

Red de Salud y Deshospitalización: Desafíos para la Atención Integral en Salud después del Alta Hospitalaria

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3923>

Rede de Saúde e Desospitalização: Desafios para a Integralidade do Cuidado em Saúde após a Alta Hospitalar
Red de Salud y Deshospitalización: Desafíos para la Atención Integral en Salud después del Alta Hospitalaria

Carolina Cardoso Tricarico¹; Erika Schreider²; Ana Raquel de Mello Chaves³

RESUMEN

Introducción: Este artículo es parte integral de la investigación “Red de Salud y Oncología: los desafíos del acceso a la atención domiciliar y al transporte sanitario en la ciudad de Río de Janeiro”. **Objetivo:** Analizar el proceso de articulación con la red de salud de los pacientes de la clínica de neurocirugía que viven en la ciudad de Río de Janeiro y que necesitan atención domiciliar y/o transporte sanitario. **Método:** Se utilizó una estrategia metodológica de estudio de caso, basada en una investigación exploratoria y cualitativa. Se trata de un estudio de caso único que contempla el debate teórico sobre la red de salud, la deshospitalización y la atención integral, a partir de dos ejes fundamentales: la atención domiciliar y el transporte para el acceso a la salud. **Resultados:** A partir de un análisis crítico se encontraron debilidades en el proceso de articulación con la red de salud en el contexto de atención domiciliar y transporte para el acceso a la salud. Hubo retraso en el acceso a los servicios, tendencia a la judicialización para el acceso al transporte, dificultad en el proceso de deshospitalización para realizar la continuidad del cuidado y la rendición de cuentas de la familia. **Conclusión:** A través de un caso único, fue posible articular la teoría con el día a día del cuidador y usuario, identificando debilidades y fortalezas en la red de salud. Se destaca la importancia de futuros estudios sobre este tema.

Palabras clave: servicios de salud; integralidad en salud; servicios de atención de salud a domicilio.

ABSTRACT

Introduction: This article is part of the research “Health and Oncology Network: the challenges of access to home care and health transport in the city of Rio de Janeiro”. **Objective:** To analyze the articulation process with the health network for patients at the neurosurgery clinic who live in the city of Rio de Janeiro and who need home care and/or health transportation services. **Method:** Based on exploratory and qualitative research, a case study methodological strategy was utilized. This is a single case study addressing the theoretical debate on the health network, de-hospitalization and comprehensive care, according to two key issues: home care and transportation for access to health. **Results:** After critical analysis, weaknesses were found in the articulation process with the health network in the context of home care and transportation for access to health. Delay in accessing services, a tendency to judicialization to access transportation, difficulty in the de-hospitalization process to carry out the continuity of the care and accountability of the family were found. **Conclusion:** Through a single case, it was possible to articulate the theory to the daily life of the caregiver and user, identifying weaknesses and strengths in the health network. The importance of future studies on this topic is highlighted.

Key word: health services; integrality in Health; home care services.

RESUMO

Introdução: O presente artigo é parte integrante da pesquisa “Rede de Saúde e Oncologia: os desafios do acesso à atenção domiciliar e ao transporte sanitário na cidade do Rio de Janeiro”. **Objetivo:** Analisar o processo de articulação com a rede de saúde para os pacientes da clínica de neurocirurgia que residem na cidade do Rio de Janeiro e que necessitem do cuidado domiciliar e/ou transporte sanitário. **Método:** Utilizou-se a estratégia metodológica de estudo de caso, elaborada por pesquisa exploratória e qualitativa. Trata-se de estudo de caso único que contempla o debate teórico sobre rede de saúde, desospitalização e integralidade do cuidado, a partir de duas questões-chave: atenção domiciliar e transporte para acesso à saúde. **Resultados:** A partir de análise crítica, verificaram-se fragilidades no processo de articulação com a rede de saúde no âmbito da atenção domiciliar e no transporte para acesso aos serviços de saúde. Observaram-se morosidade para acesso aos serviços, tendência à judicialização para acesso ao transporte, dificuldade no processo de desospitalização para efetivação da continuidade do cuidado e responsabilização da família. **Conclusão:** Por meio de caso único, foi possível articular a teoria ao cotidiano da cuidadora e usuária, identificando fragilidades e potencialidades na rede de saúde. Destaca-se a importância de estudos futuros sobre essa temática.

Palavras-chave: serviços de saúde; integralidade em saúde; serviços de assistência domiciliar.

¹⁻³Instituto Nacional de Câncer (INCA), Hospital do Câncer I (HCI), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹E-mail: carolina_tricarico@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0005-0833-5926>

²E-mail: eschreider@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5480-175X>

³E-mail: achaves@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2591-7707>

Dirección para correspondencia: Carolina Cardoso Tricarico. Rua Tiboim, 632 – Brás de Pina. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 21011-650. E-mail: carolina_tricarico@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La motivación central para la elaboración de este estudio proviene de la aproximación con la clínica de neurocirugía, en una residencia multiprofesional, en un hospital de referencia en oncología, que trae particularidades en el período posterior al alta que impactan el proceso de deshospitalización y acceso a la red de salud por los usuarios. Pacientes que desarrollan dificultad de locomoción como secuela, en algunos casos, dependen de la garantía de la atención domiciliaria y del transporte sanitario para el acceso a la salud como política pública. Sin embargo, la demanda concreta de cuidado integral presenta en el día a día profesional incontables desafíos, lo que despierta inquietud¹⁻⁴.

