

Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde

Continuity of care from the hospital: interdisciplinarity and devices for integrality in health care networks

Stephanie Marques Moura Franco Belga¹, Alzira de Oliveira Jorge¹, Kênia Lara Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213321

RESUMO O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, identificando dispositivos utilizados para essa construção a partir do hospital. A presente investigação é uma revisão integrativa realizada nos meses de junho e julho de 2021. Assim, para a seleção dos artigos, utilizou-se das bases de dados PubMed/Medline, Lilacs, BDENF e Lis. Foram analisados 36 artigos. Da análise, emergiram três categorias: Cuidado em saúde e integralidade dentro do hospital; O enlace e as conexões na continuidade do cuidado; Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado. A análise permitiu identificar estratégias/ferramentas sobre a organização do trabalho na dimensão micropolítica da produção do cuidado em saúde. Os principais dispositivos encontrados foram: alta segura, corridas de leitos, gestão da clínica, discussão de casos, linhas de cuidado, enfermeira de enlace, complexos reguladores, educação permanente e multidisciplinaridade. Concluiu-se que, embora alguns estudos se refiram a uma prática na rede de atenção à saúde ainda fragmentada, os dispositivos mencionados constituem-se em avanços em direção a um modelo de atenção baseado em linhas de cuidado dentro do hospital e para fora, buscando articulação com a rede de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Integralidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Equipe de assistência ao paciente. Assistência de saúde universal. Serviços de saúde comunitária.

ABSTRACT *The aim of this study is to analyze the scientific production on the continuity and comprehensiveness of care, identifying devices used for this construction starting from the hospital. This research is an integrative review carried out in June and July 2021. Thus, PubMed/Medline, Lilacs, BDENF, and Lis databases were used for the selection of articles. Thirty-six articles were analyzed. Three categories emerged from the analysis: Health care and comprehensiveness within the hospital; The linkage and connections in the continuity of care; Health care networks in the Unified Health System and continuity of care. The analysis allowed identifying strategies/tools on the organization of work in the micropolitical dimension of health care production. The main devices found were: safe discharge, bed races, clinic management, case discussion, care lines, liaison nurses, regulatory complexes, continuing education, and multidisciplinary. It was concluded that, although some studies are related to a practice in the still fragmented health care network, the mentioned devices constitute advances towards a model of care based on lines of care within and outside the hospital seeking articulation with the health care network.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
stephaniebelga@gmail.com

KEYWORDS *Integrality in health. Continuity of patient care. Patient care team. Universal health care. Community health services.*



Introdução

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, ao estabelecerem as bases e a direcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimaram a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros. Nesse sentido, essas legislações trouxeram alguns avanços, como o atendimento universal da população, a organização e o fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde, a ampliação da oferta de serviços e de cobertura assistencial e, ainda, a institucionalização de mecanismos democráticos tais quais espaços de pactuação entre gestores e controle social¹⁻³.

Dessa forma, a evolução do SUS, nos últimos 30 anos, pode ser visualizada na ampliação da oferta de serviços e de profissionais, assim como das possibilidades de acesso. A mudança na composição de recursos humanos resultou na disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e, mais especificamente, em unidades de atenção básica⁴, além da expansão dos serviços em todos os níveis de atenção, incluindo os hospitalares e da Rede de Urgência e Emergência a partir da década de 2000⁵.

No entanto, o sistema é marcado ainda por uma rede desarticulada, assimétrica e incompleta de serviços de saúde que operam diferentes tecnologias e que são acessados de maneira desigual pelos usuários. Desse modo, observa-se, muitas vezes, a descontinuidade dos processos de cuidado, com limitação do acesso e agravamento dos quadros clínicos, resultando em superlotação de alguns pontos de atenção, principalmente no nível terciário⁶.

Em boa parte dos serviços hospitalares, existe uma forma de acesso ao sistema de saúde em que os usuários realizam a busca direta, na tentativa de resolver problemas, esperando que haja um atendimento mais resolutivo e integral. Tal realidade constitui-se em um desafio intrínseco a esses serviços, tanto no Brasil quanto em outros países⁷.

Por isso, faz-se necessário desvendar e compreender o que está por detrás dessa complexa instituição e as especificidades que constituem esse campo, tanto do ponto de vista macro quanto micropolítico. Além disso, construir novos arranjos que propiciem a ética da produção da vida em si, com a qual os usuários marcam a produção do cuidado em saúde⁸.

