

Desospitalização: Uma Perspectiva Humanizada em Idosos

Dehospitalization: A Humanized Perspective on the Elderly

DOI:10.34117/bjdv8n2-233

Recebimento dos originais: 07/01/2022

Aceitação para publicação: 16/02/2022

Emilly Spnola de Moura Simão

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Maria Rita Novelino, 557, Portinho - Cabo Frio/RJ, 28915410
E-mail: millyspnola@hotmail.com

Julia Beatriz de Carvalho Pinto Pacca

Acadêmica de medicina na universidade Estácio de Sá
Rua das Laranjeiras 457, ap 1906 bloco A, Laranjeiras - Rio de Janeiro/RJ
E-mail: julia.pacca@gmail.com

Isabelle Caravana Hungria

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Franz Weissman, 350 / Apto 902 - Rio de Janeiro/RJ
E-mail: isabelle_hungria@hotmail.com

Juliana barreto Barros Doria de Araújo

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Cruz Lima, 33, apt 402 - Rio de Janeiro/RJ
E-mail: Jbjulianadoria94@gmail.com

Ana Luísa Duque Santos

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Assis Brasil 143, bloco 1 apto 1402, Copacabana - Rio de Janeiro/RJ
E-mail: analuisa.duksantos@hotmail.com

Rafaela Torres Bogea

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Agrolândia, 100, casa 105, bloco 6, Freguesia/Jacarepaguá - Rio de Janeiro/RJ,
22743-520
UNESA: Av. Pres. Vargas, 642 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20071-001
E-mail: rafaela.t.bogea@gmail.com

Leandra Nogueira Corrêa

Enfermeiro pela Universidade Estácio de Sá - 2005.
Especialista em Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal Fluminense - 2007
Especialista em Saúde Pública com ênfase em PSF pela Universidade São Camilo -
2005
Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Alameda 2, s/n, Castalia - Cachoeiras de Macacu/RJ, 28680-000
E-mail: leandranog82@gmail.com

Artur Tavares Pimenta

Acadêmico de medicina na Universidade Estácio de Sá
Rua Guilhermina Guinle, 74/402, Botafogo - Rio de Janeiro/RJ, 22270060
E-mail: artur.t.pimenta@gmail.com

Jordana Sthéfanie Silva Freire

Acadêmica de medicina na Universidade Estácio de Sá
Praia do Flamengo, 122, apartamento 209, bloco D, Flamengo - Rio de Janeiro/RJ
22210-030
UNESA: Av. Pres. Vargas, 642 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20071-001
E-mail: jofreire.jf@gmail.com

Johavem Silva Perroni

Acadêmico de medicina na Universidade Estácio de Sá
Praia do Flamengo, 122, apartamento 209, bloco D, Flamengo - Rio de Janeiro/RJ
22210-030
UNESA: Av. Pres. Vargas, 642
Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20071-001
E-mail: johavem2@gmail.com

Vitória Santa Marinha Flumignan

Acadêmica de Medicina na Universidade Estácio de Sá.
Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 1103, apartamento 302.
Rio de Janeiro/RJ - 22060-001
UNESA: Av. Pres. Vargas, 642 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20071-001.
E-mail: vitoria.flumignan@gmail.com

Gabriel da Costa Falcão Corrêa

Acadêmico de Medicina na Universidade Estácio de Sá
UNESA: Av. Pres. Vargas, 642 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20071-001.
E-mail: falcaogabriel66@gmail.com

Jairo Moraes Romani

Enfermeiro pela Universidade Estácio de Sá - 2010
Especialista em Cuidados Intensivos pela Universidade Federal Fluminense - 2014
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o
SUS - 2017
Acadêmico de Medicina pela Universidade Estácio de Sá Campus Presidente Vargas
Avenida José Ribamar Perdigão Ramos 194 Boca do Mato Cachoeiras de Macacu -RJ
E-mail: jairo_romani@yahoo.com.br