El presente artículo, parte integrante de la investigación “Red de Salud y Oncología: los desafíos del acceso a la atención domiciliaria y al transporte sanitario en la ciudad de Río de Janeiro”, tiene como objetivo analizar el proceso de articulación con la red de salud para los pacientes de la clínica de neurocirugía que residen en la ciudad de Río de Janeiro y que necesitan del cuidado domiciliar y/o transporte sanitario. Fue desarrollado a partir del estudio de un caso único por medio de revisión bibliográfica, análisis de la historia clínica de una paciente, en seguimiento por parte de la clínica de neurocirugía, y entrevista semiestructurada con la cuidadora de referencia.

MÉTODO

La investigación se estructuró de forma exploratoria y cualitativa sumergiéndose en una mirada más profunda de las relaciones y procesos dentro del campo de la salud. Es decir, una investigación que “trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos [...]” según define Minayo⁵.

Se usó la estrategia metodológica de estudio de caso definido por Yin⁶ como una: “investigación empírica que inquiriere un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos”.

Rescatando también la definición de otros autores, Gil⁷ afirma que el estudio de caso “consiste en el estudio profundo y exhaustivo de uno o pocos objetos, de manera que permita su conocimiento amplio y detallado”, y Mendonça⁸ describe que “el estudio de caso consiste en una investigación minuciosa de una o más organizaciones o grupos, buscando proveer un análisis del conjunto y de los procesos que rodean al hecho analizado”.

En esta investigación, se escogió un caso único que dialoga con el debate teórico de la temática estudiada, entendiendo que este posibilita “confirmar, contestar o extender la teoría”⁶. Por medio del estudio de caso, se empeña en articular la totalidad de la situación estudiada, observando las múltiples dimensiones que abarcan el caso y, a partir de esto, producir un análisis crítico sobre él.

Con la intención de tener el necesario rigor metodológico, se utilizaron las técnicas: 1) investigación bibliográfica en bases de datos de publicaciones en salud – Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), usando como palabras clave: deshospitalización, red de atención a la salud, transporte sanitario y atención domiciliaria; 2) análisis documental, de forma retrospectiva, de la historia clínica de la usuaria; 3) entrevista semiestructurada con la cuidadora de referencia, de forma prospectiva, “fuente esencial de evidencias para los estudios de caso”⁶.

Se utilizó la técnica de análisis de contenido, conforme a lo propuesto por Minayo⁹, en la búsqueda de “sobrepasar el alcance meramente descriptivo del mensaje, para obtener, mediante inferencia, una interpretación más profunda” a partir de indicadores cualitativos o cuantitativos obtenidos durante el proceso de recolección de datos mediante entrevista semiestructurada y/o análisis de historia clínica. Posteriormente, se realizó la categorización de los datos, o sea, la clasificación de los elementos que constituyen un conjunto de grupos con criterios previamente definidos.

Este estudio presenta como marco teórico-metodológico el materialismo-dialéctico, comprendido a partir de Ianni¹⁰ como método de enfoque de aprehensión de lo real, a partir del movimiento dialéctico, el cual requiere una reflexión crítica profunda y compleja “que implica hacer visible lo real, que en el caso es el modo capitalista de producción, dimensiones, significados, tendencias, que definitivamente no se dan a nivel de los acontecimientos vistos como hechos empíricos”.

La investigación fue desarrollada en un hospital de referencia en oncología en la ciudad de Río de Janeiro, con el análisis retrospectivo del primer semestre de 2022, para la elección de los participantes, siguiendo los siguientes criterios: inclusión – persona de referencia en el cuidado del paciente, siendo este último residente en el municipio de Río de Janeiro, con edad igual o superior a 18 años, que necesitó ser internado y recibió alta hospitalaria dentro del período analizado, seguimiento en la clínica de neurocirugía del hospital de referencia estudiado, que presenta restricción o dificultad de locomoción, necesitando ser enviado para atención domiciliaria y transporte sanitario; y exclusión – paciente enviado a la unidad de cuidados paliativos, pacientes pediátricos y los que residen fuera del municipio de Río de Janeiro.

Se observaron tres casos que contemplaban el debate teórico involucrado, adecuándose al estudio de caso. De estos, uno eligió no participar de la investigación; el segundo optó por no dar continuidad a las derivaciones necesarias para la atención domiciliaria y transporte sanitario, no contemplando el objetivo de este estudio; y el tercero fue el caso elegido. De esta forma, la participante, de quien se obtuvo voluntariamente su consentimiento libre e informado, es una cuidadora anciana, de sexo femenino, madre de la paciente en seguimiento por parte de la clínica de neurocirugía, residente en el municipio de Río de Janeiro, quien presentó restricción y dificultad de locomoción durante y después la internación hospitalaria, siendo necesaria la articulación con atención domiciliaria y transporte para el acceso a los servicios de salud buscando la continuidad del cuidado, cumpliendo así con los criterios de inclusión y exclusión delimitados en el proyecto de investigación. Los datos recolectados respetan y obedecen la confidencialidad, es decir, fueron anonimizados. La investigación solo se inició después de la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP) con el número de parecer 5837966 (CAAE 59564222.5.0000.5274), respetando los principios éticos de la Resolución CNS/MS n.º 510/2016¹¹.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Paciente, sexo femenino, 51 años, blanca, con educación secundaria completa, vínculo previsional (vendedora independiente), residente en el barrio de Realengo, en el municipio de Río de Janeiro, diagnosticada con meningioma grado I, tumor benigno, que será llamada de Violeta, para preservar su identidad, así como su madre, denominada en adelante Margarita. La paciente presenta red de apoyo restringida. Después del alta hospitalaria, fue a vivir con su madre en un lugar que presentaba limitaciones para su cuadro clínico, por tratarse de un departamento en el segundo piso, sin ascensor. Margarita, su referencia en el cuidado, es una anciana de 74 años, con educación primaria incompleta y jubilada. Los ingresos familiares fueron impactados, pues Violeta no consiguió el auxilio por incapacidad temporal (beneficio previsional por el alejamiento de las actividades laborales) de forma inmediata –cerca de cuatro meses para el otorgamiento del beneficio– y se enfrentó a grandes gastos de transporte hacia la unidad hospitalaria.