É possível notar, também, que, no processo de gestão hospitalar, frequentemente, observam-se arranjos organizativos ineficientes, resultado de planejamentos pautados na oferta, e não na demanda definida a partir do perfil epidemiológico e socioeconômico da população, e desarticulados dos demais equipamentos da rede de atenção, que impactam nos custos em saúde para o Estado e na oferta assistencial para população. Superar esses modos organizativos tem sido desafiador, uma vez que muitos dos serviços hospitalares desenvolvem um papel quase exclusivamente de estabilizar o usuário em condição crítica de saúde, e não se definem igual a uma estação cuidadora da Rede, de modo a garantir, além da internação, uma alta responsável e articulada⁹.

Considerando-se os problemas mencionados, bem como outros que contribuem para a desarticulação da rede de atenção e a fragilidade na continuidade do cuidado, o presente estudo busca responder à pergunta: quais são os dispositivos utilizados por usuários, instituições e profissionais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade a partir da perspectiva do hospital? Dessa forma, dispositivo refere-se ao modo como variados elementos se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim e a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. O dispositivo não é estático, duro, mas dinâmico e com uma função estratégica dominante¹⁰.

Para isso, objetiva-se analisar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, identificando dispositivos utilizados para essa construção a partir do hospital.

Metodologia

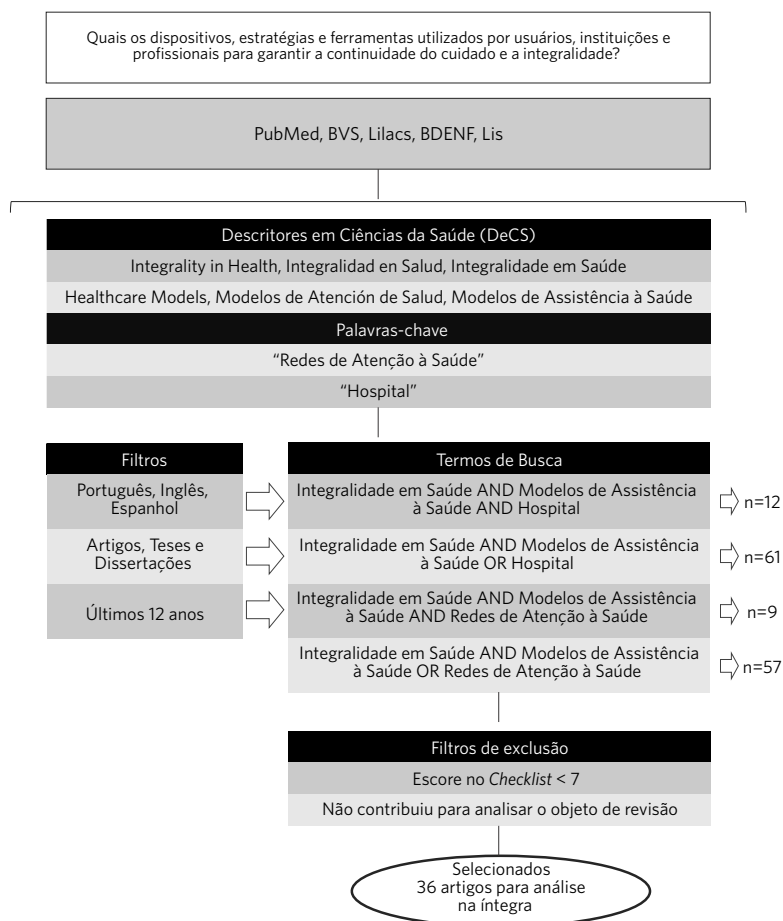
De forma a captar a produção científica em torno da temática deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa. Foram definidas para a busca as seguintes bases de dados: PubMed/Medline, Lilacs, BDNF e LIS. De forma homogênea, os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado nos últimos 12 anos, com vistas a incluir a literatura recente; constituir-se em artigo, tese ou dissertação publicado na íntegra; e conter no título, resumo ou palavra-chave os seguintes termos: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Integrality in Health, Integralidad en Salud, Integralidade em Saúde; Healthcare Models, Modelos de Atención de Salud, Modelos de Assistência à Saúde; Admitting Department Hospital, Servicio de Admisión en Hospital, Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes. Além destes, incluíram-se as palavras-chave “Redes de Atenção à Saúde” e “Hospital”, sob as opções AND e OR respectivamente. Os termos foram determinados após análise minuciosa das opções e definições

estabelecidas pelos DeCS e palavras-chave.

