensão da categoria profissional. Sendo assim, penso ser notória a relevância de se investigar as atribuições dos assistentes neste contexto de reestruturação produtiva, de reconfiguração do papel do Estado e das políticas sociais, de instituição prescritivas de parâmetros de trabalho profissional pelas políticas sociais, de instauração de atividades compartilhadas entre diferentes profissões, donde se averigua certa defesa da transdisciplinaridade. Tal conhecimento só tem sido possível porque estudos e pesquisas já realizados e em andamento tem desvelado este cenário de ataques, desmontes e de redesenho das profissões e, neste campo, de sua profissionalidade. Estas apontam para a necessidade de se continuar as pesquisas sobre a temática em pauta, especificamente quanto às investigações setorializadas, que neste TCR referem-se as atribuições profissionais dos assistentes sociais no âmbito do “modelo de desospitalização”.

Assim, compreendo que o debate sobre as atribuições profissionais, incluso nestas as atribuições privativas, requer inexoravelmente o desvelamento do real concreto em suas totalidades de múltiplas mediações autoimplicadas. As atribuições profissionais encerram a força materializadora do projeto ético-político profissional. A incompreensão das atribuições pode significar a própria incompreensão dos objetivos do projeto ético-político, e, por fim, do próprio projeto. Isto significa inevitavelmente a diluição dos conteúdos concretos do projeto e da direção social estratégica formulada pela categoria profissional. Deste modo, reside no debate das atribuições profissionais o momento ímpar do problema de que ação realizar e de qual projeto ela está direta e/ou indiretamente vinculada? Com isto, considero como pressuposto que não basta identificarmos os conteúdos efetivados no trabalho profissional, mas é igualmente imprescindível o desvelamento da forma a que imediatamente e mediadamente este conteúdo corresponde. Assim, dimana minha compreensão de que todas as atribuições profissionais dos assistentes sociais encerram ações ou atividades profissionais, contudo nem todas as atividades profissionais implicam em atribuições profissionais, mas podem plasmar atividades atribuídas. Vamos desenvolver esta reflexão.

O debate sobre as atribuições profissionais, a meu ver, ainda carece de aprofundamentos teóricos, muito embora se verifique que ele permeie todas as reflexões realizadas pela categoria profissional quando tangenciadas pelo trabalho profissional, posto que sem a força de trabalho ou, configurando para o problema da profissionalidade, sem a atribuição profissional não há, salvo as devidas mediações, [re]criação de mais valor e não há atendimento das necessidades sociais e assim não há ser social. É precisamente a força de

trabalho mais ou menos teleologicamente direcionada, que confere aos humanos esta condição específica de humanos. Assim, não há assistente social sem a força de trabalho mediada pelas atribuições profissionais, seja objetivamente concretizada ou seja formalmente legitimada. O que o assistente social faz é indubitavelmente uma questão ineliminável da profissão e de seus exemplares. Considerando que estas ações visam dar respostas as refrações da “questão social”, nota-se que o pressuposto é o de que as atribuições profissionais se moldam conforme os enfrentamentos realizados, no âmbito das relações sociais que informam o trabalho assalariado, pelos exemplares da categoria profissional e vai se ampliando conforme as mediações dos sujeitos conformadores da profissão, como as Escolas de formação, os Conselhos, as Associações, os Sindicatos etc. Daí que é estranho prescrever manualmente um receituário de conteúdos concretos de atribuições profissionais para cada requisição ou demanda que chegam ao exemplar ou à categoria profissional, posto que a dinâmica societária é processual, histórica, dialética. Por isto, a importância das competências profissionais.

O que quero dizer é que o problema das atribuições profissionais sempre terá um outro problema que o condiciona, que são as mudanças societárias oriundas, em última instância, das necessidades do capital de ampliar sua acumulação de mais valor. Este movimento, permeado por crises e as respectivas respostas das classes fundamentais em relação a elas, impacta o mercado de trabalho, alterando suas relações e processos, subsumindo os trabalhadores a uma relação de precarização, de ampliação das demandas, de intensificação do trabalho, de vínculos fragilizados, de rebaixamento salarial etc. Essas transformações traduzem-se em pressupostos para a análise das atribuições profissionais na medida em que a crise estrutural do capital, ao incorrer na reestruturação produtiva, na reconfiguração do papel do Estado, tende a remodelar não apenas as políticas sociais, mas também as relações de trabalho. Nesse sentido, o trabalho profissional dos assistentes sociais, ao ter as políticas sociais como solo primordial de atuação, vê-se igualmente tocado por estes processos de mudanças sociais, onde as atribuições profissionais são confrontadas pelas ações atribuídas tanto pelas instituições quanto pelas políticas sociais nos diferentes espaços de trabalho profissional, mediado pelo assalariamento.

Na segunda metade dos anos de 1990, verifica-se as primeiras preocupações com as atuais atribuições privativas e as competências profissionais inscritas na Lei nº 8662/1993. Deste então, este debate faz-se presente no conjunto da categoria profissional. Em 2012, o CFESS republicou a brochura “Atribuições Privativas do/a assistente social: em questão”,



cuja primeira edição data de 2002. Neste decênio, entre a primeira e a segunda edição, o debate sobre as atribuições profissionais permeou as discussões realizadas pela categoria profissional, donde se verifica um acervo de documentos, bibliografias e normatizações (resoluções) sobre a questão (CFESS, 2012). Em 2015, na ocasião da comemoração do dia do assistente social a temática das atribuições profissionais foi uma das escolhidas para divulgar o trabalho profissional. Em 2018, a quarta edição da ABEPSS Itinerante elencou como tema “Os fundamentos do Serviço Social: as atribuições e competências profissionais em debate”, cujo sentido foi o de enfrentar o avanço das forças conservadoras na formação e na intervenção profissional. Neste ano que terminou, o maior evento da categoria profissional dos assistentes sociais, o 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBASS), já em sua mesa de abertura pôde-se ouvir algumas reflexões atinentes às atribuições profissionais. Assim, a discussão sobre as atuais atribuições profissionais com recorte para sua qualificação de privativa data da segunda metade dos anos de 1990, mais especificamente, a partir do artigo “O Serviço Social como trabalho: uma contribuição ao debate sobre as competências e atribuições profissionais”, de Ana Maria Arreguy Mourão e Beatriz Augusto de Paiva (1997), e do Parecer Jurídico nº27/1998, de Sylvia Helena Terra, ambos produtos de encaminhamentos da Comissão Nacional de Fiscalização e Ética (COFISSET) ocorridos em 1996. Nesse período, a preocupação que gestou a necessidade do debate sobre as atribuições privativas deveu-se aos questionamentos ocorridos no interior das comissões de Fiscalização (COFI) e pelos agentes Fiscais quando da necessidade de identificar as competências profissionais e distinguir as atribuições profissionais dos assistentes sociais (CFESS, 2012). Esta preocupação não tinha por objetivo questionar o “texto legal, mas o aprimoramento da sua interpretação, na perspectiva do fortalecimento do trabalho profissional de agentes fiscais e assistentes sociais” (CFESS, 2012, p. 23). Nesse sentido, o CFESS abriu o debate e solicitou aos serviços de fiscalização dos CRESS que relatassem as dificuldades encontradas em relação as atribuições privativas. Destarte, os CRESS enviaram três ordens de dificuldades, quais sejam: as relacionadas à interpretação do art. 5º, da Lei nº 8662/1993; questões atinentes às condições de contratação e relativas à qualificação profissional; e, as dificuldades concernentes à identificação das atividades e dos objetivos profissionais.

Diante destas questões, Ana M. A. Mourão e Beatriz A. Paiva (1997, p. 4), pioneiramente, iniciam a discussão para o aprimoramento interpretativo das atribuições privativas. Nesta direção, informam que o desempenho dos assistentes sociais coloca “em ação um conjunto de objetivos e de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos

quais são elaboradas respostas concretas às necessidades sociais que nos são demandadas pelos usuários, instituições empregadoras e conseqüentemente pela sociedade em geral”. Com isto, as autoras ressaltam que por meio de determinadas competências e através de certos procedimentos, os assistentes sociais veem-se capacitados para dar intencionalidade sócio-histórica às suas ações. Nesta perspectiva, as ações profissionais sustentam-se num determinado conhecimento teórico que imprime à atuação profissional, no conjunto da divisão social e técnica do trabalho, particularidades em face de sua especialização no âmbito do processo de trabalho coletivo. Conforme as autoras, o processo de trabalho implica num determinado objeto ou matéria-prima, sobre o qual recai a ação do profissional. No caso do Serviço Social, conforme as autoras, a matéria-prima sobre a qual incide as ações dos assistentes sociais consiste nas expressões da “questão social”. Entretanto, o trabalho dos assistentes sociais é originário das requisições socioinstitucionais e, por esta razão, suas atribuições profissionais resultam das necessidades sociais gestadas na luta de classes ocorridas no estágio monopolista do capitalismo. Não obstante, as ações dos assistentes sociais que incidem sobre seu objeto de intervenção não ocorrem diretamente: faz-se necessário o emprego de meios ou conhecimentos de trabalho para atuar sobre o objeto em questão. Nesse sentido, Ana Mourão e Beatriz Paiva (1997, p. 11, grifos meus) enfatizam que:

Nenhum procedimento, meio ou instrumento está desvinculado de uma intencionalidade, de um *objetivo claramente delimitado pelo profissional*, para além da *requisição da instituição*, cuja demanda nos é colocada sem qualquer lapidação teórica e ético-política, sem as referências que a profissão formulou, enquanto saberes e projeto profissional”.

Neste horizonte, diante das requisições institucionais que chegam aos assistentes sociais cabe a estes realizarem ações críticas, criadoras/propositivas, autônomas e responsáveis na efetivação de seu trabalho. Cabe, portanto, ao profissional dar sentido teleológico ao produto de seu trabalho. Acontece que das lutas entre as classes fundamentais instauram-se as demandas sociais, que ao serem parcialmente institucionalizadas passam a requisitar o trabalho de diferentes ofícios tomados como profissionais. Nesta relação, cabe a estes “trabalhadores profissionalizados” dar respostas resolutivas às requisições conforme seus conhecimentos adquiridos, ou seja, conforme suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Também cabe ao trabalhador profissionalizado apontar a direção, a infraestratégia possível e suas respectivas táticas, assim como os recursos que se dispõem e as “alternativas para coloca-los em ação” (MOURÃO; PAIVA, 1997, p. 11). Para

tanto, é imprescindível o emprego da pesquisa e do conhecimento da realidade, condições necessárias à consecução do trabalho profissional. Para além destes instrumentos, a realização do trabalho profissional está hipotecada a existência de algumas determinações que precisam ser consideradas em razão da realização dos objetivos profissionais:

Por um lado a solidez teórica, o manejo seguro e habilidoso dos procedimentos técnico-operativos, a clareza, a firmeza e a justeza das convicções ético-políticas, tudo aquilo que podemos aprimorar individualmente e como trabalhador coletivo, por outro lado, tem-se, em contradição, as relações de poder institucionais, a competitividade entre os diversos trabalhadores, as ingerências das causas privadas sobre os interesses públicos, entre as influências mais importantes e comuns (MOURÃO; PAIVA, 1997, p. 12).