RESUMO

O artigo pretende analisar à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, autonomia e do Estatuto do idoso a adoção da desospitalização, na rede privada, em pacientes idosos crônicos com indicação médica para hospital de transição ou home care, como medida de humanização e acolhimento desse enfermo. Por outro lado, o trabalho abordará acerca dos benefícios e os malefícios na internação desse grupo de pessoas. Além disso, outro ponto que será brevemente apontado toca aos impasses encontrados quando essa proposta é levada à família, na qual há recusa injustificada de adesão da indicação médica, sob alegação da ausência de autonomia do idoso em razão da idade avançada. Tal argumento

esbarra no princípio da autonomia e na tutela jurídica conferida aos anciãos. Outro fator que revela-se presente na negativa do familiar acerca da indicação de desospitalização, envolve a natureza contratual que está relacionada ao custeio da manutenção do paciente na UTI e a participação do familiar na recepção do paciente. Por fim, a pesquisa apontará a legislação vigente que respalda a desospitalização na rede privada, incluindo, possíveis abandonos de pacientes de longa permanência nos hospitais e os benefícios esperados com a prática da desospitalização como ferramenta da humanização do cuidado em saúde.

Palavras-chave: desospitalização, idoso, atenção domiciliar, autonomia.

ABSTRACT

The article intends to analyze, in the light of the principle of human dignity, autonomy and the Statute of the Elderly, the adoption of dehospitalization, in the private network, in chronic elderly patients with medical indication for a transitional hospital or home care, as a measure of humanization and welcoming of this patient. On the other hand, the paper will discuss the benefits and harms of hospitalization for this group of people. Moreover, another point that will be briefly pointed out concerns the impasses encountered when this proposal is taken to the family, in which there is an unjustified refusal to adhere to the medical indication, under allegation of lack of autonomy of the elderly due to advanced age. This argument is based on the principle of autonomy and the legal protection granted to the elderly. Another factor that proves to be present in the family member's denial about the indication of dehospitalization involves the contractual nature that is related to the cost of keeping the patient in the ICU and the family member's participation in receiving the patient. Finally, the research will point out the current legislation that supports dehospitalization in the private network, including possible abandonment of long-stay patients in hospitals and the benefits expected with the practice of dehospitalization as a tool for humanization of health care.

Keywords: dehospitalization, elderly, home care, autonomy.

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, fenômeno este que surgiu em decorrência da transição epidemiológica vivenciada pelo país desde a década de 1980, foi necessário o desenvolvimento de um sistema de desospitalização com objetivo de reduzir a pressão sobre o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, reinserir o paciente no seio familiar. Nesse contexto, foram implementadas as primeiras diretrizes sobre o funcionamento dos programas de Atenção Domiciliar, popularmente conhecidos como *Home Care*. Seu propósito é o desenvolvimento da autonomia do paciente e da família perante o quadro clínico em questão, os habilitando a lidar com os problemas e/ou com as sequelas causadas pela patologia de base de forma a precisar cada vez menos dos serviços de profissionais de saúde (BAHIA, 2018). Dessa forma, essa tendência vem sendo implementada nas unidades hospitalares através do processo de desospitalização.

(FEUERWERKER; MERHY, 2008 e SILVA *et al.*, 2010). Seu conceito de estratégia se deu a partir da década de 90 no amparo da reforma sanitária e da mudança do modelo de assistência na área de saúde mental com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. (BRASIL, 2002). Seu panorama emerge dos desafios da atenção hospitalar diante da alta complexidade, envolvendo abordagens, intervenções e tecnologias em saúde. (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Com o objetivo de reduzir os custos operacionais dos serviços, que são altos, reduzindo assim o tempo médio de permanência nas instituições de internação e redução do número de reinternações, esse processo está cada vez mais rotineiro, buscando então a racionalização da utilização dos leitos hospitalares. (SILVA; SENA, 2017) Já que o uso abusivo do ambiente hospitalar é prejudicial para o paciente, governo, planos de saúde, e até mesmo para os próprios hospitais que possuem risco conhecido de contrair infecções (MALIK, 2018).

Segundo o médico Luís Soares, alguns estudos mostram que a diminuição de um dia de permanência de um paciente em um hospital de 250 leitos, por exemplo, é como se a instituição ganhasse um outro hospital com 60 leitos ao longo de um ano (SOARES, 2016).