Essa pesquisa foi realizada nos meses de junho e julho de 2021, totalizando 139 publicações encontradas. Também, das publicações selecionadas, os resumos foram analisados na íntegra. Ainda nessa etapa, foram excluídas aquelas que não contribuíam para responder à questão norteadora da revisão: ‘Quais os dispositivos, estratégias e ferramentas utilizados por usuários, instituições e profissionais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade?’. Em todos os 139 artigos selecionados, foi aplicado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme – Casp (2013), para refinar a análise crítica dos estudos quanto à qualidade, à coerência e à relevância. Autores que estudam os aspectos metodológicos de revisões integrativas e sistemáticas consideram essa lista como uma potente ferramenta para avaliação da qualidade do texto. Os estudos que responderam positivamente a todas as questões do Casp foram incluídos para leitura na íntegra.

Ao final dessa fase, foram excluídas três referências, em duplicidade, e a seleção final resultou em 36 estudos (*figura 1*).

Figura 1. Esquema de seleção dos artigos



Entre os artigos excluídos, estavam aqueles que não se relacionavam com o objeto do estudo, os que abordavam exclusivamente a continuidade do cuidado em usuários psiquiátricos e aqueles estudos restritos ao contexto da atenção primária que não consideravam a discussão da produção do cuidado na atenção hospitalar em seu escopo.

As referências selecionadas foram lidas, analisadas e sintetizadas de forma descritiva por meio da análise temática, possibilitando descrever, agrupar e categorizar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido

sobre o tema explorado na revisão, a partir das seguintes categorias temáticas encontradas: I) Cuidado em saúde e integralidade dentro do hospital; II) O enlace e as conexões na continuidade do cuidado; e III) Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado, que serão desenvolvidas mais adiante.

Para apresentar melhor os artigos selecionados, foi construído um quadro sistemático com as informações sobre título e ano do artigo, objetivos, dispositivos utilizados e principais resultados (*quadro 1*).