Según el informe médico, la paciente presentó hemiparesia, déficit de iniciación y repetición de lenguaje, y afasia de conducción; fue sometida a la microcirugía para tumores intracraneales (profundos) de larga duración, con ocurrencia de sangrado y dificultad técnica en la resección del tumor, con resección incompleta

y manipulación importante, resultando en un déficit motor y afasia. Durante el internamiento, el equipo de enfermería evaluó la necesidad de la permanencia de un acompañante a tiempo completo. El soporte de otros familiares y/o amigos ocurrió esporádicamente, estando impedidos por cuestiones relacionadas al trabajo y al cuidado de terceros, así como por condiciones de acceso y cuidado en función de la situación social y la red de apoyo de la usuaria, acarreado una sobrecarga a Margarita. Quedó registrado en el internamiento hospitalario, en el período posquirúrgico, que Margarita presentó cuestionamientos al equipo sobre el cuidado en el hogar. Se realizaron solicitudes previas de diagnósticos e informes médicos necesarios para direccionamientos orientados por el servicio social, aunque fueron puestos a disposición solo en el momento del alta hospitalaria. Se observó, según informes en la historia clínica, que hubo un planeamiento de atención conjunta puntual en virtud de la dificultad de comprensión del familiar, con el objetivo de tener orientaciones sobre el plan de cuidado y deshospitalización. En el análisis de la historia clínica, se constató que la paciente fue atendida por profesionales de medicina, enfermería, servicio social, psicología, nutrición, fonoaudiología, fisioterapia y odontología. En el servicio social, la conducta que se tomó fue: orientaciones y seguimiento para la resolución de la situación previsional, cuidados, transporte sanitario mediante judicialización, atención domiciliaria por cuidados básicos, envió al sector de voluntariado para préstamos de recursos necesarios para el cuidado de la paciente (sillas de ruedas e higiénica, pañales, cama hospitalaria, canasta de alimentos), orientaciones y contactos telefónicos para la elaboración de la articulación con la red de servicios (Atención Básica de Salud, Defensoría Pública, entre otros), seguimiento y búsqueda de la ampliación de la red de apoyo social-familiar.

En las últimas décadas, se nota un cambio de los perfiles demográfico y epidemiológico, con envejecimiento poblacional y aumento de condiciones y enfermedades crónicas que, según datos actuales¹², son responsables por más de la mitad del total de muertes en el Brasil. En el caso estudiado, la paciente fue diagnosticada con meningioma grado I, tumor del sistema nervioso central (SNC), de característica benigna y crecimiento lento¹³. Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA)¹⁴, “los tumores cerebrales y otros tumores primarios del SNC son un grupo heterogéneo de tumores, malignos y no malignos, presentando diferentes señales y síntomas, con pronóstico variable”. La estimación para cada año del trienio 2023-2025 es de 11 490 nuevos casos en el Brasil. En el año de 2020 se notificaron en el territorio brasileño 9355 defunciones por cáncer del SNC¹⁴. El tratamiento es

complejo y puede traer impactos en las condiciones de vida de los pacientes y, en ciertos casos, resultar en secuelas que influyen en la locomoción, orientación, comunicación y sentidos, trayendo así demandas específicas de cuidado que exigen, al sistema de salud, el cuidado integral y continuo, lo que se traduce en un importante planeamiento en todos los niveles de atención del Sistema Único de Salud (SUS). De esta forma, el proceso de deshospitalización debe construirse colectivamente “considerando los aspectos técnico-científicos profesionales y las necesidades del usuario y de la familia”¹⁵.

De acuerdo con la Resolución n.º 3390/2013¹⁶, que instituye la Política Nacional de Atención Hospitalaria, el alta hospitalaria se constituye como la “transferencia del cuidado”, la cual requiere el refuerzo de la autonomía de los sujetos con base en la socialización de informaciones, junto al paciente y sus familiares, sobre el seguimiento del tratamiento, así como la necesidad de articulación con la red de servicios de salud para la continuidad de ese cuidado y llevar a efecto “mecanismos de deshospitalización, buscando alternativas a las prácticas hospitalarias, como las de cuidados domiciliarios”.

Partiendo de la mirada crítica de este estudio, es fundamental comprender al alta hospitalaria como el resultado de un proceso de elaboración y planeamiento continuo del cuidado, durante toda la trayectoria de la internación hospitalaria. Así, el caso estudiado presenta, ya desde el momento del primer internamiento de la paciente, aspectos que van a traspasar el proceso del alta hospitalaria, como confinamiento en cama, ausencia de comunicación verbal inteligible, dependencia de cuidados de otros. Además de estos, existe también la necesidad de poder entender sobre los cuidados esenciales señalados y expresados en el sentimiento de inseguridad en el cuidado domiciliario por familiar-cuidadora frente a los cambios en el cuadro de la paciente. Se identificó dificultad por parte de la cuidadora para absorber las informaciones en poco tiempo. Las inseguridades se expresaron principalmente en relación con el uso de la gastrostomía (GTT), presentes en lo manifestado:

Yo me quedé así, preocupada [...] la GTT. Ahí me pareció muy difícil [...] un día él estaba hasta así, medio... parece que inflamadito [...] cuando ella vino, yo dije: ‘Por el amor de Dios, no quiero que ella se vaya con esta cosa, no, porque yo no sé cuidar de eso, no’.