As ações que permeiam a construção de estratégias conjuntas para a implementação do processo de desospitalização tiveram início no SUS em 2002 com a Regulamentação da Assistência Domiciliar por meio da Lei n. 10424. (BRASIL, 2002) “No Brasil, temos um modelo hospitalocêntrico da assistência em saúde, por isso tudo gira em torno do hospital. As pessoas acreditam que é lá onde tudo se resolve. O hospital não é lugar para se obter saúde, mas, sim, para cuidar de doenças agudas”, diz Wilson Jacob Filho, médico geriatra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

O risco da permanência no hospital é excessivo, conforme o Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil que divulgou no final de que muitas pessoas morrem no Brasil em decorrência de condições adquiridas em hospitais constituindo assim a segunda causa de morte mais comum no país, ficando assim acima das mortes causadas por acidentes de trânsito, homicídios, latrocínio e câncer.

Segundo a Resolução 2056, de 2013, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que normatiza e fiscaliza a prática da medicina no Brasil, toda internação em serviços assistenciais médicos deve se dar pelo tempo necessário para que o paciente possa receber alta e continuar o tratamento em serviço extra-hospitalar, ficando aos hospitais reservados

apenas os casos que necessitam de atenção terciária, com infraestrutura de alta complexidade permitindo a realização de procedimentos invasivos e especializados. (MALIK, 2018).

Do ponto de vista jurídico, a indicação médica de desospitalização na rede privada objetiva a consagração do princípio da dignidade da pessoa humana, atendendo à dimensão integral da saúde na reintegração desse paciente no processo de humanização dos cuidados em saúde. Contudo, a realidade tem demonstrado uma postura de resistência da família em decorrência da relação contratual que subjaz essa moldura. Nessa perspectiva, pretende-se discutir a possibilidade da mitigação do contrato à luz do princípio da dignidade da pessoa humana/ autonomia como vetor axiológico de interpretação de todo o ordenamento jurídico.

Adiciona-se, ainda, que o pano de fundo da higidez dos argumentos em defesa da desospitalização na rede privada transcende o aspecto econômico-financeiro do contrato/hospitais. Ao confrontar essa temática, o propósito é assegurar a dignidade do paciente, este figura como protagonista dos cuidados em saúde, conforme preceitua o inciso II do Código de Ética Médica.

Por fim, o trabalho seguirá indicando medidas propositivas, apontando, também, a legislação jurídica vigente e os benefícios na mudança de paradigma da estrutura hospitalocêntrica, tão arraigada na cultura social contemporânea, sob o prisma da tutela da dignidade do paciente na adoção da prática da desospitalização na rede privada de pacientes crônicos, como meio de alcançar à humanização dos cuidados em saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo com caráter descritivo, baseado em revisão de literatura e com referência nas plataformas de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed, onde os termos de busca foram: “idosos” e “pacientes crônicos” e “desospitalização”. Os critérios de inclusão são: livros; artigos completos e acessíveis, em língua portuguesa ou inglesa, com data de publicação variando entre 1990 e 2021. Foram excluídos teses, dissertações e artigos que abordam casos terminais. Dos artigos restantes, 30 foram selecionados de acordo com a pertinência quanto ao tema de interesse designado pelo grupo.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 CONCEITOS

Para iniciarmos a discussão, é fundamental que seja realizado o esclarecimento dos termos a serem utilizados. A autonomia, considerada o alicerce da perspectiva humanizada da desospitalização, tem sua etimologia proveniente do grego, formada pelos adjetivos *autos* e *nomos* que significam, respectivamente, “por si mesmo” e “lei de compartilhar”. Dessa forma, podemos compreender a autonomia como a potência humana em criar suas próprias leis (SEGRE; SILVA; SCHRANM, 1998).

No que tange a bioética, podemos compreender que a autonomia indica a escolha individual de normas e valores, sendo capaz de tomar suas próprias decisões e levando para si as consequências desta. Já no senso comum, podemos afirmar que a autonomia é definida como a faculdade de um indivíduo de autogovernar-se. Além das definições que foram anteriormente mencionadas, existe uma gama extremamente rica de interpretações. No entanto, todas possuem algo em comum que não foge do conceito principal da autonomia: o indivíduo que possui a capacidade de tomar suas próprias decisões e arcar com as consequências delas, podendo ser emocionais ou físicas, entre outras, é autônomo de sua própria vida (SEGRE; SILVA; SCHRANM, 1998).