Quadro 1. Quadro sistemático dos artigos analisados

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Acosta et al. (2010) ⁴⁶	Quantitativo, transversal e descritivo.	Analisar a atuação do enfermeiro na transição do cuidado ao paciente hospitalar.	Linhas de Cuidado com horizontalização da assistência, monitorização dos pacientes nas enfermarias de cuidado especial.	Atuação da enfermagem, sobretudo, no esclarecimento de dúvidas sobre orientações de alta. Não há uma comunicação efetiva com a equipe de saúde para transferência de cuidado.
Andrade (2015) ¹⁶	Quantitativo, exploratório e descritivo.	Implementar e avaliar o apoio matricial da rede de atenção especializada ambulatorial para a atenção básica, com foco na linha de cuidado do Diabetes Mellitus na região de São Paulo.	Matriciamento, clínica ampliada, atividades em grupos e individuais e ações intersetoriais.	Troca de conhecimento entre profissionais da atenção básica e da atenção especializada, reduzindo a proporção de diagnósticos e encaminhamentos desnecessários na rede de atenção.
Chaves et al. (2016) ³⁰	Qualitativo por revisão teórica.	Refletir teoricamente acerca de aspectos atuais de inserção no hospital nas redes de atenção à saúde e sua repercussão para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.	Gestão Compartilhada.	O modelo clínico vigente apresentou falhas funcionais consideráveis na interligação entre sistema de saúde, pacientes, familiares e profissionais, o que reitera a necessidade de reorganização de recursos humanos e materiais para a atuação qualificada nos cuidados de Enfermagem.
Costa et al. (2019) ²⁶	Estudo qualitativo, exploratório e transversal.	Conhecer o perfil e as atividades da Enfermaria hospitalar de enlace para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde na Espanha.	Enfermagem Hospitalar de enlace, Programa 'Pré alta'.	Atuação do profissional de enfermagem de enlace. Composto em sua maioria por mulheres (94,73%), com idade entre 26 e 64 anos e 52,3% com 21 e 30 anos de experiência. Na Espanha, a atuação da Enfermagem de enlace é componente fundamental da atenção básica em saúde e fundamental no estabelecimento de práticas de continuidade.
Girbau e Blanch (2011) ²⁷	Revisão de literatura	Evidenciar condições possibilitam a conformação e viabilidade de uma continuidade do cuidado por meio do atendimento domiciliar e da enfermagem de enlace.	Atenção Domiciliar e Enfermagem de enlace.	O programa é uma ferramenta que melhora a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Entre 2007 e 2008, os enfermeiros de enlace avaliaram 1.282 pacientes, para avaliação holística e o acompanhamento para atenção domiciliar.
Pires (2017) ⁴⁸	Pesquisa de abordagem quantitativa.	Construir uma ferramenta capaz de subsidiar ações de integralidade do cuidado na linha do cuidado da emergência pediátrica.	Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção, Ficha de Atendimento de Enfermagem na Emergência Pediátrica.	Proposta de construção da linha de cuidado da emergência pediátrica, por meio da 'Ficha de Atendimento de Enfermagem na Emergência Pediátrica', estabelecendo um perfil do trabalho no âmbito da integralidade do cuidado.
Rodrigues et al. (2013) ¹⁷	Abordagem etnográfica instrumental.	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram episódio de acidente vascular cerebral.	Corrida de Leito; Discussão de Caso Clínico, Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC.	A comunicação entre profissionais de saúde dedicados à continuidade na assistência básica e familiares do paciente foi apontada como processo imprescindível para estabelecer uma rede de cuidado integral ao paciente idoso em recuperação pós-AVC.
Azevedo et al. (2017) ¹⁵	Estudo qualitativo descritivo.	Compreender a racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS.	Gestão da Clínica, Linha de cuidado ao paciente idoso.	Foi identificada uma demanda reprimida pela carência de serviços especializados na rede de atenção da Saúde da Família, o que acaba por repercutir na continuidade efetiva do cuidado.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Silva et al. (2017) ³¹	Estudo descritivo baseado em relato de experiência.	Apresentar práticas de cuidado de um serviço de saúde após intervenções, em relação as ferramentas de gestão clínica.	Gestão da Clínica, Reuniões de Equipe, Educação Permanente no hospital.	Discussões em equipe e políticas de educação permanente se mostravam satisfatórias na correção de problemas outrora observados quanto ao não cumprimento do protocolo de atenção básica estabelecido pelo SUS.
Aguilera et al. (2013) ³²	Exploratório de abordagem qualitativa.	Compreender a prática discursiva de gestores em relação a complexidade dos serviços públicos de saúde na Região Metropolitana de Curitiba.	Programa de pacientes crônicos e central de leitos.	Os municípios mais vulneráveis apresentaram mais dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade.
Bonfada et al. (2012) ²⁰	Revisão de literatura.	Refletir sobre a integralidade e a reorganização tecnológica a partir das tecnologias leves e da clínica ampliada como diretrizes para pensar e fazer saúde no Sistema Único de Saúde.	Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito.	O modelo vigente no SUS baseado em um modelo 'curativista' consta como seu principal entrave. Na contramão dessa condição está a reorganização tecnológica que deve conceder maior aproximação entre profissionais e usuários, de modo que as ações devam passar a ser orientadas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, e não com a imposição vertical de práticas.