Frente a la dificultad de comprensión de la cuidadora, se percibe que no hubo un movimiento de articulación (equipo, familiares y usuaria) planeado y organizado, pero sí puntual ante una necesidad específica. Se observa, en el relato, que se le exige a la cuidadora, de forma natural, que

tenga la habilidad en cuidados específicos, sin considerar la falta de habilidad como un límite al cuidado en el hogar. En la declaración citada, la dificultad de la cuidadora con relación a los cuidados con la GTT, a la cual refiere como “cosa”, expresa la limitación frente a las informaciones y orientaciones proporcionadas.

Otro aspecto en relación directa con el proceso de planeamiento del alta y transición de cuidados en el hogar es la cuestión socioeconómica. Los ingresos familiares insuficientes y comprometidos, por la demora del abono del auxilio por enfermedad de la usuaria, trajo impactos y preocupaciones con el planeamiento del cuidado, como señaló Margarita:

Mira, era medio difícil porque ella aún no había recibido el dinero que ella confiaba ¿no?, pero ahí yo le pedía siempre a mi hijo y yo tenía un dinerito guardado, ahí pagaba el Uber [transporte pagado por aplicación] para venir [...].

Ante la falta de protección social del Estado, principalmente en relación con el cuidador, los familiares se ven obligados a crear estrategias para elaborar soluciones para los imprevistos. De esta forma, se observa la dificultad indicada por la cuidadora relacionada a la movilidad urbana, presente en los obstáculos del desplazamiento para acompañar a la paciente, haciendo con que exprese su deseo de retornar a casa a pesar de todas las implicaciones que involucran la dependencia del cuidado. Es decir, las dificultades materiales y cotidianas, en este caso, impelen y sobresalen al temor del desafío del cuidado en el hogar, como se presenta a continuación:

es difícil para mí, cuando yo venía de ómnibus, pasaba más de dos horas de aquí para allá, [...]. Yo ya le estaba pidiendo a Dios que ella fuese a casa, para yo cuidarla en casa. [...], con toda la lucha, para mí fue mejor, después que ella salió.

Se resalta que estas cuestiones reflejan las penetraciones sociales, políticas y económicas en la vida de la usuaria, visto como una totalidad que implica el análisis del proceso social y biológico, en el proceso complejo de producción de salud y enfermedad, tomando como base teórica la noción de determinación social en la salud¹⁷.

Kuntz *et al.*¹⁸ especifican algunos de esos aspectos como la inseguridad del cuidador en prestar el cuidado en el hogar y la dificultad en absorber diferentes informaciones en corto tiempo (principalmente en la primera alta hospitalaria), cuestiones socioeconómicas que impactan directamente en el cuidado, dificultad de comprensión de los cuidadores respecto a las orientaciones prestadas, falta de planeamiento multiprofesional para poner a

disposición las orientaciones necesarias y promover la transición del cuidado, con planeamiento puntual en los casos en los cuales se verifica la dificultad de comprensión de la familia. En el cuidado en el hogar, estos factores traen desafíos para los familiares/cuidadores quienes, a su vez, no tienen el soporte de políticas públicas para la garantía de ese cuidado como categoría de derecho.

El cuidado es defendido como categoría de derecho por diferentes autores. Passos¹⁹, Miotto²⁰ y Guimarães²¹ dialogan sobre la categoría cuidado, articulado a la protección social, a la justicia social, entendiéndolo como un principio ético que debe regir la vida en sociedad. Faleiros²² presenta un análisis crítico con relación a los cuidados, el autor entiende el cuidado como algo vinculado a las necesidades históricas de los sujetos, y articula el cuidado a la noción de derecho, en la cual “el fundamento del cuidado son los derechos humanos, como norma universal de la dignidad del ser humano”. Además, la sociedad capitalista reproduce valores de privación de los derechos de los sujetos, reforzando el individualismo, la competitividad, y prácticas burocráticas, pragmáticas e inmediateistas. En este sentido, Faleiros²² afirma que la lógica del cuidado puede pautarse en un sentido diferente, cuestionando esos valores dominantes en la sociabilidad del capital, “en una perspectiva crítica de esa sociedad, [...] mediación entre necesidades históricas y derechos, de forma concreta y democrática, [...] en una relación de escuchar, de acogida, de interpretación compartida de la situación”²².

Así, el cuidado como derecho no solamente se da atendiendo las demandas puntuales, requiere un punto de vista crítico a la atención de las necesidades del ser social, en la perspectiva de reproducción y transformación de la realidad y del proceso de sociabilidad.

Además, existe un proceso de responsabilización de la familia y de ausencia del Estado expresado en la falta de políticas públicas orientadas hacia el cuidado que explican el escenario neoliberal. El concepto de “familismo” define el grado de participación para suplir las necesidades y bienestar social para los pacientes: la “familia es responsabilizada por la protección de sus miembros, debiendo costear con la supervivencia, asistencia, cuidados, socialización, entre otras. Al Estado solo le competiría cuidar de las que fallaron en esas funciones y presentan problemas diversos”²³.