Neste cenário, é importante mencionar a acepção de dignidade humana. Conforme exposto por Andorno (2009), é proveniente do termo latino *dignitas* e reflete o estado de ser digno de honra e de respeito. De acordo com Ramos (2018), é uma qualidade inerente ao ser humano, que o protege contra todo tratamento degradante, assegurando suas condições mínimas de sobrevivência. Trata-se, portanto, de um atributo inerente à condição humana.

Outro termo demasiadamente importante é o “cuidado”. Podemos defini-lo, na saúde, como não sendo apenas um procedimento técnico simplificado ou um nível de atenção do sistema de saúde, mas uma ação integral, acolhedora, com o objetivo de compreender a saúde e seus mecanismos psicossociais como o ‘direito de ser’ (AYRES, 2001). Também é considerado uma ação que envolve o relacionamento interpessoal, tendo em vista que seu fundamento está vinculado ao acolhimento e o respeito ao paciente. Sua forma de interpretar o ambiente ao seu redor, sua história, sua situação emocional, todo esse conhecimento contribuem positivamente para a recuperação do enfermo.

Ayres (2001) também compreende que o cuidado promove a negociação e a inclusão dos desejos, das necessidades e das expectativas do outro. Nesse sentido, é

explícito o quanto o trabalho interdisciplinar e a atuação especializada dos profissionais podem ampliar o ‘cuidado’ e fortalecer a rede de apoio social.

Com isso, a noção de ‘cuidado’ permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos. Essa perspectiva se opõe à visão puramente econômica e devolve a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como sujeitos plenamente conscientes e ativos quanto aos seus anseios e necessidades.

Há de ser mencionado o processo da hospitalização para que possamos abarcar a fundo a dinâmica oposta, o de enfoque de nossa discussão, a desospitalização. É admissível chamá-la de um processo extremamente complexo que abordará fatores psicológicos, físicos e emocionais. Para Leitão (1993), hospitalizar-se significa “recolher-se em ambiente frio, impessoal e ameaçador”. Juntamente com a doença, que outrora é negada pelo indivíduo, torna-se um processo interpessoal e intrapessoal. O sofrimento é cabível ao afastamento familiar e outros processos individuais como o reconhecimento da elaboração efêmera que pode ou não ser a doença.

De acordo com o estudo feito por Gomes e Fraga (1997), as maiores preocupações encontradas em pacientes internados foram: saber se a doença é curável, o tempo de internação, o trabalho e a manutenção da família. Já as análises de Castro (2006) demonstraram que os indivíduos de classe social e escolaridade mais baixa foram os que apresentaram mais hospitalizações. Associando ambos os estudos, podemos interpretar que somente uma pequena parte dos sujeitos da pesquisa tinham alguma informação sobre sua doença e tratamento por possuírem uma condição econômica desfavorecida. Também é importante ressaltar que a atenção dada pelo hospital com a possibilidade de cura para os enfermos foi um dos pontos positivos vistos durante a hospitalização.

Nunca é demais lembrar que toda e qualquer reação do paciente tem como elemento básico seu universo simbólico, suas vivências e principalmente a forma particular como ele está encarando o episódio conflitivo da doença, internação e tratamento, determinado pela sua historicidade, pelas variáveis sócio-ambientais que o cercam e pelas relações com a equipe e família. (GOMES; FRAGA, 1997. p. 431)

Sobre a hospitalização de idosos, deve-se levar em conta as vantagens e desvantagens intrínsecas, que serão cuidadosamente analisadas a seguir.

3.2 PRÓ-HOSPITALIZAÇÃO

A internação hospitalar é um importante recurso na atenção aos idosos, fazendo parte da rede de atenção à saúde.

A hospitalização em idosos deveria ser indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde. As necessidades de saúde, principalmente expressas por doenças crônicas, são um dos principais determinantes da hospitalização em idosos. Com o rápido aumento – absoluto e relativo – do envelhecimento populacional, a prevalência de idosos com múltiplos problemas crônicos já alcança 60%. Assim, é crescente o interesse na avaliação multidimensional dos idosos e nas implicações que a multimorbidade desencadeia para organização e oferta de ações e serviços de saúde (NUNES *et al.*, 2017).