Coelho et al (2016) ⁴⁰	Qualitativo, exploratório e com abordagem intervencionista.	Propor um modelo de gestão do cuidado da tuberculose voltado à alta hospitalar, buscando cuidado integral ao paciente.	Apoio matricial e alta segura.	Identificou-se fragilidade nos protocolos dirigidos ao cuidado do paciente internado, falta de integração entre níveis de atenção e falta de comunicação direta entre enfermeiros do hospital e dos lotados na atenção primária. Sugestão de modelo de gestão do cuidado orientado pelo fluxo de atendimento com apoio matricial.
Furtado et al. (2010) ⁴²	Qualitativo, descritivo e transversal.	Avaliar a prática assistencial da equipe de Enfermagem de um programa de atenção à saúde do recém-nascido.	Projeto 'Floresce uma Vida' com estratégias de educação em saúde.	Identificou-se que a atenção baseada no acolhimento tem surtido resultados positivos no atendimento de recém-nascidos. O programa tem atuado como estratégia central na articulação de hospitais, maternidades e serviços básicos.
Hadad e Jorge (2018) ¹¹	Qualitativo, descritivo e analítico.	Analisar os encontros entre atores da produção de cuidado que refletem em movimentos de redes vivas e potencializam a continuidade do cuidado e a integralidade.	Usuário-guia; Redes Vivas; Empoderamento do Usuário.	A implantação das redes vivas reflete diretamente o acompanhamento, assistência e recuperação do paciente. Necessário maior investimento na formação de profissionais dedicados às práticas integrais, sobretudo no que diz respeito à inserção do usuário como agente atuante no cuidado.
Martins e Hora (2017) ³³	Qualitativo baseado em hermenêutica dialética e no feramental teórico-conceitual marxista.	Identificar e refletir sobre os desafios elencados pela equipe multiprofissional	Cuidado paliativo e articulação sistêmica com a rede de atenção.	Foram identificadas as dificuldades entre assistência curativa e paliativa, no que diz respeito à integralidade da assistência em clínica paliativa, centralidade da prática médica; organização do serviço; estrutura e recursos, além da fragmentação da rede de serviços de saúde.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Medeiros et al. (2011) ⁴³	Qualitativo, descritivo, com base em relato de caso clínico.	Apresentar a experiência da construção de um plano terapêutico multidisciplinar para crianças com mielomeningocele.	Plano Terapêutico multidisciplinar; Protagonização do(a) Cuidador(a).	Construção de um plano terapêutico multidisciplinar integral. A ação multidisciplinar mostrou-se próspera na aferição de resultado sobre cuidado integral e da protagonização de familiares no processo de recuperação da criança-paciente.
Oliveira e Sena (2010) ²¹	Revisão de literatura.	Apresentar resultados de revisão de publicações nacionais e internacionais relacionadas à alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), que sinalizam para práticas integradoras do cuidado.	A comunicação por meio de 'linhas guias', planejamento da alta com o familiar.	O foco se concentra na importância da comunicação entre profissionais e desses com pais e familiares do neonato e tratamento. Constata-se esta etapa de planejamento como fase crítica no que diz respeito à continuidade e integralidade do recém-nascido.
Paes et al. (2013) ⁴⁴	Artigo de reflexão teórica.	Refletir sobre o papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental.	Projeto terapêutico compartilhado.	Apesar dos avanços, medidas de integralidade e de continuidade enfrentam problemas de organização e implementação do SUS, como falta de qualificação profissional, centralização do modelo biomédico hospitalar, do bloqueio da equipe multiprofissional.
Perinazzo (2018) ¹²	Quantitativo, descritivo e avaliativo.	Analisar o acesso à atenção ao parto no SUS nas regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2016.	Fortalecimento do papel das instâncias de governança regional CIR, por meio da atuação de assessores regionais que induzir o processo de governança da RAS.	Reconheceu-se prioridade no investimento em serviços mais complexos em detrimento dos de maior capilaridade. As políticas de incentivos ao processo de regionalização e qualificação da atenção hospitalar contribuíram pouco para o avanço da integralidade e equidade no SUS.
Santos et al. (2016) ⁴⁵	Qualitativo sobre aplicação da Teoria da Complexidade.	Refletir sobre a integralidade e atenção obstétrica no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin.	Teoria da Complexidade de Edgar Morin para construir a produção do cuidado e o empoderamento do usuário.	A proposta da integralidade na assistência ao parto e aos cuidados neonatais deve considerar o processo do sujeito enquanto parte de uma complexidade, e não dentro de uma abordagem reducionista e fragmentada.
Silva e Sena (2017) ¹⁴	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com orientação teórico-metodológica da dialética.	Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.	Atuação do serviço social e a organização da família no processo desospitalização.	Foram identificadas fragilidades em práticas de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade do paciente em desospitalização. As estratégias se mostraram insuficientes para aferir integralidade e continuidade do cuidado.