Se señala, en el caso estudiado, un cuidado que es efectuado por la anciana madre de la paciente, considerando la red social restringida presentada, con personas que cuidan de otros o están imposibilitados por motivos de trabajo y sustento de su vida diaria para auxiliarla, quedando un soporte, en lo posible, de ayudas esporádicas de vecinos y familiares. Sobre la organización del cuidado, Margarita relata:

El planeamiento en casa, nadie lo hace, porque, primero que mi familia es pequeñísima. Mi hijo tiene allá a su familia, no podía venir.

En este aspecto, la sobrecarga y la restricción de la red de cuidado se expresan por las condiciones y circunstancias involucradas en la organización familia.

Ellos [equipo] dijeron que tenía que haber alguien para ayudar porque solo yo no lo iba a lograr. [...] Entonces hasta mi nieta dijo que ayudaría, pero mi nieta tiene una criatura muy pequeña [...] ahí fue a mi casa, ahí apareció una vecina que me ayudó, ¿no? [...] A veces iba allá, ayudaba a dar un baño, barría mi casa, daba una ayudadita. Fue solo eso, ¿entendiste? Y yo que me quedé luchando contra todo. [...] No aguantaba el problema, es difícil.

Con relación al papel de cuidador asumido por la persona anciana, Lemos²⁴ afirma que esto sucede la mayoría de veces por la circunstancia y no por elección. O sea, la persona anciana es aquella que está “libre para el cuidado”, pues los demás necesitan continuar con sus rutinas de trabajo para que el sustento esté garantizado. Para el autor, tal circunstancia lleva al cuidador anciano a “asumir un encargo sin la posibilidad de cuestionamiento”²⁴, situación expresada en la declaración de Margarita sobre la dificultad de organizar el cuidado de la usuaria y de la dificultad de ejercer ese papel sola. Dentro del aspecto generacional, el papel de cuidar asumido en la vejez “implicará directamente en el cuidado que estas personas dedican a sí mismas”²⁴, abandonando sus necesidades diarias y de salud.

Además, está el afecto expresado por la cuidadora, a partir de la expresión “yo soy la madre, yo la voy a cuidar”, que traspa la cuestión del cariño y del acogimiento, y asume una obligación impuesta a ella, por ser madre y principalmente mujer, resaltando la cuestión de género. Tal aspecto evidencia la dimensión de organización del cuidado, realizado por la mujer, frente a la red de apoyo restringida y de la tarea que se le impone, y hace con que otros puntos de la vida de ella sean también afectados y alterados. La vida de la cuidadora queda direccionada hacia el cuidado del familiar atacado por la enfermedad, siendo restringida del “cuidado a sí misma”, o sea, de “buscar un espacio, un tiempo para verse a sí mismo, darse el ‘derecho’ de conocerse y sentir sus necesidades y, tal vez, permitir realizar sus deseos”²⁴. Con esto, es posible identificar la sobrecarga de cuidado en la vida de la madre de Violeta y también la importancia de ampliar el debate sobre la relación del cuidado y la cuestión de género en medio de una sociedad que naturaliza la atribución del cuidado a la figura femenina, responsabilizándola, como

discuten los autores^{19,21}. La sobrecarga de cuidado y la restricción del “cuidado a sí misma” se expresan en la siguiente declaración:

[...] yo me quedo todo el día en casa. Hay días, hay semanas que ni me lavo la cabeza, no me la lavo... Es que yo no tengo tiempo para nada, ni disposición estoy teniendo. Debido a que trabajamos tanto, no dormimos bien, no comemos bien, ¿entiendes? [...] no podemos salir de casa hacia ningún lugar [...] nunca imaginé que tuviese, que fuese yo a lidiar con un hijo como si fuese un niño.

En cuanto a los aspectos que involucran la transferencia del cuidado entre servicios de salud, en alternativas a las prácticas hospitalarias buscando la atención integral, este artículo discute acerca de dos cuestiones principales: la atención domiciliaria; y las dificultades de locomoción y acceso al transporte adecuado para las necesidades de salud.

La atención domiciliaria es la “modalidad de atención a la salud integrada a las Redes de Atención a la Salud (RAS), caracterizada por un conjunto de acciones de prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación, paliación y promoción a la salud, prestadas en el hogar, garantizando continuidad de cuidados”²⁵. De esta forma, las necesidades de salud del usuario no son exclusivas del ambiente hospitalario, superando la perspectiva hospitalocéntrica, debiendo articularse a la red de salud para que la oferta de cuidado se realice en la propia residencia del usuario para que así se disminuya la necesidad de idas y vueltas al hospital. En este planeamiento de cuidado, aquellos que dependen de transporte específico (ambulancia o carro particular) para el acceso a los servicios de salud en el municipio de Río de Janeiro buscan el programa del “Transporte Sanitario Electivo”, dispuesto por la Resolución de la Comisión Intergestores Tripartita (CIT) n.º 13/2017²⁶, que está “destinado al desplazamiento programado de personas para realizar procedimientos de carácter electivo, regulados y agendados”. La revisión bibliográfica acerca de estas dos temáticas expone algunas problemáticas en el proceso de continuidad del cuidado.