3.3 CONTRA- HOSPITALIZAÇÃO

Devido o desgaste ocasionado pelo processo de envelhecimento, o organismo apresenta de forma generalizada um decréscimo de suas capacidades; resultando em fragilidades biológica, social, econômica e espiritual, consideradas propícias para tornar os idosos mais suscetíveis às doenças e à internação hospitalar. (JANNUZZI; CINTRA, 2006)

No que tange a experiência da hospitalização, muitos fatores podem interferir no bem-estar do paciente. Considerando que a população idosa apresenta alto risco de queda, a restrição ao leito é uma situação frequente do idoso internado, afetando a condição psíquica e motora de muitos indivíduos (sobretudo os mais ativos). Também podemos citar a falta de estímulo para atividades físicas e mentais; a dificuldade para adaptar-se ao novo ambiente; estresse inerente à enfermidade; afastamento dos laços religiosos ou culturais; procedimentos diagnósticos e terapêuticos possivelmente invasivos; sensação de proximidade da morte e medo da doença que está manifestada (BORGES; VARGAS, 2011).

Além desses fatores agravantes, as hospitalizações, principalmente se repetidas e prolongadas, podem produzir consequências negativas à saúde dos idosos, como diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade (NUNES *et al.*, 2017).

A partir dessas percepções, o estudo de coorte realizado por Carvalho *et al.* (2018) destacou que a incapacidade associada à hospitalização pode acometer de 30 a 60% dos

idosos hospitalizados, o que interfere diretamente na independência funcional e qualidade de vida. Para padronizar essa análise, a escala de Katz foi utilizada.

A Escala de Katz contempla as atividades básicas da vida diária (ABVD), especialmente o autocuidado (banho, higiene pessoal, vestir-se, alimentação, transferência e continência). A pontuação total é formada pela somatória do número de respostas 'Sim' das quais a pessoa é independente. O paciente é considerado independente quando obtém 5 ou 6 pontos, dependente parcial com 3 ou 4 e altamente dependente com 0, 1 ou 2.

No estudo de Carvalho *et al.* (2018) foi identificado que a maior parte dos participantes (81,8%) eram independentes antes de serem internados. No momento da alta, mais de um terço dos pacientes apresentaram piora da função das ABVD em relação ao estado pré-internação. Esta piora é denominada por autores como incapacidade adquirida no hospital (IAH).

A equipe de saúde que avalia as necessidades de cuidados durante a internação e pós-alta tem a consciência de que muitos pacientes não serão capazes de realizar autocuidado básico no momento da alta hospitalar e após 30 dias, como eram antes da internação. Por esse motivo, os familiares costumam receber orientações da equipe para oferecer o cuidado adequado ao paciente após a hospitalização, tais como a mudança de decúbito, cuidados com possíveis sondas nasoentéricas, traqueostomia e/ou drenos, além da realização de curativos, orientações nutricionais e banho. (CARVALHO *et al.*, 2018; SILVA, SENA, CASTRO, 2017).

Nesse sentido, os cuidados, necessidades e expectativas do paciente são transferidos da equipe de saúde (treinada, capacitada e experiente) para a família, que passa a enfrentar uma abrupta mudança de dinâmica familiar e sobrecarga física e psíquica.

3.4 DADOS

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou-se que em 2020 nos aproximamos de 13 milhões de idosos (12,4%) e, no futuro, em torno do ano de 2060, mais de um terço da população terá 60 anos ou mais (33,7%) (IBGE, 2013). Embora a hospitalização seja, muitas vezes, a única possibilidade de cuidado ao idoso, devemos questionar o porquê. Portanto é importante analisarmos a situação de cada indivíduo levando em consideração suas condições sociais e econômicas. De acordo com Pagotto; Silveira e Velasco (2013), analisar as causas e os fatores associados à

hospitalização de idosos cujas doenças são crônicas é de suma importância para a saúde pública, pois permite que sejam elaboradas novas políticas de saúde que colaboram para fortalecer medidas benéficas para essa população. Além disso, é imprescindível para identificar os riscos em idosos, com doenças crônicas ou não, porém hospitalizados, para que seja possível prevenir hospitalizações desnecessárias.