Diante destas determinações, é que se coloca a necessidade de se conhecer a realidade social na qual se dará a intervenção profissional com base nas competências e nas atribuições profissionais, dentre as quais as privativas. Assim, não é exagero dizer que com base no projeto ético-político profissional em hegemonia uma das atribuições profissionais basilares dos assistentes sociais é a pesquisa teórica, a capacitação permanente, a leitura, o estudo etc., o que informa sua natureza intelectual, posto que sua determinação de força profissional (atribuições profissionais) o exige a mediação da capacidade (competências profissionais) para ser certo profissional. Aqui cabe dizer, a meu ver, que não incorremos em nenhuma dicotomia, caso eu esteja compreendendo adequadamente o preceito de “dicotomia”. Embora, este espaço ainda não me permita desenvolver este problema, penso que se faz necessário apenas dizer que atribuições e competências são componentes ontológicos autoimplicados no modo de ser das profissões. Atribuições e competências são mais ou menos diversidades no âmbito da unidade total do trabalho profissional. As atribuições profissionais só podem em face das competências profissionais, e, estas, só são em razão daquelas. Na ação profissional, cabe lembrar, que a força movente do exemplar da categoria profissional não apenas desloca, modifica ou mantém uma dada realidade sob intervenção, mas também altera o exemplar da categoria aprofundando, refinando ou provocando ao mesmo tempo suas já apropriadas e novas competências profissionais. A ação é também qualificada pela competência profissional. Atribuições e competências, portanto, não se dividem dualmente em oposição, mas cada qual encerra vetores potencializadores que se autoimplicam na concretização do trabalho profissionalizado.

Para Marilda Iamamoto (2013, p. 215), faz-se necessário distinguir fundamentalmente duas concepções de competência, quais sejam: a competência crítica e a competência

burocrático-administrativa. Para a autora, esta última é a noção predominante de competência, compreendida a partir de um viés tecnocrático e conservador que, estrategicamente, não apenas oculta, mas também dissimula a realidade. Ou seja, consiste na constituição de uma representação imaginária da realidade, cuja intencionalidade presta-se à consecução dos interesses da dominação pelo bloco no poder na sociedade de classes. Trata-se de uma representação que se expressa por meio da linguagem institucionalmente permitida e autorizada, camuflada do “discurso neutro da cientificidade”. Nesta perspectiva, a competência ideologizada, que incorre sobre o Estado e também sobre o conjunto da sociedade civil, é determinada tanto pela burocracia quanto pela organização, onde as exigências burocrático-administrativas devem ser cumpridas a partir de ações pré-estabelecidas, “que devem apenas ser executadas com eficácia”. Nesta condição, compreende-se que a organização que se refrata sob diferentes formas possui uma racionalidade própria do social, a qual, uma vez apreendida como exterior e superior aos sujeitos sociais, volta-se sobre eles como dominação, anulando, neste processo, não apenas as contradições, mas também as diferenças. Deste modo, segundo Marilda Iamamoto (2013, p. 215-6), a competência burocrático-administrativa acaba por legitimar a subordinação dos trabalhadores profissionais, dos trabalhadores usuários, “dos sujeitos sociopolíticos, em nome da competência sancionada pelos cargos da hierarquia institucional, ritualista e oca no seu conteúdo”.

Em outra face, a competência crítica remete ao desvendamento dos fundamentos do conservadorismo, da tecnocracia, dos conhecimentos explicativos das diferentes estratégias de ação, no sentido de compreender suas conexões sócio-históricas, identificando não apenas as diferentes perspectivas de classe que sustentam os diversos discursos, mas também suas omissões e lacunas. Assim, a competência crítica, do ponto de vista da formação profissional, exige o desvendamento dos fundamentos sócio-históricos dos discursos e das teorias incorporadas historicamente pela categoria profissional e, ao mesmo tempo, requer situar o Serviço Social para além dos muros da profissão, compreendendo-o na história tanto da sociedade quanto do pensamento social da Modernidade. A competência crítica supõe conhecimentos que não se limitam à racionalidade da instituição e da burocracia, mas que se aportem na teoria social crítica. Tal competência exige, para tanto, “um profissional culturalmente versado e politicamente atento ao tempo histórico; atento para decifrar o não dito, os dilemas implícitos no ordenamento epidérmico do discurso autorizado pelo poder” (IAMAMOTO, 2013, p. 217). Destarte, a competência crítica supõe o estabelecimento de

Rumos e estratégias da ação a partir da elucidação das tendências presentes no movimento da própria realidade, decifrando suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a intervenção profissional. Uma vez decifradas, essas tendências podem ser acionadas pela vontade política dos sujeitos, de forma a extrair estratégias de ação reconciliadas com a realidade objetiva, de modo a preservar sua viabilidade, reduzindo assim a distância entre o desejável e o possível (IAMAMOTO, 2013, p. 217).

Competência, portanto, do ponto de vista histórico-crítico, afina-se com a capacidade profissional de captar criticamente as múltiplas determinações do real e o significado sócio-histórico da profissão no sentido da construção de ações profissionais no horizonte do projeto ético-político profissional em hegemonia. Aqui, nesta última concepção, competência profissional tem relação com a construção e apropriação de conhecimentos críticos, com vistas à realização de ações que contribuam com a construção de processos emancipatórios. Observe, deste modo, que as atribuições qualificadas requerem competências que a qualifique, assim como o refinamento das competências exige a efetivação de ações ou atividades profissionais. Contudo, no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas das relações sociais capitalistas em seu estágio monopolista financeirizado, verifica-se a existência de uma outra racionalidade que toma as competências como vetor de adaptação à ordem hegemônica, como um componente que tornam os segmentos de classe em exemplares flexibilizados pelas mudanças societárias oriundas fundamentalmente das exigências de acumulação do capital, via reestruturação produtiva, pelas alterações no chamado mundo do trabalho e no redesenho do papel do Estado.

Assim, Jucimeri Silveira (2013) sinaliza que o emprego da “competência” passa a ser defendido, enquanto condição para aquisição de qualidade, após a segunda Guerra Mundial, ou seja, num cenário de disputas entre o capitalismo e o chamado “socialismo real”. A autora considera que em face da crise do capital ocorrida por volta dos anos de 1970, a reestruturação produtiva desencadeou transformações societárias, cujo marco fundamental tem sido a subordinação dos trabalhadores à lógica do mercado, um processo de flexibilização adaptativa ao mercado, onde a competição ganha expressões ampliadas neste cenário, fomentando, por um lado, a exponenciação da cultura do individualismo, do esgoísmo, do corporativismo, do tecnicismo e, por outro lado, mecanismos de conciliação entre o capital e o trabalho, num processo cuja aparência supõe a naturalização do sistema de exploração capitalista. Neste cenário, a autora também observa que a competência é um termo originalmente do campo jurídico, que posteriormente foi apropriado pelo trabalho e para a

formação. Com base na definição etimológica do conceito, a autora conclui que a competência é exercida por sujeitos sociais determinados, que em espaços socialmente localizados aciona conhecimentos específicos para, a partir da mobilização de esforços e recursos, alcançar determinadas finalidades. Nos termos da autora: “de modo geral a noção de competência expressa um conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que habilitam o indivíduo à análise e decisão sobre um determinado ofício, exigindo conhecimentos fundamentados” (SILVEIRA, 2013, p. 138).

Contudo, no campo da educação, atualmente atravessada pela lógica do mercado, Jucimeri Silveira (2013, p. 139) sinaliza que não apenas a ocorrência da chamada “sociedade do conhecimento” que fortalece a ideia de construção de um “capital humano” necessário tanto à resolução dos desafios contemporâneos quanto para o desenvolvimento da tecnologia, mas também chama a atenção para a concepção de educação enquanto mercadoria e bem de consumo. Nesse sentido, o campo da educação acaba por incorporar a perspectiva da pedagogia das competências, onde a qualificação profissional submete-se às demandas do mercado, cuja preocupação passa a ser com a demonstração prática. Nesta esteira, verifica-se a redefinição dos conteúdos ministrados na formação profissional, oportunidade em que a defesa do modelo de formação por competências faz-se presente. Deste modo, averigua-se que as necessidades do mercado se transformam na batuta da formação profissional, ou seja, a qualificação profissional submete-se, em última instância, à adaptação das necessidades da produção e da acumulação do grande capital. O modelo de formação por competências, portanto, segundo Jucimeri Silveira (2013, p. 141), consiste no “estágio de formação de subjetividades flexíveis, reconfigurando o profissionalismo que prepara o trabalhador para os desafios da instabilidade e da fluidez do mundo contemporâneo, individualizando o lugar e o ‘papel’ do trabalhador”. Assim, do ponto de vista do mercado de trabalho, a autora elucida que a conexão entre formação e o mercado ocorre por meio das diretrizes curriculares e, para o mercado, os conhecimentos adquiridos na formação são validados conforme sua aplicabilidade prática, pelas resoluções e resultados atingidos. Ou seja, as competências profissionais devem se adequar às competências requisitadas pela instituição. Neste sentido, o mercado vem empregando mecanismos de “regulação das profissões pelo modelo de competências” (SILVEIRA, 2013, p. 140) como, por exemplo, os sistemas de avaliação de desempenho e de cumprimento de metas, que condicionam, não apenas a ascensão profissional na instituição, mas também o percentual de remuneração dos trabalhadores profissionais. Essas medidas, atreladas à lógica do “gerenciamento das competências”, das

qualificações, estimulam a competitividade, a ideologia da meritocracia, baseada em critérios subjetivistas, donde a ideia de que o sucesso depende apenas da eficácia, da eficiência, da dedicação, do interesse, da “força de vontade”, da capacitação do sujeito. Daí que este modelo das competências fomenta o individualismo, a ambição, o produtivismo, o utilitarismo, a incorporação dos interesses da instituição pelos trabalhadores profissionais. Do ponto de vista das ações realizadas com base nesta direção, verifica-se a realização, pelos trabalhadores profissionais, de atividades tarefas, tecnicistas, esvaziadas de reflexão crítica e históricas, burocráticas, imediatistas, miméticas, pragmáticas. Neste sentido, é possível dizer que a competência profissional, nesta perspectiva neoliberal, está relacionada aos conhecimentos que capacitam o sujeito a agir com finalidade mais ou menos adaptável as circunstâncias conjunturais conformadas. No atual estágio do desenvolvimento do capitalismo, as competências profissionais são redirecionadas à atenderem de forma adaptativa e subsumida os interesses de acumulação flexível do grande capital. Neste aspecto, observa-se que o mercado é quem informa as balizas da formação profissional. Ou seja, neste circuito os projetos profissionais tendem a se sintonizar ao projeto de acumulação do capital. Desta forma, as “competências profissionais rígidas” sofrem um redesenho aos moldes da reestruturação produtiva e passam a se adequar ou se flexibilizar à dinâmica das necessidades do capital. Assim, as competências profissionais tendem a implicar num viés pragmático, onde os fundamentos sócio-históricos da capacitação perdem espaço para o ensino da tecnologia. Contudo, num movimento de contratendência, Yolanda Guerra (2013a), mas não apenas, defende as competências teórica, política e técnica do trabalho profissional dos assistentes sociais, cuja interpretação reside em seu atrelamento à capacitação contínua no sentido da qualificação do exercício profissional. Uma qualificação que “se converte em competência teórica, política e técnica direcionada para um exercício que priorize a qualidade do atendimento das demandas dos usuários, convertendo-as em demandas coletivas” (GUERRA, 2013a, p. 126). Não obstante, ela situa qual a qualificação pode engendrar um exercício profissional de qualidade. Para a autora, só a capacitação profissional cujos fundamentos viabilizem o descortinamento da realidade, ou seja, uma qualificação teórico-política crítica é que possibilita um exercício profissional afinado com o projeto ético-político profissional e, por conseguinte, com a construção de valores sociocêntricos. Para Yolanda Guerra (2013a, p. 131), competência na perspectiva crítica traduz-se na capacidade de o profissional “compreender o significado social da sua intervenção em toda a sua plenitude, que saiba estabelecer compromissos político-ideológicos com o usuário, concebido como trabalhador e não como pobre”. Deste modo, segundo a autora, “competência significa