En la atención domiciliaria, los artículos encontrados exponen la visión por parte de los profesionales de salud. Brito *et al.*¹ dialogan sobre la importancia de la atención domiciliaria para la materialización de la atención integral, sin embargo, destacan un “distanciamiento entre la teoría y la práctica”, y afirman que es necesario observar hacia las cuestiones no valorizadas en el contexto hospitalario y que la existencia de conflictos en el ámbito de la organización y asistencia impactan en el proceso de trabajo, en la gran demanda y en la priorización de cuestiones burocráticas frente a las acciones de atención integral. Dentro de este debate, Maroco² diserta respecto de los efectos sobre

el servicio causados por la sobrecarga del trabajo, de la dificultad en la administración del tiempo para agendar las visitas, y de la carencia de capacitación y formación para los profesionales.

La experiencia de la usuaria en relación con la atención domiciliaria levanta el debate sobre la ausencia de conocimiento de los usuarios sobre la red de salud:

nunca había necesitado yo ir a la clínica de la familia, a veces, yo iba así, para medir mi presión, ¿no? allí no sé, llegamos y no sabemos cómo expresarnos, a ellos tampoco les importa.

El relato traído muestra una concepción de salud restringida, expresa la dificultad de acceso, y revela la forma cómo el servicio de salud es visto y naturalizado para y por la población usuaria. La salud en la perspectiva neoliberal, defendiendo la idea de que el SUS debe estar orientado hacia la población más pobre, es decir, aquellos que no pueden pagar, trae el carácter focalizado, teniendo como pauta la reducción del papel del estado para aquellos que realmente no tienen las condiciones de pagar, de forma precaria y responsabilizando a la sociedad por la resolución de los problemas²⁷ con el objetivo de eliminar su carácter público y universal²⁸. Los señalamientos sobre el servicio recogidos por Margarita destacan el seguimiento esporádico, no atendiendo las necesidades totales de la paciente que dependen del cuidado en la vivienda, indicando la falta de integralidad de la red y reforzando la naturalización del cuidado por los familiares:

la doctora muy buena, gente fina. [...] demoró unos días, no fue inmediatamente [...] debe haber sido después de un mes. [...] la doctora fue solo una vez [...] ahí ella aparece, la muchacha, fisioterapeuta, enfermero, pero ellos no hacen nada, no; van allá solo para dar una orientación y se marchan. Ahí yo creía que el fisioterapeuta iba realizar fisioterapia, pero no hace, no, solo va allá, y dice: oh, ustedes tienen que hacer así, tienen que hacer así [...]. Creo que fue dos veces.

Al cuestionar sobre la posibilidad del cuidado a la paciente sin necesitar que la clínica de la familia fuese a su casa, Margarita afirma la importancia del servicio y presenta las limitaciones, explicando la demanda muchas veces de gastos extras para cubrir las necesidades médicas debido a la dificultad de acceso a la red de salud. Se observan los rebatimientos del movimiento de privatización de la salud en la vida de los usuarios, que hacen que la salud no se oferte de forma totalmente gratuita, desmontando su carácter universal y público a partir de la conformación de un sistema de salud complementario²⁷:

Todo hay que pagar y todo es caro [...] a veces, llevo ella al médico [...] gasté dinero, bastante dinero con ella porque estaba con problemas en el intestino, hubo un día que fui al proctólogo, pagué 100 reales porque en la clínica de la familia demoraría, el remedio que me recetó, gasté 260, luego va 300 y pico. [...] con acupuntura [...] gasté 300 y pico también y nada [...].

En relación al programa de transporte sanitario, Brandt^{3,4} refuerza que, en Río de Janeiro, las políticas públicas relacionadas a la movilidad urbana para pacientes con enfermedades crónicas se resumen principalmente al pase libre (Vale Social y Riocard Especial), que, sin embargo, se restringe a pasajes limitados al transporte público colectivo para el desplazamiento entre la vivienda y el hospital, lo que no abarca las necesidades de pacientes confinados en cama y con dificultad de locomoción, mientras que el programa organizado para este fin —el transporte sanitario electivo— presenta una “tendencia al tratamiento individualizado de la cuestión mediante su judicialización”. Se resalta también que tales programas priorizan la deficiencia física, y acaban no abarcando aspectos vinculados al padecimiento crónico y tratamiento, como cansancio, astenia, disnea, presencia de ostomías, síntomas como mareos, dolores, entre otros, que, a su vez, impactan y son atravesados por la esfera social. Ante la no provisión de ese derecho, el usuario y su familia terminan teniendo que cubrir los costos, siguen el tratamiento de forma precaria, o abandonan el tratamiento.

En el presente caso, el proceso para conseguir el transporte sanitario fue marcado por muchas idas y vueltas a diferentes direcciones proporcionadas por la Cámara de Resolución de Litigios de Salud (CRLS) —proyecto de cooperación entre las Procuradurías Generales del Estado y del Municipio de Río de Janeiro, además de las Secretarías Estatal y Municipal de Salud, de las Defensorías Públicas Estatal y de la Unión, y el Tribunal de Justicia del Estado con el objetivo de promover resoluciones para cuestiones de salud. Se entiende que la garantía del transporte sea imperativa y de urgencia para el seguimiento de salud de la paciente, visto los impactos socioeconómicos y la necesidad de transporte adecuado para una persona en cama. Sin embargo, de acuerdo con relatos en la historia clínica, fueron cerca de nueve meses para lograr la garantía del derecho al transporte a partir de una solicitud realizada por un familiar después de la primera alta hospitalaria, aun habiendo sido solicitado en carácter de urgencia. Margarita, luego de algunas idas a la Defensoría Pública, obtuvo la garantía de tres días de transporte, aunque, después, el transporte no se le garantizó más:

inicié el trámite allá, pero hasta ahora no conseguí nada. Bueno, la primera vez que inicié el trámite,

lo logré tres veces, me liberaron el transporte, pero ahora no.