Como vimos, o processo de identificação a partir da análise dos benefícios e malefícios apresentados, serão avaliados à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e da tutela da autonomia, adotando como suporte legal a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto do Idoso, a fim de fundamentar a indicação de desospitalização na rede privada pelo médico.

3.5 QUESTÕES JURÍDICAS NA DESOSPITALIZAÇÃO DA REDE PRIVADA EM PACIENTES IDOSOS

A temática da desospitalização ganha contornos jurídicos no enfoque de pacientes idosos, que por vezes, com doenças crônicas são internados e mantidos em hospitais, comprometendo, assim, a preservação do direito à autonomia e da dignidade, já que muitas vezes a vontade do idoso, encontra-se cerceada no processo de desinternação, em conflito com os interesses do familiar.

Na esfera da autonomia identificamos como núcleo essencial o princípio da dignidade da pessoa humana na preservação dos direitos da personalidade do indivíduo, como assinala Rosen:^[1]

Kant desempenhou um importante papel histórico ao relacionar a dignidade com a ideia de que os seres humanos são dotados de um valor intrínseco, incondicional, como a famosa afirmação de que todos os seres humanos devem sempre ser tratados como fins em si mesmo, jamais como meios. (ROSEN, 2015).

Nesse panorama, observa-se que apesar da incapacidade funcional poder ser compreendida como a inabilidade ou dificuldade de executar tarefas do cotidiano do indivíduo, sobretudo em pacientes com idade avançada. Por outro lado, o comprometimento funcional por si só, não retira a capacidade do idoso de participação em seu tratamento, não sendo necessariamente incompatíveis.

Nesse raciocínio, patologias crônicas e/ou transtornos que acometem o idoso inequivocamente comprometerão sua independência. No entanto, é crucial ter a consciência de que cada doença crônica terá uma repercussão orgânica distinta, sendo

prudente, portanto, inferir que quanto maior for a quantidade de acometimentos no organismo, maior será a incapacidade funcional do indivíduo (sobretudo quando abordamos neoplasias, síndromes cardiovasculares, etc.).

A par disso, a Constituição Federal de 1988 consagra como vetor axiológico o princípio da dignidade da pessoa humana como norte na interpretação de todo o ordenamento jurídico.

Nesse sentido, na seara da desospitalização na rede privada em pacientes idosos, em que pese haver um contrato regulando essa relação, a indicação médica figura como componente indispensável para subsidiar o processo de humanização e bem-estar do paciente idosos.

Assim, à luz da constitucionalização do direito os interesses econômico-financeiros do contrato podem ser mitigados nesses casos. Além disso, o Estatuto do Idoso é o diploma legal que deve ser observado na tutela da preservação da autonomia do paciente idoso.

Nota-se, que o artigo 17 do referido diploma assegura, inclusive, o idoso que possua domínio de suas faculdades mentais em optar pelo melhor tratamento de saúde, que lhe reputar mais favorável. Com isso, verifica-se que a lei estabelece como imperativo um conjunto de medidas que visem proporcionar qualidade de vida ao ancião, tal como garantia do convívio familiar.

Dessa forma, observa-se, que a legislação respalda a indicação médica quanto ao processo de desospitalização, a fim de promover o bem-estar do paciente e assegurar a dignidade e humanização do tratamento dos cuidados em saúde do idoso (ROSEN, 2015).

3.6 A PERSPECTIVA FAMILIAR FRENTE A INTERNAÇÃO DO IDOSO

De acordo com Silva; Sena e Castro (2017), a desospitalização está diretamente relacionada à humanização tendo em vista que oferece aos indivíduos uma recuperação mais rápida no domicílio, além de promover a melhor organização referente à oferta dos leitos hospitalares.

Nesse raciocínio, é importante ressaltar a ação da Assistência Domiciliar, definida como

(...) modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016).