capacidade de responder às demandas mediante um projeto”. Diante do exposto, portanto, pode-se dizer que a competência profissional<sup>39</sup> se desenvolve no exemplar profissional a partir da apropriação de certos conhecimentos e habilidades que objetivam tornar mais ou menos capaz o profissional a *atuar* ou *agir* conforme determinados objetivos e finalidades expressos no projeto profissional em hegemonia. Daí não ser possível dividir de maneira oponível as competências e as atribuições profissionais (e aqui ainda nem introduzimos o problema dos instrumentos, das técnicas, da abordagem, das metodologias, dos procedimentos).

De todo modo, nas pesquisas realizadas verifica-se que, no âmbito do Serviço Social, ainda é possível se constatar associações de cunho sinonímico entre as atribuições e objetivos, e instrumentos, requisições, demandas, competências etc. Verifica-se que o conceito atribuição também é usualmente substituído, do ponto de vista semântico, por ações profissionais, atividades, tarefas, funções, papéis etc. Sendo as atribuições profissionais o núcleo de nosso objeto de estudo, e com vistas à aproximação do que estamos chamando de atribuições profissionais, penso ser necessário resgatar a questão do sufixo “ção” na formação nominalizadora do verbo atribuir, que fornece o sentido de ação, de ato, de resultado, de efeito, de estado ao substantivo feminino atribuição (SANTOS, 2006). Neste sentido, atribuição profissional não pode ser outra coisa senão a força que aciona a conformação no real concreto institucional e social dos objetivos do projeto profissional, sendo por isto, não qualquer ação realizada pelo profissional formado em Serviço Social, mas as ações que dimanam de seu projeto de profissão, posto ser esta um sujeito coletivo socialmente e historicamente situado. Destarte, do ponto de vista profissional, as atribuições profissionais remetem à concepção de ação<sup>40</sup> designada fundamentalmente pelo seu projeto profissional. Conforme a formulação de Rosa Trindade:

---

<sup>39</sup> Sobre o debate das competências profissionais no âmbito da categoria profissional dos assistentes sociais, há que se considerar a discussão sobre as mesmas em relação à Lei de Regulamentação. Quanto a esta discussão, abordo-a na seção 1.1, “Concepção de atribuições privativas e competências profissionais no Parecer de Sylvania Terra”, do meu TCC (SARDOU, 2017, p. 28-30).

<sup>40</sup> Para Miotto e Nogueira (2006, p. 9), a ação profissional corresponde à categoria básica do trabalho profissional. Miotto (*apud* MIOTTO; NOGUEIRA, 2006, p. 9) considera que as ações profissionais “se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo. Parte-se da premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo à priori, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais”. E assim ela sentencia que a ação profissional é o “conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão



Consideramos como *ações profissionais* as *atribuições* que viabilizam as respostas dos profissionais às requisições colocadas pelas demandas institucionais, como parte da prestação de serviços. Essas ações materializam o caráter interventivo do Serviço Social e dentre as mais comuns estão: executar, orientar, agrupar, providenciar, acompanhar, socializar, coordenar, planejar, pesquisar, monitorar, supervisionar, organizar e administrar, estudar e analisar, emitir parecer, assessorar, consultar. Entretanto, vale ressaltar que *essas ações só poderão ser classificadas como profissionais na medida e que forem associadas aos conteúdos com os quais atuam os assistentes sociais*, relacionados aos sujeitos sociais (individuais e coletivos), às políticas sociais, aos serviços e aos benefícios sociais, aos direitos sociais, aos movimentos sociais. *Esses conteúdos estão permeados pelas concepções teóricas, pela perspectiva ético-política, as quais fundamentam e direcionam as escolhas profissionais* (2013, p. 76, grifos meus).

Em minha leitura, portanto, sobre o problema das atribuições profissionais, reside na interpretação de que aquelas ações consagradas pelo projeto ético-político em hegemonia, que quando complexamente mediadas pelas requisições institucionais, pelas políticas sociais, pelos serviços e benefícios sociais, pelos direitos sociais, pelas lutas entre as classes fundamentais, pelo trabalho assalariado visam dar concretude as finalidades e objetivos do projeto em hegemonia, estas e tão somente estas podem ser atribuições profissionais dos assistentes sociais. Nesta perspectiva, conclui-se que as atribuições profissionais não correspondem a qualquer ação, ainda que realizadas por um profissional. Parte-se do suposto que não é coerente com esta concepção reduzir diretamente atribuições profissionais às ações realizadas pelo profissional, ainda que esta relação se imponha como premissa. É preciso considerar as mediações da formação, do projeto profissional e do significado social e histórico da profissão. Apesar das ações informarem determinada racionalidade, direção, meios para sua operacionalização e procedimentos, expressa atividades diretivas. As atribuições, por isto, não correspondem diretamente a qualquer ação inscrita no trabalho profissional, pois situa sócio-historicamente uma determinada direção, uma certa racionalidade, uma visão de homem e mundo, uma correspondente concepção teórico-metodológica e valores éticos escolhidos politicamente por parte da categoria profissional, em linhas gerais, que se afinam com aquela concepção filosófica de mundo (GUERRA, 2007). Deste modo, as atribuições profissionais dos assistentes sociais são as ações profissionais que refratam, não sem considerar as causalidades postas, a direção social estratégica inscrita no projeto em hegemonia da profissão. Daí que, todas as atribuições profissionais são ações

---

operativa quanto uma dimensão ética, e [a ação profissional – PBS] expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais quanto [aos – PBS] fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais”.

profissionais, entretanto nem todas as ações realizadas pelos profissionais se equalizam em atribuições dos assistentes sociais. Assim, as atribuições profissionais estão associadas às atividades ou ações que têm o potencial de materializar o projeto em hegemonia da profissão. Estas ações ou atividades pressupõe, portanto, as mediações da formação profissional, do Código de Ética em vigor da profissão, da Lei de Regulamentação de 1993, das Diretrizes Curriculares de 1996, da condição de profissão tida como liberal, da produção de conhecimentos da categoria profissional vinculadas ao movimento de intenção de ruptura com o conservadorismo na profissão, dos acordos e convenções estabelecidos no âmbito da categoria profissional e seu diálogo com o Estado burguês e com setores da chamada Sociedade Civil. De todo modo, as atribuições tratam-se de atividades que requerem como pressuposto certo referencial teórico-metodológico, determinados valores e direções ético-política e delimitado emprego de técnicas, procedimentos e instrumentos. Portanto, a perspectiva que orienta as ações dos assistentes sociais deve estar medularmente sustentadas no projeto ético-político em hegemonia. Nesta sustentação, quero dizer que as atribuições profissionais são projeções conscientemente construídas pelos assistentes sociais, confrontadas pelas mediações da sociabilidade burguesa contemporânea, para responderem as requisições institucionais e demandas sociais. Diante disso, pressupõe-se uma autoimplicação de atividades cognoscitivas e teleológicas para que ao conhecer a realidade através do exercício cognoscitivo, vislumbrem-se os objetivos que se quer alcançar e, por conseguinte, as ações necessárias à realização desses objetivos teleológica e sócio-historicamente balizados. Com base nestas reflexões, não é possível dizer que haja diferentes fontes de onde dimanam as atribuições profissionais dos assistentes sociais, como, por exemplo, as políticas sociais, as instituições requisitórias, os usuários e outros profissionais que fazem interface com o trabalho dos assistentes sociais, os serviços e benefícios sociais, os sujeitos individuais ou coletivos, os movimentos sociais etc. A fonte instituidora das atribuições profissionais não pode ser outra senão o projeto ético-político profissional em hegemonia construído pela categoria profissional no âmbito das lutas entre as classes fundamentais e suas frações. Assim, estou chamando de *ações ou atividades atribuídas*, as requisições ou demandas que chegam aos assistentes sociais, na forma de atividade ou ações, através das políticas sociais, dos manuais dos Ministérios, das instituições empregadoras e suas normativas internas, das portarias, dos demais profissionais etc., que, por fim, não possuem como fonte fundamental o projeto da profissão. Isto significa reafirmar a necessidade de situar sócio-historicamente o que chega, para que chega, para onde se quer conduzir e quem se deseja se beneficiar. Esta ponderação é um dos momentos em que se incide a especificidade do trabalhado profissional

realizado pelo exemplar da categoria e é para isto que as competências profissionais se impõem enquanto mediação determinante de modo a possibilitar ao profissional de dizer o que lhe cabe fazer com base em seu projeto de profissão em face, no mover das condições concretas das relações sociais do trabalho assalariado, das requisições e das demandas e que lhes chegam para responder.

Nesta direção analítica, a atribuição profissional como ação designada pelo projeto profissional em hegemonia coloca em movimento um instrumento, que visa alcançar objetivos determinados, com foco para o atendimento de necessidades humanas historicamente situadas. Assim, a atribuição profissional é constitutiva e constituinte das relações sociais, determinadas pelas relações sociais e históricas, que estão medularmente associadas à determinados objetivos de classe. Não se pode confundir atribuições com os objetivos profissionais, embora a compreensão das atribuições passe, necessariamente, pela nitidez dos objetivos da profissão. Uma vez traçados os objetivos, constroem-se as ações profissionais que tendem a dar concretude àqueles objetivos. Os princípios do Código de Ética encerram o alfa e o ômega das atribuições profissionais. Do alfa devemos partir e a ele devemos retornar sob outras bases históricas, mas jamais perde-lo de vista. Na caminhada da luta cotidiana é preciso estar alerta para não nos perdemos e, se vier acontecer de ficarmos perdidos, devemos lembrar de ao alfa e ao ômega retornar. Isto porque é no código de ética profissional que encontramos com um pouco mais de nitidez os princípios e os objetivos mais amplos da profissão. Contudo, é na esfera da política, em seu sentido amplo, que a trama das atribuições profissionais se efetiva, donde a necessidade de se desenvolver as competências políticas do profissional para ao fazer a leitura da realidade e das forças em movimento possa inscrever no cotidiano institucional o projeto da profissão. A trama política de nível interno e externo precisa ser identificada, pois isto é crucial para definir o que se precisa atacar conjuntamente, imediatamente e mediatamente. A definição do que fazer, enquanto táticas e suas ações, passa pela irrepreensível leitura da trama política dos diferentes espaços. Então, a escolha de qual atribuição profissional deve-se tomar em determinadas situações, requer exímio conhecimento do complexo da política.