Ella relata además sobre la burocracia del proceso, siendo necesario un informe específico y detallado para solicitar el transporte. En el análisis documental de la historia clínica, se verificó la dificultad por parte de los familiares para la obtención de informes específicos. Sobre este proceso, vale resaltar algunos puntos: el acceso por medio de la judicialización no resuelve la necesidad colectiva; los casos son individualizados; el conocimiento tardío sobre los trámites en cuestión hace que se dificulte el acceso al derecho. Se hace necesario el conocimiento de los profesionales de salud acerca del proceso para la garantía del derecho, de forma que facilite la puesta a disposición de los documentos necesarios para la articulación con la red.

Sobre el transporte, se registra la dimensión particular de cada situación. Cuando se le pregunta a Margarita si cree ella que es posible ofrecer cuidados a la paciente sin necesitar el transporte sanitario garantizado, ella responde:

Sí, porque no es siempre. [...] Ahora si fuese frecuente, todos los meses, una vez por semana, ahí se ponía difícil porque para nosotros, cuando mi hijo está allá él me trae, pero cuando él no está, hay que pagar Uber, yo pago para yo poder ir y venir [...] pago unos 110, 120, ¿entiendes?

En este escenario, la paciente no tenía la necesidad de idas diarias a la unidad hospitalaria, como en el caso de los pacientes en radioterapia, pues, aun con consultas espaciadas, el acceso al transporte se da de manera ardua y lenta, transfiriéndole la responsabilidad exclusivamente a la familia.

El estudio de caso presentado problematiza aun los aspectos que tratan sobre la articulación con la red de salud. Por medio de relatos en la historia clínica y durante la entrevista realizada, fue posible identificar orientaciones y envíos necesarios para el acceso a la red de salud proporcionados a los familiares por parte del servicio social. Con base en los estudios de Cecilio *et al.*²⁹, se comprende que el acceso a la red posee diferentes regímenes y que “la regulación del acceso y consumo de los servicios de salud, mucho más que una actividad burocrática-administrativa, del ámbito o competencia gubernamental, es una producción social, resultante de la acción de una multitud de actores sociales”²⁹.

Se observa, en el caso estudiado, la presencia del régimen de regulación gubernamental, o sea, la articulación con la red a partir de los envíos formales mediante orientaciones y direccionamientos por parte de profesionales y la institución, pero se puede identificar principalmente la regulación empírica, o sea, aquella que

se da a partir del usuario del servicio (en el caso presentado, por la cuidadora de referencia), quien asume el lugar de protagonista que, a partir de estrategias, creación de vínculos, contactos estratégicos, construye un movimiento frente a los límites y dificultades de los sistemas instituidos entendiendo que este movimiento surge del dolor, del sufrimiento, del padecimiento y de la necesidad de salud.

Todos esos puntos de análisis se articulan y atraviesan la vida de los sujetos trayendo impactos directos en el proceso de salud y cuidado. La realidad vivida por la cuidadora refleja la coyuntura socioeconómica brasileña, marcada por el neoliberalismo en su fase más agresiva –llamada ultraneoliberalismo²⁸. En el ámbito de la salud, el objetivo ultraneoliberal es la privatización, la descaracterización del principio de la universalidad y la burocratización del acceso. Este movimiento busca llegar al “carácter público, universal, democrático y descentralizado, fundamental para la garantía de los derechos a la salud, a la asistencia social y previsionales, así como también impide la construcción e incorporación de nuevos derechos sociales”²⁸. Este contexto trae resistencias en el día a día de los usuarios quienes, a su vez, encuentran dificultades en el acceso a los servicios y programas que involucran la atención integral en salud.

El caso presenta el otro lado del derecho a partir de las contradicciones entre las legislaciones vigentes^{30,31}, las cuales afirman que la salud se constituye como derecho social trayendo el aspecto público y universal, y la realidad, que expone dificultades diarias para el acceso a cuestiones básicas relacionadas al cuidado y a la capacidad de ir y volver para el acompañamiento y la continuidad del tratamiento en salud.

CONCLUSIÓN

En el presente caso único escogido, fue posible producir un análisis crítico con base en los estudios sobre la temática aquí debatida, cooperando para la verificación de aspectos sobre el proceso de deshospitalización y la articulación con la red de salud de forma tal que se cumpla con el objetivo de la investigación.

No fue posible identificar artículos sobre la óptica del usuario con relación a la atención domiciliaria. Las limitaciones presentadas se deben a la óptica del profesional de salud, manifestadas por el distanciamiento de la teoría y práctica ante la atención integral, cuestiones que impactan el proceso de trabajo, como el volumen de demandas y la priorización de cuestiones burocráticas, dificultad en la administración del tiempo para agendar las visitas, y falta de capacitación para los profesionales.

Se verificó la tendencia a la judicialización para el acceso al transporte reforzando la individualización

del alcance del derecho, así como se observó la falta de conocimiento por parte de los profesionales acerca del proceso para la elaboración de la documentación necesaria.

Se perciben la naturalización de la capacidad del cuidado y la responsabilización de la familia, ante la falta de políticas de protección social, en el proceso de deshospitalización. Se nota también la sobrecarga de cuidados en la cuidadora de referencia, una mujer anciana, levantando el debate de género y de la cuestión etaria en el papel de cuidar.