A relação entre a Assistência Domiciliar com a rede hospitalar é fundamental para promover a desospitalização pois permite que os usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma responsável e integrada, reduzindo assim o tempo de internação. No entanto, a desospitalização muitas vezes apresenta obstáculos em relação à aceitação da família. Nesse novo cenário, a vida dos familiares é modificada e pode determinar a sobrecarga física e psicológica, mudanças organizacionais, pessoais e coletivas ocasionando consequências negativas para a vida do cuidador (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

Um dos grandes desafios para o cuidado domiciliar refere-se às alterações no cotidiano que são impostas quando se assume essa modalidade de cuidado, tendo em vista que o fato da assistência domiciliar reduzir os custos hospitalares não significa, necessariamente, uma economia para a família. É fundamental salientar que o processo de desospitalização exige uma preocupação para com o cuidador no que tange o desgaste emocional, físico, psicológico e financeiro.

Reformas no lar para atender as necessidades do indivíduo (tais como barras de apoio no banheiro e nos corredores, colocação de rampas nas escadas, compra de cadeira de rodas e/ou cama hospitalar) muitas vezes são gastos inesperados que os familiares precisam arcar para manter a segurança e a qualidade de vida do paciente, no entanto, essas mudanças acabam custando a qualidade de vida da própria família. O abandono do emprego dos familiares, a necessidade de conciliar as tarefas de casa com o cuidado, as modificações nos horários e no ambiente domiciliar e as dificuldades relacionadas ao lazer são situações que atingem o núcleo familiar e repercutem na saúde do(s) cuidador(es).

Dada essa realidade, é possível concluir que a dificuldade de aceitação da família muitas vezes está relacionada ao fato de que ela não está preparada para assumir o cuidado no domicílio e/ou não se sente confortável para assumir as responsabilidades e as consequências de cuidar de um idoso.

4 CONCLUSÃO

A taxa de crescimento da população idosa aumenta exponencialmente ao redor do mundo e, como consequência, as doenças crônico-degenerativas e múltiplas nesta população. Quando intensificadas e/ou cronificadas, o suporte hospitalar é necessário. Mesmo abarcando intensos fatores socioemocionais, a hospitalização tem as suas importâncias inquestionáveis, e é muitas vezes o único tratamento possível.

A desospitalização não consiste somente em uma alta hospitalar, mas em uma continuidade aos cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar, procurando melhoria do bem estar físico, emocional e social. Para os idosos, esse processo é fundamental, já que longos períodos de internação podem causar além de declínio funcional, uma baixa imunidade o deixando suscetível a infecções hospitalares, tornando-os cada vez mais dependentes. A desospitalização também está diretamente ligada a diminuição de custos da saúde pública e a disponibilidade de leitos para outros pacientes.

Contudo, é importante esclarecer a necessidade de um plano global de conduta terapêutica desenvolvido pela equipe de saúde que consiste na educação do paciente e da família, além da possibilidade de intervenções domiciliares antes da alta, para garantir que o ambiente esteja apto para o desempenho das atividades de vida diária do paciente.

Dessa forma, podemos avaliar a necessidade de abertura de espaços para discutir a temática da desospitalização na rede privada em pacientes idosos, já que toda legislação vigente está em consonância com o aspecto humano presente na relação médico-paciente.

Propõe-se, por fim, a capacitação dos médicos para que possam extrair no atendimento o grau de autonomia do idoso para decisões que envolvam indicação para desintegração.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Roberto. A noção paradoxal de dignidade humana. *Revista Bioética*, v. 17 (3): 2009, p.436. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/509/510>. Acesso em: 17 out. 2021.

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, n. 8, pp. 1924-1930. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/sWxfSRJprVjDXNwfgXbhBSB/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 31 out. 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2001, v. 6, n. 1, pp. 63-72. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rJ5dYsWzDHmR8TFcwjmsrZP/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Cartilha Cuidar em Casa: Serviço de Internação Domiciliar da Bahia. Bahia, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Cuidar_Em_Casa_Cartilha.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

BORGES, Hellen Almeida; VARGAS Débora Regina Madruga de. As dificuldades encontradas pelo idoso hospitalizado sem acompanhante. *Revista Científica do ITPAC* [online]. 2011, 4(3):6. Disponível em: <<https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/43/6.pdf>>. Acesso em 31 out. 2021.