Em linhas acima, sublinhei que as respostas profissionais podem corroborar para uma [re]produção acrílica da sociedade e ou pode contribuir para uma [re]produção com traços emancipatórios. Assim, indaga-se como as respostas profissionais contribuem para isto? Penso que se faz necessário decifrar as conexões entre os objetivos - políticos, econômicos, culturais, sociais, profissionais, individuais, institucionais - e as atribuições profissionais. É

preciso ter clareza de que as atribuições profissionais implicam efeitos, com intensidades diferentes, em cada uma destas esferas mediadoras. É preciso decifrar cada uma destas constelações para que se saiba quais as possibilidades e seus respectivos matizes de atribuições se pode realizar. Sendo que, as decisões são permeadas pela esfera da política. Não está estático. As ações incidem em uma realidade movente, que também responde, que não é muda ou apática. Uma realidade impregnada pelos vetores da política. Todas as decisões compreendem a política e como ela se manifesta. Até aqui pensamos o que é e como se constroem as atribuições profissionais, agora há de se desenvolver, não de forma aprofundada neste espaço, como as ações interagem entre si no plasma da política. Há de se pensar não apenas nas atribuições profissionais, mas também na lógica e racionalidade das ações atribuídas e não atribuídas. Ou seja, o que quero dizer é que não basta saber o que em si se vai fazer, mas em como vou fazer com base numa estratégia e tática que se possa mais ou menos antecipar como vão reagir e quais os alcances efetivos do agir. Não se dá para construir as atribuições profissionais desassociadas das escolhas e respostas políticas dos diferentes atores que concorrem como personagens que fazem interface com o trabalho profissional dos assistentes sociais. As atribuições profissionais, portanto, estão mediadas pelas correlações de forças. É preciso decifrar quais são suas artimanhas, as armadilhas, as técnicas, os métodos, as racionalidades, as estratégias e as táticas políticas empregadas criativamente pelos diferentes personagens. É preciso desvelar a dimensão política das decisões dentro de um marco teórico histórico contextual. Assim, podemos dizer que a atribuição profissional é a força movente de sujeitos específicos, que estão inseridos em determinadas relações e processos de trabalho assalariado, cuja participação imprime ao processo certo conteúdo e habilidades de matiz singularmente específico quanto à condição localizada de certas categorias profissionais, mas que esta especificidade não se dá de forma unilateral, mas compõe o emaranhado de forças que atuam naquele processo de trabalho específico. A atribuição é a especificidade de uma força movente determinada, mas que contém em si as particularidades e as universalidades existentes. Contudo sempre vai aparecer enquanto componente reflexivo e ontológico pois tanto se mostra concretamente no real quanto se revela na construção teleológica enquanto dever ser. Diante disto, não dá para aprisionar a atuação profissional no rol das atribuições profissionais, pois que nossa ação humana não se domestica por um todo, sobretudo em sociedades de relações alienadas. Daí que se faz necessário considerar quais são as concepções de “desospitalização” existentes para que pudéssemos mais ou menos dizer se as ações realizadas no interior do que estão chamando de “processo de desospitalização” podem conferir algum grau de atribuição profissional. O problema aqui é não tomar as atividades

mais ou menos atribuídas pelo “processo desospitalizador” como imediatamente uma atribuição profissional. Daí penso que se fez necessário decifrar a “desospitalização” na história e foi o que pretendi no primeiro capítulo deste trabalho, para que a partir de seu decifrar fosse possível identificar mais ou menos a direção das ações realizadas na forma “desospitalizadora”. O que se pode dizer, em um primeiro nível de aproximação ao objeto, é que tanto no nível da subjetividade quanto no nível da objetividade tem-se um mover cujas forças tendem a deslocar certo aprofundamento da dominação e da exploração da classe trabalhadora através do modelo de gerenciamento “desospitalizador”. Neste sentido, a meu ver, qualquer atividade de matiz “motor/propulsor” realizada pelos assistentes sociais no âmbito deste modelo não pode encerrar outra coisa senão *atividade atribuída*, contudo qualquer atividade, de matiz de resistência, taticamente projetada e realizada no sentido de se opor, embargar ou frear o modelo põe-se como atribuição profissional dos assistentes sociais no âmbito do processo “desospitalizador”. Daí que não se pode dizer que o Serviço Social deva se retirar dos trabalhos da desospitalização, mas que é preciso se colocar na direção que ele merece: ser inviabilizado, impedido, minado por dentro ou por fora. É preciso disputar as objetividades e subjetividades presentes neste problema da “desospitalização” e isto também se faz por dentro. O modelo só se efetiva plenamente, também, com a adesão das consciências. Qualquer ação que incorpore ou que encerre adesão da perspectiva “desospitalizadora”, ou em outros termos, qualquer energia movente no âmbito da diretiva da forma “desospitalizadora” implica na subsunção aos interesses da necropolítica neoliberal. Daí que, nesta perspectiva só se configura atribuição profissional dos assistentes sociais os matizes de ação de resistência, do contrário, figuram-se ação atribuída, portanto, fora do circuito do projeto ético político profissional em hegemonia e, a meu ver, plenamente passíveis de ações fiscalizatórias pelos Conselhos Regionais do Serviço Social, sobretudo para fomentar o debate e assessorar a categoria profissional sobre este tema. Esta proposição requer desenvolvermos uma reflexão que trata do problema do conteúdo e da forma atribuição profissional.

## **2.2 As atribuições profissionais: o problema da forma e do conteúdo**

Como ressaltai no início deste trabalho, estou apanhando-o (TCR) como mais um momento importante de aproximação ao *problema das atribuições profissionais* e uma das questões envolvidas é de sua relação com as categorias *forma e conteúdo*. Certamente ainda

estou longe de possuir o desejado domínio sobre tais apropriações, por isto renovo, logo de início, que aqui apenas trago algumas aproximações, que certamente merecem ser debatidas, questionadas, problematizadas. Talvez, este seja o principal motivo para que eu, ousadamente (talvez imprudentemente) adentre nesta seara, mesmo correndo enormes riscos de ataques de diferentes nuances, entretanto, ainda assim, tal objeto inquieta-me e nada mais adequado do que o debate para que ocorram os refinamentos necessários de nossas capacidades e aprofundamentos de nossa consciência em desvelar camadas mais profundas da produção humana, aqui especificadas pelas atribuições profissionais.

A questão posta é: em relação ao problema das atribuições profissionais o que importa é seu *conteúdo* ou sua *forma*? Caso tenha compreendido corretamente o problema posto, a localização aqui reside no fato de que a *forma* corresponde ao que inicialmente vou considerar de *conceito* “*atribuição profissional*” e o *conteúdo* seria, talvez, o que de fato os assistentes sociais realizam no cotidiano de trabalho profissional assalariado mediatizado pelas políticas sociais, considerando as particularidades dos diferentes campos de sua inserção<sup>41</sup>. Nesta linha de reflexão, o que nos caberia identificar enquanto momento determinante, portanto, é o que se faz e não qual o *conduto* do que se faz<sup>42</sup>. Em outro

---

<sup>41</sup> Este problema já apareceu com Maria Eunice Garcia Reymão (1976). A formulação que esta autora faz do problema, apresenta-se da seguinte maneira: *atribuição formal*, que corresponde as atribuições ensinadas na formação profissional, que não necessariamente se efetivam no cotidiano do trabalho profissional; *ocupação efetiva*, que considera ser as ações efetivadas pelos assistentes sociais no cotidiano de trabalho; e, as *atribuições profissionais*, que é o encontro correspondente entre as atribuições formais com as ocupações efetivas. Nesta formulação, parece-me que há certa operação idealista, posto que a forma ideal projetada encaixa-se ou casa-se com a efetivação prática e então equaciona-se em atribuição profissional. Minha formulação não se pretende filiar-se a esta concepção, posto que não moldamos formalmente e idealmente um receituário de atribuições profissionais, mas as localizamos na órbita do projeto profissional, que encerra uma direção social que a determina em face de seu confronto com as determinações das totalidades histórico-dialéticas (universalidade, particularidades e singularidades).

<sup>42</sup> Sandra A. P. Franco e Cyntia G. G. Giroto (2017, p. 1974-7) ao analisar a obra Noite na taverna, de Álvares de Azevedo, adaptada para HQ, fazem um estudo das categorias marxianas *forma* e *conteúdo*. Neste artigo, elas consideram que estas categorias marxianas são dialéticas, o que significa dizer que o pensamento, através das categorias, consegue reproduzir as múltiplas determinações do real como concreto pensado. Este movimento, viabiliza aos humanos refletirem acerca da sociedade em sua totalidade histórica, e, com isto, abre caminhos para transcende-la, superá-la, refinando, neste processo, suas capacidades humanamente modificadas. Neste sentido, a forma é o elemento que fixa, que conduz o conteúdo ao receptor. Recorrendo a Alexandre Cheptulin elas fazem a seguinte interpretação: “Forma e conteúdo dependem reciprocamente um do outro. O conteúdo determina a forma e as mudanças do conteúdo, e, no pensamento do indivíduo, alteram a sua forma anterior. Essa forma, por sua vez, reage sobre o conteúdo, contribuindo ou não para o seu desenvolvimento”. Mais adiante elas acrescentam que “o conteúdo de uma palavra, frase ou obra surge no ato do autor, ou do artista, e se impõem na consciência do leitor. Disso deriva uma unidade. A unidade é tão perfeita que não é possível conscientizar um sem o outro. Nesse sentido, o autor é o criador e o leitor é o recriado. Conteúdo e forma são realidades concomitantes, inter-relacionados e interativos”. Contudo, recorrendo a Rafael dos Santos Sales, elas informam também que as mudanças na forma não levam necessariamente as mudanças no conteúdo, “porque a forma tem exigências e eficácias particulares”. Por fim, consideram que o conteúdo precisa ser observado no seu movimento histórico e que este modifica-se mais rapidamente do que a forma, mas em face de sua inter-relação e autodeterminação tende a determinar a mudança da forma e, esta, pode reagir sobre o conteúdo alterando-o: “verifica-se que o conteúdo muda rapidamente, a partir do movimento em que é apropriado. A forma, por sua

momento (SARDOU, 2017), averiguamos que as atribuições profissionais dos assistentes sociais tem por determinação sua vinculação ao projeto ético-político profissional em hegemonia, o que naquela oportunidade alcançamos o desvelamento de que as atribuições profissionais “não podem” emanar de diferentes fontes, como as políticas, as instituições, os profissionais que fazem interface com os assistentes sociais nos campos de trabalho etc., posto que, do contrário, ocorreria ou ocorrerá o que Yolanda Guerra vem apontando como diluição dos conteúdos concretos da formação profissional. Neste sentido, bastaria apenas cumprir com os manuais e prescrições oriundas de instâncias externas, não havendo necessidade da mediação da formação profissional. Ou até poderíamos considerar a necessidade da formação enquanto momento de *apropriação de competências tecnológicas* para realizar com qualidade as atribuições profissionais prescritas externamente, mas, ainda aqui, teríamos, no mínimo, a subserviência das escolas e faculdades de Serviço Social às exigências prioritárias do que é decidido pelo mercado, pelo Estado (via normas jurídicas sobretudo), pelo “Terceiro Setor” etc., e, diante disso, tenderíamos a cair, inevitavelmente, no modelo de *formação por competências* (SILVEIRA, 2013).