Se observa el protagonismo y la importancia de los usuarios, frente al padecimiento y de las necesidades de salud, en el proceso de articulación con la red, ante los límites y desafíos de los sistemas instituidos que se caracterizan por la morosidad y burocratización del acceso.

Este artículo se produjo con la finalidad de elaborar el trabajo de conclusión de curso de la residencia multiprofesional. Se destaca la importancia de estudios futuros sobre esta temática entendiendo que una investigación produce más que respuestas, pero despierta también nuevas inquietudes y dudas durante el proceso. En la perspectiva del análisis crítico está el movimiento que permite evaluar lo que se desvendó y lo que se mostró encubierto a lo largo de la investigación. Por lo tanto, se estimula el interés para la elaboración e investigación sobre otras cuestiones, tales como: los impactos del familismo en el ámbito del cuidar bajo la perspectiva de género atribuyendo la responsabilidad del cuidado a la mujer; el proceso de *refilantropización*, transfiriendo la responsabilidad del estado hacia la sociedad en la esfera de la resolución de los problemas mediante la falta de políticas públicas relacionadas al cuidado; las estrategias de los cuidadores en medio de la escasez de políticas de protección social y demora en el acceso a los servicios para permanencia y continuidad del cuidado; y los impactos de los síntomas y secuelas de las enfermedades crónicas – sea oncológica o no – más allá de la deficiencia física, en la vida de los usuarios y en las posibilidades del cuidar, ante la precarización y el desmantelamiento de la política de salud brasileña. Estas son solo algunas indagaciones para la búsqueda de nuevos estudios, con el fin de ampliar y profundizar el horizonte sobre la temática de la salud y del cuidado en la perspectiva del SUS, en pro de la población usuaria.

APORTES

Carolina Cardoso Tricarico contribuyó en la concepción, en el planeamiento del estudio, en el análisis e interpretación de los datos, así como en la redacción y revisión. Erika Schreider y Ana Raquel de Mello Chaves participaron en la redacción y revisión crítica. Todas las autoras aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):603-10. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>
2. Maroco MFP. Limitações e potencialidades da visita domiciliar como ferramenta assistencial na saúde da família [monografia]. Conselheiro Lafaiete (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
3. Brandt DB. Transporte sanitário eletivo: a (i) mobilidade urbana das pessoas com deficiências e/ou doenças crônicas no RJ. In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais [Internet]; 2019 out 30-nov 3; Brasília (DF). Brasília (DF): Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; 2019 [acesso 2023 jan 10]. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/894>
4. Brandt DB. Mobilidade urbana, transporte e saúde na cidade do Rio de Janeiro. *SER Social*. 2017;19(41):439-58. doi: https://doi.org/10.26512/ser_social.v19i41.14950
5. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2001.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
8. Mendonça AW, organizador. Metodologia para estudo de caso: livro didático. Palhoça (SC): UnisulVirtual; 2014.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
10. Ianni O. A construção da categoria. *Rev HISTEDBR on-line*. 2011;11(41e):397-416. doi: <https://doi.org/10.20396/rho.v11i41e.8639917>
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2022 nov 24]; Seção 1:44. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso 2023 maio 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
13. Brum CAI. Meningeoma: histologia e expressão do ki-67 e do p53: estudo de 114 casos. [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2012.
14. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [acesso 2023 jan 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
15. Olario PS. Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para atuação multiprofissional [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 dez 31 [acesso 2022 nov 23]; Seção 1:54. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
17. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(112):63-76. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
18. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, et al. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200239. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>
19. Passos RG. “Entre o assistir e o cuidar”: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. *Pauta (Rio J., Online)*. 2017;15(40):247-60. doi: <https://doi.org/10.12957/rep.2017.32725>
20. Mioto RCT. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. Brasília (DF): UnB, CEAD; 2000. (O trabalho do assistente social e as políticas sociais, mod. 04).
21. Guimarães R. Deficiência e cuidado: por quê abordar gênero nessa relação? *Ser Social*. 2008;10(22):213-38. doi: https://doi.org/10.26512/ser_social.v10i22.12983

22. Faleiros VP. Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. *Rev Katálysis*. 2013;16(Spe):92-100. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300006>
23. Teixeira SM, Silva RNLM. Política de assistência social: entre o familismo e a desfamíliação. *Emancipação*. 2020;20:1-18. doi: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.20.2013115.012>
24. Lemos NFD. Idosos cuidadores: uma realidade não desvelada. *Mais60: estudos sobre envelhecimento* [Internet]. 2018 [acesso 2022 nov 22];29(72):8-25. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Mais-60_n.72.pdf
25. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 abr 26 [acesso 2022 nov 23]; Seção 1:33. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
26. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartiter. Resolução n.º 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 abr 26 [acesso 2022 nov 22]; Seção 1:54. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526>
27. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; c2009. Rizzotto MLF. Neoliberalismo e saúde; [acesso 2023 fev 26]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>
28. Silva RR. A dinâmica da neoliberalização e os ataques à seguridade social no Brasil. In: Mauriel APO, Kilduff F, Silva MM, et al., organizadores. *Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos*. Uberlândia (MG): Navegando; 2020. p. 129-58.
29. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
30. Presidência da República (BR). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1990 set 20 [acesso 2022 dez 12]; Seção 1:18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
31. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1988 out 5 [acesso 2022 jan 12]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Recebido em 27/3/2023
Aprovado em 25/5/2023