BORN, Tomiko. Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília, DF: 20008. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. P. 113. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf>. Acesso em: Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*: seção 1:33-8, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

CARVALHO, Tatiane Cristina et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2018, v. 21, n. 02, pp. 134-142. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbv3FzBx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 out. 2021.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2006, v. 11, n. 4, pp. 987-998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/wmG6fZ9jcQhbYp3ZWCX8WpN/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 31 out. 2021.

CAVANAUGH, John C.; BLANCHARD-FIELDS, Fredda. *Adult development and aging*. Wadsworth: Cengage Learning, 2012.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/965-971/pt>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008;24(3):180-88. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/#ModalArticles>>. Acesso em 31 out. 2021.

GOMES, Luciana Catunda; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 1997, v. 50, n. 3, pp. 425-440. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/k5rBJhLJ3sNwZwYXC5MNPBx/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 31 out. 2021.

GUTERRES, José Eduardo. Saúde do idoso: entenda a desospitalização e seus benefícios. *Personale Cuidador* [online]. 2021. Disponível em: <<https://personalecuidador.com.br/saude-do-idoso-entenda-a-desospitalizacao-e-seus-beneficios/>>. Acessado em: 17 out. 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013

JANNUZZI, Fernanda Freire; CINTRA, Fernanda Aparecida. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2006, v. 40, n. 2, pp. 179-187. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Ry5cBRcy8MHW9frc86MdBQk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 out. 2021.

KAWASAKI, Kozue K; DIOGO, Maria José D'Elboux. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada à variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátrica* [online]. 2007, 14(3): 164-9. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102826/101117>>. Acesso em 31 out. 2021.

LANNIN, Natasha A. et al. Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BioMed Central Health Services Research*

[online]. 2007, 7(42). doi: 10.1186/1472-6963-7-42. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6450837_Feasibility_and_results_of_a_randomised_pilot-study_of_pre-discharge_occupational_therapy_home_visits>. Acessado em: 17 out. 2021.

LEITÃO, Marisa Sá. O psicólogo e o hospital. Porto Alegre: Sagra, Dc Luzzalto, 1993.

MALIK, Ana Maria. Para quem realmente precisa: Riscos para pacientes e alto custo fazem mercado buscar alternativas aos hospitais de alta complexidade. Revista Visão Saúde. v. 3, n. 7, p. 21, jan./fev./mar. 2018. Disponível em: <<http://visaosaude.com.br/revista/visao-saude-v7.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2021.

NEVES, Letícia et al. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. Escola Anna Nery [online]. 2018, v. 22, n. 2. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/J8c759Q7bqntF6VfbtxrQr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 31 out. 2021.

NUNES, Bruno Pereira et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. Revista de Saúde Pública, v. 51, n. 1, p.1-10. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006646.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

PAGOTTO, Valéria; SILVEIRA, Erika Aparecida; VELASCO, Wisley Donizetti. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 10, pp. 3061-3070. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/9LVTn6rpRbg3Rt3PNvXkM7J/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 31 out. 2021.

RAMOS, André de Carvalho. Curso de direitos humanos. 5. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

REICHERT, Claudete Bonatto; WAGNER, Adriana. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 31 out. 2021.

ROSEN. Michael. Dignidade: Sua história e significado. São Paulo. Unisinos. 2015.p, 30.

SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Revista Bioética, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 15-25, 1998. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/321>. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Revista de Saúde Pública. 2010;44(1):166-76. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/SKnVLNn6TtQn8Y9SQ4NYnSK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; CASTRO, Wesley Souza. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2017, v. 38, n. 4, p. e67762. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVA, Maria do Socorro Nobre Vitorino e; BENEVIDES, Marinina Gruska. A Desospitalização de Idosos: Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza. P. 206. *Conhecer* [online]. 2015, v. 5 n. 15. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/1008/858>>. Acesso em 17 out. 2021.

SOARES, Luís. Instituições criam setor de gestão de leitos para agilizar desospitalização: a intenção é que os pacientes não ocupem os leitos desnecessariamente. *S.O.S. Vida: Inovando em Saúde*. v. 11, n. 33, p. 4, jun./ jul./ago. 2016. Disponível em: <<https://sosvida.com.br/wp-content/uploads/2016/11/SOS-n33.pdf>>. Acesso em 31 out. 2021.