Como dito anteriormente, as atribuições profissionais dos assistentes sociais desabrocham de seu projeto ético-político profissional em hegemonia, cujas mediações determinantes passam pelo seu Código de Ética de 1993, pela sua Lei de Regulamentação de 1993, pela produção de conhecimentos vinculada à vertente de intenção de ruptura que balizam as interpretações necessárias ao seu código de ética e a sua Lei de Regulamentação, assim como as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, posto que conforma a síntese de debates realizados pela categoria profissional, para além de seu caráter de profissão liberal. Estas mediações são determinantes para se constituir a *forma* atribuições profissionais, que se põe, portanto, como *conduto* das ações profissionais vinculadas ao projeto profissional. Isto significa que este projeto encerra, fundamentalmente, uma direção profissional e social, que requer a apropriação de competências profissionais teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que possibilitam as habilidades necessárias para que o assistente social intervenha no cotidiano com uma direção profissional e social delimitada e, é tão somente isto que o faz efetivar atribuições profissionais enquanto expressão da profissão de Serviço Social. Contudo, antes que me acusem de mecanicista, cabe ponderar que o projeto profissional não

---

vez, é mais estável, mas se altera conforme o movimento. Quando há a mudança do conteúdo, esse novo conteúdo rejeita a antiga forma e força-a a mudar, transformando-se em uma nova forma, ou seja, em outro nível de desenvolvimento. Essa nova forma dá uma expansão para o conteúdo e esse começa a se desenvolver. Esse desenvolvimento do conteúdo vai ocorrendo e a forma não consegue se manter, fazendo conteúdo e forma entrarem em conflito. Essa discordância leva à rejeição da antiga forma, e ocorre a transformação da mesma”.

pode dar receitas e nem conseguiria fornecer manuais de quais atribuições profissionais devem ser realizadas em tais ou quais situações, haja vista que as atribuições profissionais são determinadas pelas respostas profissionais vinculadas a certa direção social em confronto, não apenas, mas fundamentalmente, com as demandas sociais e requisições institucionais enquanto causalidades postas aos assistentes sociais no cotidiano de trabalho profissional, mediado pelo assalariamento e outras causalidades postas. Outra mediação ineliminável é o próprio exemplar corporificado do assistente social, que diante do que é chamado a responder precisa avaliar com base em suas competências apropriadas, dentre outras, na formação básica de Serviço Social, na formação continuada e no projeto ético-político profissional em hegemonia, qual a resposta que melhor atende, em face das condições objetivas e subjetivas do cenário imediatamente posto, as demandas e requisições a ele colocadas.

Estas mediações se inobservadas tendem a conduzir as ações realizadas pelos assistentes sociais à outra *forma* que não a *forma atribuição profissional*. Lembremos que todas as atribuições profissionais figuram ações profissionais, mas nem todas as ações realizadas pelos assistentes sociais são necessariamente atribuições profissionais. Com isso, verifica-se que, nesta linha de reflexão, o *conteúdo* das atribuições profissionais é determinado pela direção profissional e social de seu projeto ético-político profissional em hegemonia, posto que seu objetivo ou finalidade recai sobre ele como força de lei. A questão, assim, ganha outro patamar, posto que se o que é realizado pelos assistentes sociais não estiver em sintonia com seu projeto profissional em hegemonia, então tal conteúdo não comporta substância das atribuições profissionais e sua forma não pode ser esta. Diante disso, se se parte tão somente do conteúdo, o papel ativo consciente transformador projetado em determinada direção social perde existência fática e, logo, deixa-se de se construir (materializar) no cotidiano socioinstitucional o projeto ético-político em hegemonia. Daí a importância e imprescindibilidade de se decifrar e debater a forma categórica atribuição profissional e não a tornar pormenor no debate, posto que é tão somente por este conduto que o projeto ético-político profissional em hegemonia pode se materializar. Com isso, tem-se também a crucial importância de se ter a clareza das finalidades e objetivos do projeto profissional particularizado nos espaços de atuação profissional, pois são os mesmos que determinam a atribuição profissional enquanto expressão da direção social da profissão em face das demandas sociais e requisições institucionais postas, o que me parece residir neste momento uma das marcas da especificidade do trabalho profissional de Serviço Social.



Diante do exposto, verifica-se que a redução da forma em face do conteúdo tende a operar, mesmo que só aparentemente, a ruptura entre estas categorias, cujo efeito não pode ser outro senão o obnubilar da consciência, o que tende a impossibilitar a construção (materialização) do projeto profissional do Serviço Social, posto que tende a alienar os exemplares da categoria profissional. Por outro lado, não quero inverter o quadro da relação dialética entre forma e conteúdo, minha pretensão é apenas demonstrar que é indispensável se identificar o conteúdo, contudo a forma atribuição profissional exige igualmente um conteúdo específico, o que não necessariamente coincide com o conteúdo plasmado nas ações realizadas pelos assistentes sociais. Daí ser crucial o decifrar da forma atribuição profissional para que haja o refratar de seu conteúdo no cotidiano socioinstitucional no sentido da construção de nuances emancipatórias. Podemos assim dizer que se o conteúdo não imprime a forma atribuição profissional, então, assim, opera-se o esvaziamento do conteúdo concreto da formação profissional histórico crítica. E é neste sentido, que agora passamos a demonstrar como as ações ou atividades atribuídas e/ou requisições institucionais apareceram na revisão integrativa.

### **2.3 Um pretexto para discutir as atribuições profissionais: apresentando os dados da pesquisa**

A primeira observação que me cabe realizar é a de que as requisições e ações atribuídas que vou apresentar enquanto material extraído da revisão, não se restringem aos assistentes sociais, mas que aparecem nos textos de forma ampla que em alguns momentos acaba situando mais especificamente as requisições postos a cada categoria profissional (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina), mas que, em linhas gerais, tratam-se de requisições e ações atribuídas de forma genérica para os diferentes profissionais de saúde. O que aqui já fica explícito uma das limitações deste trabalho, posto que se faz necessário avançar nas pesquisas no sentido de identificar mais precisamente como o Serviço Social está apanhando o “processo desospitalizador” e o que vem fazendo sobre este problema?

Suscintamente, considerando o contexto de precarização, de focalização, de dilapidação das políticas sociais, como já comentado anteriormente, as requisições e as ações atribuídas aos diferentes trabalhadores profissionais de saúde, dentre os quais os assistentes sociais, verifica-se a tônica da busca por soluções de atendimento das necessidades sociais dos trabalhadores usuários. Nota-se que também poderíamos dizer que se trata da seguinte

questão: na ausência de recursos ou em sua “escassez” cabe aos profissionais buscarem as soluções das demandas em saúde, no sentido ampliado, nos serviços e recursos públicos ou privados, de preferência na família. Assim, as ações requisitadas encerram o planejamento da alta, a elaboração de planos terapêuticos, a coordenação de caso, a participação e realização de reunião, realização de visita domiciliar, gerenciamento caso, tirar dúvidas, orientar e esclarecer, acolher, criar vínculos, desenvolver ações inovadoras, articular os serviços inclusive com a parceria público-privado, ações intersetoriais e articulação com a rede, promover mudanças de valores sociais e nos usuários, apoiar os cuidadores etc. Verifica-se, portanto, um conjunto autoimplicado de ações que tendem a, de forma mais ou menos organizada, mover alguns recursos existentes para promover e manter (não reinternar) a alta hospitalar. Fica exposto no conjunto das requisições e das ações atribuídas a implícita “escassez” de recursos, cujo movimento exigido dos profissionais de saúde é o de se planejarem previamente para que ocorra a alta no menor tempo possível de internação e, para isto, a estes são exigidas diferentes ações que tendem a explorar na rede de apoio do usuário e na rede de serviços os recursos que estes precisam para serem desospitalizados, como

apresento	no	quadro	nº	07.
-----------	----	--------	----	-----

Quadro nº 07 – Requisições e Ações Atribuídas

Cód.	Requisições e atividades atribuídas
01	Atendimento ao paciente em duas etapas: na identificação admissional e no processo de internação e na alta hospitalar preocupando-se com a situação socioeconômica do paciente e da família e realiza suas funções restritas à sua área de trabalho. Requisita-se: <b>gerenciamento de caso</b> , que consiste, dentre outros, na <b>visita domiciliar</b> entendida como atividade de apoio à família; <b>treinamento de familiares</b> no período da internação, <b>planejamento de atividades</b> com a equipe, <b>orientar, demonstrar sistematicamente os cuidados necessários, esclarecer dúvidas, avaliar a incorporação das instruções, coordenar e advogar</b> pelo “lesado medular” e sua família durante a internação. Isto requer <b>profissional qualificado</b> .
02	Diversificação das práticas, ações tradicionais, <b>Prática de triagem</b> (agendamento prévio, realização de entrevista, divisão e classificação), prática de acolhimento (defende-se que os serviços não têm que dispor de todos os recursos necessários para cada caso, mas devem desenvolver a possibilidade de agenciar recursos e soluções mais adequados às situações), agenciar recursos, buscar soluções adequadas as situações; ações interinstitucionais sociais, educacionais, culturais, etc.; <b>articulações</b> com outros recursos e instituições inseridas no território; construção de novas possibilidades suportivas para os mais vulneráveis; trabalho em rede e na rede (serviços e recursos da comunidade e trocas relacionais de todo o tipo); ações dentro e fora do espaço institucional; explorar ativamente os recursos para o desenvolvimento de projetos de vida; ações de intercâmbio e de interdependência; <b>construção de respostas ágeis, flexíveis e plásticas, capazes de se adaptarem a dinamicidade da subjetividade, das histórias de vida, do contexto sócio-político e de todas as questões que envolvem o adoecer</b> ; acolhimento, constituição de vínculo, estabelecimento de relação de responsabilização (tecnologias de relacionamento); ações de subjetivação, responsabilização e organização dos serviços; viabilização de soluções e <b>elabora projetos</b> terapêuticos que poderão ser desenvolvidos a partir do serviço e em direção à comunidade, ou imediatamente a partir da própria comunidade; respostas pré codificadas e burocratizadas, que tendem a encaixar a complexidade e a singularidade de cada situação existencial no menu oferecido pelo serviço, ou excluir o usuário quando entende que este “não se encaixa”; enfrentamento, agenciamento de respostas e superação das dificuldades, impasses e confrontos; superação do antigo, do instituído, do institucionalizado, das respostas estereotipadas, direcionando sua energia para a produção de novas respostas; recepcionar, fornecendo informações, orientações e ouvir as queixas dos usuários. <b>Requisita-se:</b> a valoração, <b>capacitação e formação permanente</b> da equipe; <b>busca ativa</b> no âmbito assistencial, socioeconômico, político e cultural por soluções para as necessidades da demanda; <b>planejamento</b> das ações em saúde; avaliação continuada; nova <b>orientação</b> ética que respeita a singularidade, dá voz e valida o usuário enquanto cidadão e sujeito de direitos; respeito às diferenças, tolerância, potencialização da confiança, <b>cooperação</b> , iniciativa e criatividade.
03	<b>Requisita-se:</b> superação do modelo hegemônico centrado na doença, afim de construir um modelo de produção social da saúde-doença, que tem por meta a redução do tempo de internação hospitalar, a diminuição dos custos hospitalares, valorização de novos espaços e novas formas de organização das tecnologias (Programa de Saúde da Família, Programa de Internação Domiciliar, Cuidados Paliativos), humanização da atenção, diminuição de riscos, ampliação de espaços de atuação dos profissionais de saúde (em especial da enfermagem) [objetivo]; <b>formulação de políticas e estratégias</b> de mudança nos modelos de atenção, o que requer <b>identificação e análise dos problemas e necessidades de saúde da população</b> , que deve ser centrada no usuário e no cuidado [perspectiva ideopolítica]; ações de controle de agravos à saúde; ampliar e qualificar a <b>comunicação</b> e os sistemas de informação entre AB e os PID; maior <b>vínculo</b> com as UBS e as ESF; <b>sistematizar</b> as referências e contrarreferências entre os PID e a rede de cuidados progressivos dos municípios; novas relações técnicas e sociais e a organização dos processos de trabalho na lógica da vigilância à saúde; <b>construção de parcerias público-privado</b> ; trabalho articulado e participativo; relação horizontal entre as instituições; utilização de tecnologias leve-duras através de protocolos; <b>atividade gerencial</b> , assistencial e educativa; monitoramento do cuidado contínuo e intensivo; <b>mudança de valores dos cuidados e usuários</b> ; reconhecimento e construção do papel ativo do usuário na produção de sua própria saúde; estudos sobre os custos para o sistema e para a família (As <b>análises de custo</b> , realizadas pelos municípios cenários do estudo, confirmam que o PID tem uma relação custo/benefício positiva em comparação à internação hospitalar, contudo as análises não contemplam os custos gerados para as famílias).
04	Não consegui identificar precisamente as requisições e ações atribuídas.

<b>05</b>	Requisita-se: orientação de alta ao paciente e/ou cuidador; reconciliação medicamentosa; mobilização da equipe multidisciplinar para viabilizar o acesso à medicamentos prescritos na alta; visita domiciliar , enquanto estratégia de promoção da segurança de pacientes após a alta.
<b>06</b>	Atividades de inserção social e estratégias reabilitadoras dos usuários com transtorno psíquico. Requisita-se, no formato de atenção aos usuários da saúde mental atendidos nas Moradias Terapêuticas, conhecimentos teóricos prévios; experiência pessoais anteriores e construção coletiva de novas possibilidades.
<b>07</b>	<b>Ações de apoio psicológico para reduzir o estresse dos cuidadores;</b> criação de estratégias e políticas institucionais e da rede de saúde e de assistência social capazes de <b>apoiar o cuidador</b> na tarefa de continuidade no domicílio, de forma a proporcionar a transferência responsável e compartilhada; <b>entrar em contato com a unidade básica</b> em situações de pacientes com quadros mais complexos; realização de <b>treinamentos dos familiares</b> no período de internação; realização de contato com o PAD; encaminhamento de relatório de outros profissionais de saúde para o PAD; agendamento de primeira visita; o assistente social é o principal condutor de realização de relações instituídos para garantia da desospitalização através do contato com os serviços de referência (que assume caráter burocrático de encaminhamento de responsabilidades). Requisita-se a implementação de serviços de cuidados paliativos.
<b>08</b>	Orientação e esclarecimento aos pacientes de suas condições clínicas e consequências de sua decisão; ministrar cuidados terapêuticos; informar e orientar sobre procedimentos que são propostos; prestar informações e orientações complementares a do médico sobre a saúde dos usuários; observar, planejar e executar diversas ações multiprofissionais e interdisciplinares; prestar assistência aos pacientes internados; o Serviço Social é uma das categorias acionadas para acompanhar e fazer mediação das demandas de alta a pedido.

Fonte: Bibliografia da Revisão Integrativa. Elaborado por Platini Boniek Sardou

Assim, na forma “desospitalizadora”, é notório o movimento de transferência de responsabilidade do Estado burguês, quanto às questões atinentes ao atendimento das necessidades em saúde no nível terciário, para o próprio trabalhador usuário e sua família. Verifica-se a defesa da sistematização do processo de trabalho voltado para o atendimento condicionado pelo tempo de alta hospitalar, considerando o movimento dos profissionais pela busca de resoluções dos fatores impeditivos da alta hospitalar, onde o momento mais importante desta busca é na família. Contudo, todo este movimento de planejamento, coordenação, gerenciamento, reuniões, elaboração de plano, articulação, negociação, orientação, esclarecimentos, visitas, treinamentos, avaliações etc. estão todos direcionados e, portanto, determinados, em última instância, pela ampliação da rotatividade dos leitos, pela racionalização de custos (maior atendimento por mesmo e/ou menor quantidade de financiamento estatal), pelo compartilhamento de responsabilidades (ou seja o trabalhador usuário e sua família também precisam participar do custeio com a sua reabilitação em saúde), pela focalização perversa (hospitais para atendimento de usuários com manifestações de doenças em estado agudo).

É neste sentido que considero que as intenções dos trabalhadores profissionais podem ser as melhores no processo “desospitalizador”, contudo seus fundamentos mostram qual a direção estratégica deste modelo em relação ao SUS, no sentido de favorecer, em parte, o setor privado de serviços em saúde, de também favorecer aos credores da dívida pública com a redução de financiamento pelo Estado de políticas sociais universais, tendo a torna-lo mais precário, levando parte dos trabalhadores (aqueles que não conseguem atendimento no SUS e não podem pagar pelo serviço privado de saúde) a buscarem com mais presença os “serviços alternativos” em saúde como ervas, chás, curandeirismo<sup>43</sup> etc. A meu ver, as ações perpetradas pelo modelo “desospitalizador” tendem a reafirmar não o que se está, no sentido de conservar, mas muito me parece que se trata, em parte, de retroceder aos tempos pretéritos do SUS, posto que se impõe como força que pressiona os trabalhadores usuários a se autocuidarem exatamente nestas relações predatórias de socialização exponenciada de produção de riquezas e de apropriação ampliada e privada de mais valor.

---

<sup>43</sup> Não há qualquer pretensão, aqui, de pormenorizar estas terapêuticas alternativas. Contudo, estas “alternativas” não podem se metamorfosear em saída terapêutica única em face das dificuldades e/ou ausência da prestação de serviços e ações em saúde ofertados pelo Estado.

## APONTAMENTOS FINAIS

O anseio da humanidade por uma vida já não dominada pelo estranhamento, portanto, por uma generidade que não traz à vida nenhum estranhamento, que atribui ao indivíduo humano tarefas que podem conduzir uma vida – também pessoal – capaz de trazer substancial e real satisfação, permanece inarredável do pensamento e da emoção dos seres humanos. György Lukács (2010, p. 258)

Muito embora se tenha corrido com a produção aqui apresentada, busquei demonstrar que é preciso maiores reflexões sobre o problema da desospitalização. Este TCR não se pretendeu dar respostas ou equalizar o debate sobre as atribuições profissionais na “desospitalização”, mas muito pelo contrário, apenas tem por objetivo, no máximo, trazer o problema para ser pensado, estudado e debatido.

A revisão possibilitou vislumbrar, originariamente, duas concepções de “desospitalização”. Aquela vinculada ao movimento antimanicomial e aquela vinculada as diretivas do projeto neoliberal. Analisei mais detidamente a concepção de “desospitalização” vinculada ao projeto neoliberal, embora também tenha sido demonstrado que o movimento “desospitalizador” da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica foi parcialmente apropriado pelas forças neoliberais. Quanto ao modelo de gerenciamento de “desospitalização”, verifiquei que só pode haver, na perspectiva aqui abordada, atribuições profissionais se matizadas por ações de resistência, enquanto fator da contradição imanente a este modelo, conflagrando, do contrário, atividades atribuídas. Tais atividades, ao que a conjuntura e o contexto histórico indicam, tendem a implicar ações que podem encerrar determinados níveis de ajustamento dos trabalhadores usuários à realidade social de modo a contribuir com a sua adaptação a realidade sócio-histórica.

Também me parece, assim como já afirmado pela Maria Inês Souza Bravo (ano, 2010, p.09), que há certa onda declinativa das forças do movimento diretivo da Reforma Sanitária, que vem demonstrando certo distanciamento do legado crítico deste movimento. Diante deste parcial conjunto de conexões aproximativas das raízes da história dos humanos fundamentalmente brasileiros na construção do SUS, parece-me que há certa expansão de valores utilitaristas manipulatórios e mercadológicos correndo pelos condutos do sistema de saúde brasileiro no tempo presente, o que pode significar

certo estágio avançado de enfraquecimento do projeto de saúde universalista e integral. Um dos principais personagens, os trabalhadores profissionais de saúde, em sua defesa e construção parece estar declinando expansivamente para a adesão, incorporação, consolidação e difusão da estratégia neoliberal, neste caso concreto, refratada pelo “modelo desospitalizador”. Indubitavelmente, precisamos rever criticamente a produção de conhecimento na área da saúde que vem incorporando politicamente as diretrizes da flexibilidade do neoliberalismo e muito vem se afastando da direção estratégica da Reforma Sanitária.

Outro aspecto identificado foi o problema da participação e autonomia que os apologistas da “desospitalização” defendem, que se traduz em uma participação não nas decisões mais amplas, não sobre o delineamento das diretrizes político-econômicas mais gerais, mas sim em participar enquanto sujeito responsável por si, autônomo para se responsabilizar pelo seu próprio estado de saúde e de doença, participar no compartilhamento de custos com seu tratamento, participar enquanto doente, paciente, cliente que aceita, em linhas gerais, as prescrições elaboradas unilateralmente pelos trabalhadores profissionais de saúde, de modo que a participação do “doente” e da família restrinja-se à órbita da aceitação e cumprimento daquelas prescrições, seja da forma que for, adquirindo no “SUS possível” ou no mercado. O efeito de fundo deste movimento é transferir responsabilidades no sentido de desresponsabilizar parcialmente o Estado em face das suas obrigações constitucionais. Trata-se de socializar custos, consiste em deslocar o “doente” para uma outra esfera da precarização da vida de modo que as consequências negativas que venham incorrer sobre seu estado de saúde não encerrem obrigações imediatas para as instituições hospitalares e para os seus respectivos quadros de trabalhadores profissionais de saúde.

Também, com base nas discussões desenvolvidas neste trabalho, verifico que é preciso afirmar que é a práxis humana que “salva vidas”, mesmo que saibamos que há múltiplas e complexas mediações de totalidades autodeterminadas neste trânsito dialético. O que quero dizer é que o conhecimento acumulado necessário para o instante do “salvar vidas” é social. Há muitos condutos de desenvolvimento histórico das forças de produção da vida, tal como a experimentamos no hoje, que em certo momento desembocam nas mãos das equipes de saúde que compõem as unidades hospitalares, fazendo-as funcionar e existir, e que abrem janelas de possibilidades humanas, inclusive salvando vidas, embora não seja somente isto que se oferece no hospital. Estou convencido de que não é a Medicina unilateralmente a responsável por salvar vidas,

embora no plano mais sensível da espontaneidade sejam as mãos dos médicos e das médicas que operam, mas há um conjunto de outras imprescindíveis conexões que se impõem determinantemente para que as energias que correm naquelas mãos naquele instante e circunstâncias possam galgar o êxito de fazer um potencial sorriso em um exemplar humano continuar a existir, mesmo que só por mais um pouco de tempo. É demasiadamente triste ver os ataques ideopolíticos embasados em falsas ciências, que encerram, mais e mais, em construções de causalidades postas impeditivas do desenvolvimento das capacidades humanas. É demasiadamente triste e cruel ter de escolher quem vive e quem morre de forma instrumental e utilitária, em razão de uma sociedade fundamentada na espoliação, na exploração e dominação da força de trabalho. É um horror sermos convocados para supostamente desenvolver tecnologias de cerceamento de possibilidades e capacidades humanas como este modelo “desospitalizador”. A medicina é importante, mas não pode ser tomada naturalmente como superior em face dos demais profissionais de saúde, mas a disputa política com esta instituição não pode se traduzir em destruição dos recursos de natureza hospitalar e muito menos se pode dizer que o hospital é o lugar da medicina.

Com isto, verifico que é preciso impregnar a teoria da ontologia do ser social nas formações das profissões de saúde. É preciso realizar uma forte e fundamentada crítica ontológica as produções que estão construindo o imaginário dos profissionais de saúde no Brasil, mas não somente. É preciso mostrar em detalhe e de forma cirúrgica como as matrizes de cunho subjetivista, que embasam as produções no campo da saúde e, portanto, as representações dos profissionais que a fazem acontecer jogam oceanos de água no moinho dos interesses mercadológicos do grande capital. Não é possível aceitar a tolerância com esta expressão da barbárie, que ganha contornos e nuances mais nítidas da crueldade destas relações sociais nos leitos dos hospitais públicos, no envio de usuários para suas casas sabendo que efetivamente não existem as condições objetivas e subjetivas para tanto. A rotatividade dos leitos não pode significar a observância de direitos, ou seja, não se trata de acelerar a saída de um trabalhador usuário do leito para que o outro tenha direito. Esta lógica implica na concepção de que um usuário em seu direito de acessar a política de saúde na atenção hospitalar estaria retirando o direito de outrem de acessar a mesma política. Ou então poderíamos também considerar que nesta lógica o direito de um encerra determinada medida de tempo e que quando extrapolado este tempo estaria inviabilizando o direito de outrem. Esta lógica fere, a meu ver, a questão da integralidade, da resolutividade etc. É preciso considerar, pelo contrário, que



o Estado institua, enquanto seu dever constitucional, os recursos, os serviços e as ações em saúde de modo a atender as necessidades sociais dos brasileiros.

É preciso dizer que a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica conformam uma unidade de diversos. Operar oposição entre estas órbitas de atenção, é fragmentar o sistema, é não compreender as particularidades que estas possuem, é esvaziar ou inobservar as mediações que as conectam. Não podem ser postas em oposição. Ambas atendem determinadas esferas das necessidades do ser humano. Estou convencido de que a tática de atacar os hospitais não fortalece a atenção básica, o que significa que o ataque aos hospitais é um ataque ao sistema público de saúde de forma tangenciada, camuflada, que tende a favorecer aos interesses do setor privado de saúde. Não podemos atribuir ideopoliticamente valores negativos a uma ou a outra para, em razão de interesses mesquinhos e medíocres determinados, em última instância, pelas relações sociais de produção, ou, talvez, para tentar “abocanhar” mais recursos tirando do outro. E mais, não se pode reduzir o hospital à medicina. E isto precisa ser desalienado, sobretudo com a disputa de espaços de direção das unidades hospitalares por outros profissionais da equipe multiprofissional. E isto também não significa dizer que a medicina não tenha sua importância, mas não se pode associar determinadas instâncias como se à medicina pertencesse e, isto, inclui o hospital.

Considerando as limitações deste TCR e um dos objetivos da técnica de revisão integrativa, que é apontar mais ou menos determinado nível de lacunas nas pesquisas sobre o fenômeno em tela, avalio que é preciso pesquisar mais detidamente a relação entre a “desospitalização” e seus impactos sobre as mulheres, posto que a convocação da família e de cuidador tende a incidir de maneira diferenciada para este perfil social, haja vista que historicamente, em face da cultura machista e patriarcal, estas ainda ocupam com predominância a função de “cuidadoras”. Neste sentido, penso que a “desospitalização” pode trazer substantivas implicações para este segmento. Nesta mesma direção, cabe ainda ponderar a necessidade de se avançar com a pesquisa da “desospitalização” e seus impactos sobre os segmentos negros da sociedade, que historicamente são alijados das riquezas econômico-sociais que muito contribui para produzir. Do ponto de vista geracional, é preciso também desenvolver pesquisas sobre as condições de vida dos trabalhadores idosos e os impactos da “desospitalização” em suas vidas, sobretudo considerando a tendência de expansão dos segmentos trabalhadores em sua fase de senescência, onde poderemos encontrar com maior manifestação configurações de idosos cuidando de idosos. Ainda, se a

“desospitalização” encerra racionalização de custos, cabe perguntar: racionalizar para quem? E quem é que vai pagar a conta? Ou seja, é preciso pesquisar qual o impacto de possíveis ampliações de gastos pelos usuários e suas famílias com o advento do processo “desospitalizador”. Exige-se, igualmente, atenção para o problema da “desospitalização” no setor privado.

Por fim, quero considerar que ainda precisamos combater os valores egocêntricos, enquanto uma das misérias que esta ordem societária [re]produz, posto que ressalta o vetor da mediocridade, que vigia em níveis mais elevados qualquer desabrochar de possibilidades de refinamentos das capacidades humanas, pois impõe a competição a patamares ampliados e com isto, igualmente, os mecanismos de controle, vigilância e repressão. A tendência da ampliação do vetor da mediocridade é de se diversificar no plano fenomênico, mas de se homogeneizar no plano da essência. Quando muito se mergulha no egocentrismo, muito se esquece ou não se vislumbra os caminhos da expansão das possibilidades humanas. Mesmo que a lei fundamental da “espada” seja de se apresentar a qualquer “bruxo” que a mereça e, por isto, não poderia a subjetividade decisória de Dumbledore torna-la propriedade exclusiva do sr. Potter, mas, ainda assim, o exímio professor sabia que as leis podem ser conduzidas conforme a práxis humana e, com isto, criar novos campos de possibilidades superadoras do real concreto dominador e explorador. A impossibilidade revela, inevitavelmente, a existência da possibilidade.

## REFERÊNCIAS

ABRIL CULTURAL. Medicina e Saúde: história da medicina. Volume I. São Paulo: Abril Cultural, 1969.

ANIMA EDUCAÇÃO. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014. (Equipe EAD)

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In.: Capacitação em Serviço Social e política social. Mod. 1. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999.

\_\_\_\_\_. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

BEHRING, E. R. Prefácio – Ética, política e emancipação: a atualidade das nossas escolhas. In: CRESS/RJ (Org.). *Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação de assistentes sociais*. Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

\_\_\_\_\_; BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica do Serviço Social; v. 2).

BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BONFIM, PAULA. *A “cultura do voluntariado” no Brasil: determinações econômicas e ideopolíticas na atualidade*. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção questões da nossa época; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. História e Evolução dos Hospitais. MS, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, Rio de Janeiro, 1943, Reedição de 1965.

BRAVO, Maria Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CFESS. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993, dispõe sobre o Código de Ética Profissional das/os assistentes sociais.

\_\_\_\_\_. Atribuições Privativas do/a Assistente Social: em questão. 1 ed. ampliada. Brasília: CFESS, 2012a.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em debate)

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Trab. educ. saúde* [online]. 2006, vol.4, n.1, pp.65-92.

FILGUEIRAS, L; DRUCK, G. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, jan./jun. 2007, p. 24-34.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In.: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Sandra Aparecida Pires; GIROTTO, Cyntia Graziella Guizelim. A categoria Marxista conteúdo e forma na leitura literária. In.: *RIAEE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 12, n. 4, p. 1972-1983, out./dez. 2017.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In.: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p. 50-55.

GUERRA, Yolanda. *A instrumentalidade do Serviço Social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. A dimensão investigativa no exercício profissional. In.: CFESS/ABEPSS (Org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional: significado, limites e possibilidades. In: CRESS/RJ (Org.). *Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação de assistentes sociais*. Rio de Janeiro: CRESS, 2013a. p. 123-135.

HOMERO. *Ilíada*. Google books, eBooksBrasil, 2009.

IAMAMOTO, Marilda V. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IANNI, Otávio. *Construção da categoria*. Transcrição de aula dada no curso de pós-graduação em ciências sociais da PUC-SP, 1º semestre de 1986.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Manual de elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos*. Shirley Moreira Burburan (coordenadora). – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LUKÁCS, György. *Prolegômenos para uma ontologia do ser social: questões de princípios para uma ontologia hoje tornada possível*. Tradução de Lya Luft e Rodnei Nascimento. Supervisão editorial de Ester Vaisman. São Paulo: Boitempo, 2010.

MÁRKUS, György. *Marxismo e antropologia: o conceito de essência humana na filosofia de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARX, Karl. Para a questão judaica. [Tradução de José Barata-Moura]. São Paulo: expressão popular, 2009.

MENDES, Alessandra Gomes; VIDAL, Dolores Lima da Costa; Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde no contexto hospitalar: algumas questões para o debate. In. RAMOS, A.; SILVA, L. B. da; PAULA, L. G. P. de. (Org.). [Valéria Forti, Yolanda Guerra – coordenadoras da série]. *Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre o trabalho e formação de profissionais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. (Coletânea Nova de Serviço Social).

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. (Saúde em Debate; 88).

MÉSZÁROS, István. A teoria da alienação em Marx. São Paulo: Boitempo, 2016.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

MOURÃO, Ana Maria Arreguy; PAIVA, Beatriz Augusto de. O Serviço Social como trabalho: uma contribuição ao debate sobre as competências e atribuições profissionais. Brasília-DF: CFESS/COFISSET, 1997 (mimeo).

MOLJO, Carina Berta; SILVA, José F. S. Cultura Profissional e Tendências Teóricas Atuais: o Serviço Social Brasileiro em Debate. In. GUERRA, Y. *et. al.* *Serviço Social e seus fundamentos: conhecimento e crítica*. Campinas: Papel Social, 2018.

NETTO, José Paulo. Prólogo à edição brasileira. In. MARX, Karl. Para a questão judaica. [Tradução de José Barata-Moura]. São Paulo: expressão popular, 2009.

\_\_\_\_\_. Introdução ao Estudo do método em Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

\_\_\_\_\_. Cinco Notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b. Apêndice à terceira edição. p. 151-162.

PAULA, Luciana G. P. Estratégias e Táticas: reflexões no campo do Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. Mézszáros e a incontrollabilidade do capital. 2. ed. rev. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

PONTES, Ronaldo. Mediação: categoria fundamental para o Trabalho do assistente social. In. *Capacitação em Serviço Social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais*. Brasília, UNB, 2000, p. 35-50.

REYMÃO, Maria Eunice Garcia. As atribuições profissionais do assistente social. São Paulo: Cortez&Moraes, 1976.

ROWLING, J. K. Harry Potter e as Relíquias da Morte. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

SANTOS, Carla Maria Bastos dos. Os sufixos –ção e –mento na construção de nomes de ação e de processo: contribuições à prática lexicográfica. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. Original Inédito.

SANTOS, Maria Luiza Stehling dos. Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG: contribuições da enfermagem. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SARAIVA. Vade Mecum Saraiva. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Livia Céspedes e Fabiana Dias da Rocha. 28º ed. Atual. E ampl. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

SARDOU, Platini Boniek. *Afinal, o que são atribuições profissionais?* Contribuições à reflexão sobre as atribuições profissionais dos assistentes sociais na Política de Saúde. Rio de Janeiro, 2017. TCC (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. (Original inédito).

\_\_\_\_\_. Indicadores sociais e Serviço Social: reflexões conceituais e apontamentos críticos sobre o processo de matematização das expressões da questão social. In.: CHAGAS, Bárbara da Rocha Figueiredo; SARDOU, Platini Boniek. Indicadores sociais e políticas públicas: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Gramma, 2017b.

\_\_\_\_\_; MURUCCI, Vânia Lopes. Acesso ou privação? Para uma abordagem crítica da Política Nacional de Humanização. Revista do CFCH, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Edição Especial JICTAC 2015. Disponível em: <[www.revista.cfch.ufrj.br](http://www.revista.cfch.ufrj.br)>. Acesso em: 02 mai. 2017.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Profissionalidade do Serviço Social: estatuto sócio-jurídico e legitimidade construída no “modelo” de competências. Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. Original Inédito.

SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. *Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica*. São Paulo: Cortez, 2016. (Coleção biblioteca básica de serviço social; v.7).

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. In. Einstein, 2010; 8(1 Pt 1): 102-6. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 25 jun 2019.

SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. In. Serviço Social

e Sociedade, Fórum Social: Gestão de Políticas, nº 66, Ano XXII, julho de 2001, pp. 145-164.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. Revista Escola de Enfermagem da USP, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

TRINTADE, Rosa Lúcia Prédes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In. In.: SANTOS, C. M. dos; BACKX, S; GUERRA, Y. (Org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios. 2. ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013. p. 75-108.

## **REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA**

ANDREOLI, S. B.; *et al.* É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 no.1 São Paulo Mar. 2007 Epub Feb 22, 2007.

BATISTA, L. L.; *et al.* Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais. Revesti Bioética, vol.26, no.2, Abr./Jun. 2018.

CARDOZO-GONZALES, R. I.; *et al.* O processo da assistência ao paciente com lesão Medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. Medicina, Ribeirão Preto, 34: 325-333, jul./dez. 2001.

FILHO, A. J. de A.; *et al.* Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no brasil e em Portugal. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(1):e0770015.

MÂNGIA, E. F.; *et al.* Acolhimento: uma postura, uma estratégia. In.: Revista Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.

MARQUES, L. de F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1431-1444, 2014.

SILVA, K. L.; *et el.* A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762.

SILVA, K. L.; *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública, 2005, 39(3), 391-7. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

## **REFERÊNCIAS CONSULTADAS**

ARAÚJO, Cláudia Mendes de. Assistência Domiciliar de Saúde: desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Gestão em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Mariana Setúbal Nassar de.; et all. Apresentação. In. CARVALHO, Mariana Setúbal de.; et all. (Org.). Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Eldorado, 2019.

JESUS, Giscilene Magalhães Agostinho de. Desospitalização no âmbito público: análise da desospitalização no hospital pronto socorro João XXIII. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017.

OLARIO, Patrícia da Silva. Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2019. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.



**APÊNDICE 01**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
Título	
Periódico	
Autores	
País	
Idioma	
Ano de publicação	
<b>INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO</b>	
Hospital/ Universidade	
Categoria Profissional	
<b>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b>	
Tipo de Pesquisa	
Objetivo de investigação	
Problema de pesquisa	
Amostra	
Tratamento dos dados	
Intervenções realizadas	
Resultados	
Análise	
Implicações	
Nível de evidência	
<b>AValiação DO RIGOR METODOLÓGICO</b>	
Clareza do método	
Limitações ou vieses	

<b>DESOSPITALIZAÇÃO</b>	
Conceito/concepção	
Modelo	
Referencial teórico	
Área de conhecimento	
Necessidade de desospitalização	
Característica hospitalar	
Políticas Públicas associadas	
Limites/desafios	
Possibilidades	
Aspecto Político	
Aspecto econômico	
Aspecto Cultural	
Aspecto social	
Aspecto ideológico	
Aspecto institucional	
Aspecto profissional	

<b>COMPETÊNCIAS, REQUISICÕES, DEMANDAS</b>	
Inserção de assistente social	
Condições objetivas de trabalho	
Condições subjetivas de trabalho	
Processo de trabalho	
Relação de trabalho	
Demandas postas	
Quem requisita e requisição	
Competências exigidas	
Instrumentos empregados	
Objeto profissional	
Objetivos de trabalho	
Limites	
Possibilidades propostas	

<b>ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS E AÇÕES ATRIBUÍDAS</b>	
Ações postas/solicitadas as/aos assistentes sociais	
Ações realizadas pelas assistentes sociais	
Atribuições delimitadas	

**APÊNDICE 02**  
**ESTRATÉGIA DE BUSCA EM BANCO DE DADOS<sup>44</sup>**

**PUBMED = 134 refs**

("patient discharge"[mh] OR "patient discharge"[tiab] OR deinstitutionalization[mh] OR discharge[tiab] OR dehospitalisation[tiab] OR deinstitutionalization[tiab] OR "dehospitalization"[tiab]) AND ("professional competence"[mh] OR "professional competence"[tiab] OR "clinical competence"[mh] OR "clinical competence"[tiab] OR "culturally competent care"[mh] OR "culturally competent care"[tiab] OR "transcultural care"[tiab] OR competence[tiab] OR intervent\*[tiab] OR "liability, Legal"[mh] OR "liability, Legal"[tiab] OR "legal liability"[tiab] OR liability[tiab]) AND ("social workers"[mh] OR "social worker"[tiab] OR "case worker"[tiab] OR casework[tiab] OR "social workers"[tiab])

**EMBASE = 12 refs**

('social worker'/exp OR 'case worker' OR 'casework' OR 'social case worker' OR 'social worker' OR 'social workers') AND ('hospital discharge'/exp OR 'discharge planning' OR 'discharge, hospital' OR 'hospital discharge' OR 'patient discharge' OR 'deinstitutionalization'/exp OR 'deinstitutionalization' OR 'institutionalization, de' OR dehospitalisation) AND ('professional competence'/exp OR 'professional competence' OR 'clinical competence'/exp OR 'clinical competence' OR 'transcultural care'/exp OR 'cross-cultural care' OR 'cross-cultural health care' OR 'cross-cultural healthcare' OR 'culturally appropriate care' OR 'culturally appropriate health care' OR 'culturally appropriate healthcare' OR 'culturally competent care' OR 'culturally competent health care' OR 'culturally competent healthcare' OR 'culturally congruent care' OR 'culturally congruent health care' OR 'culturally congruent healthcare' OR 'trans-cultural care' OR 'trans-cultural health care' OR 'trans-cultural healthcare' OR 'transcultural care' OR 'transcultural health care' OR 'transcultural healthcare' OR 'competence'/exp OR 'competence' OR 'legal liability'/exp OR 'legal liability' OR 'liability, legal' OR 'product liability' OR 'professional liability' OR liability)

**LILACS (A) = 1 ref**

(mh:"social worker" OR tw:"social worker" OR tw:"case worker" OR tw:casework OR tw:"social case worker" OR tw:"social workers" OR tw:"Assistentes Sociais" OR tw:"Trabajadores Sociales" OR tw:"asistente social" OR tw:"Trabajador Social") AND (tw:"hospital discharge" OR tw:"discharge planning" OR tw:"discharge, hospital" OR tw:"patient discharge" OR mh:deinstitutionalization OR tw:deinstitutionalization OR tw:"institutionalization, de" OR tw:dehospitalisation OR tw:desospitalização OR tw:deshospitalização OR tw:Desinstitucionalización OR tw:Desinstitucionalização OR tw:Desinstitucionaliz\* OR tw:Deinstitutionaliz\*) AND (mh:"professional competence" OR tw:"professional competence" OR mh:"clinical competence" OR tw:"clinical

<sup>44</sup> Elaborado em conjunto com a bibliotecária do HCII – Jéssica Fernanda.

competence" OR tw:"Competencia Profesional" OR tw:"competencia clinica" OR tw:"Technical Expertise" OR tw:"Expertise Generalization" OR tw:"Competencia Profissional" OR tw:"transcultural care" OR tw:"cross-cultural care" OR tw:"cross-cultural health care" OR tw:"cross-cultural healthcare" OR tw:"transcultural health care" OR tw:"transcultural healthcare" OR tw:"culturally competent care" OR mh:"culturally competent care" OR tw:"Assistência à Saúde Culturalmente Competente" OR tw:"Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente" OR tw:"transcultural care" OR tw:competence OR tw:intervent\* OR mh:"liability, Legal" OR tw:"liability, Legal" OR tw:"legal liability" OR liability OR tw:"Responsabilidade Legal" OR tw:"Responsabilidad Legal" OR tw:"habilidade clinica")

**LILACS (B) = 13 refs**

(mh:"social worker" OR tw:"social worker" OR tw:"case worker" OR tw:casework OR tw:"social case worker" OR tw:"social workers" OR tw:"Assistentes Sociais" OR tw:"Trabajadores Sociales" OR tw:"assistente social" OR tw:"Trabajador Social") AND (tw:"hospital discharge" OR tw:"discharge planning" OR tw:"discharge, hospital" OR tw:"patient discharge" OR mh:deinstitutionalization OR tw:deinstitutionalization OR tw:"institutionalization, de" OR tw:dehospitalisation OR tw:desospitalização OR tw:deshospitalização OR tw:Desinstitucionalización OR tw:Desinstitucionalização OR tw:Desinstitucionaliz\* OR tw:Deinstitutionaliz\*)