Souza (2010) ²⁵	Qualitativo, descritivo, baseado em análise histórica de história oral.	Compreender a trajetória histórica da atenção primária nos serviços de saúde por meio da experiência do atendimento individual do usuário de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo.	Modelo de gestão colegiada e fortalecimento do modelo de gerenciamento pela enfermagem como indutor de melhorias nos processos de trabalho hospitalar.	Propõe-se a universalização do modelo de atenção da ESF no Brasil com garantias de aportes na estrutura dos serviços de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com dedicação integral.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Viana et al. (2018) ³⁴	Artigo de reflexão teórica.	Refletir sobre os desafios da construção das regiões e redes de saúde no Brasil.	Intersetorialidade e inovação sistêmica regionalizada.	O modelo atual do SUS é descontinuado e apresenta falhas quanto à eficiência de aplicação de recursos e efetividade de suas práticas. Aposta-se na centralidade das necessidades sociais, populacionais e individuais para a garantia da integralidade, dos direitos humanos e sociais; por meio da intersetorialidade e da inovação sistêmica regionalizada.
Andrade e Bosi (2015) ¹⁶	Qualitativo, de enfoque hermenêutico-crítico.	Compreender experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de Fortaleza (CE).	Matriciamento na atenção primária, clínica ampliada, atividades em grupos e individuais e ações inter-setoriais.	Foram utilizadas as dimensões analíticas: assistência, humanização, acolhimento, integralidade e clínica ampliada. Diante dos dados, observou-se o uso do protocolo de atendimento tem sido destacado como elemento fundamental.
Furuya et al. (2011) ⁴¹	Revisão teórica.	Refletir sobre o princípio de integralidade em saúde, por meio de propostas conceituais e contextualizá-lo no cuidado intensivo ao paciente idoso.	Autocuidado; Gestão da Clínica; Cuidado Paliativo.	A busca pela melhoria da qualidade da assistência em UTIs deve se concentrar no caráter humanístico, compreendendo as necessidades físicas e não físicas. Autores concluem como fundamental o atendimento humanizado para a recuperação clínica do paciente idoso.
Ribas et al. (2018) ²⁴	Qualitativo com ênfase em pesquisa interventiva.	Identificar o perfil de usuários contra referenciados pela 'enfermagem de ligação' e descrever a experiência das profissionais que participaram do projeto.	Enfermagem de enlace.	As 'enfermeiras de ligação' mostraram-se uma importante estratégia para melhorar a integração entre os serviços e promover a continuidade do cuidado. Destacam-se o diálogo entre os pontos de atenção, agilidade na aquisição de insumos.
Silva e Ramos (2011) ²³	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	Conhecer a atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar de crianças na articulação entre atenção hospitalar e básica.	Atuação da enfermagem hospitalar no processo de alta hospitalar orientando a continuidade do cuidado na rede. Visita domiciliares feitas pela enfermagem das unidades de saúde.	Foram identificadas falhas no processo de trabalho de Enfermagem no pós-alta hospitalar da criança, muito por conta de não haver articulação da atenção hospitalar e básica. Com isso, a atuação do enfermeiro nem sempre consegue ultrapassar seu espaço de trabalho.
Silveira et al. (2019) ²⁸	Pesquisa qualitativa, descritiva e transversal.	Compreender a percepção de trabalhadores e usuários acerca do compartilhamento do cuidado ao egresso de uma unidade de internação psicossocial.	Alta responsável e vínculo dos usuários aos serviços substitutivos.	Verificou-se que o encaminhamento e acesso a usuários de serviços, bem como as orientações relacionadas à alta hospitalar como sendo os maiores desafios a serem superados pelos serviços de integração.
Sousa e Bernadino (2015) ⁴⁷	Revisão teórica integrativa.	Descrever os aspectos do gerenciamento de Enfermagem que favorecem o cuidado integral na prática assistencial.	Fluxograma e reestruturação do processo de trabalho da enfermagem.	Sistematização da assistência de Enfermagem, planejamento da assistência e comunicação foram pontuados como aspectos que favorecem o cuidado integral.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Silva et al. (2017) ³⁸	Análise institucional.	Identificar e analisar a institucionalização das ações de vigilância em saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS visando perceber suas dimensões instituídas e instituintes, bem como caracterizar as lógicas de atuação dessa vigilância.	Ações articuladas de educação em saúde.	Foram observadas ações educativas – especialmente na vigilância sanitária –, processos instituintes e parcerias entre a vigilância em saúde e a atenção básica e entre as diferentes vigilâncias
Sacco et al. (2019) ²⁹	Avaliação normativa, de corte transversal e de caráter exploratório.	Realizar avaliação normativa da microgestão em UBS em ações voltadas a idosos na Região de Saúde Oeste do DF, ampliando a compreensão de como a linha de cuidado ao idoso ocorre na APS.	Ferramentas de microgestão.	Foi utilizada a Matriz de Avaliação da Gestão como ferramentas de microgestão pelos gestores das UBS. Essas estratégias utilizam da gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera como parte da gestão da clínica e são um pressuposto para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde.
Katz et al. (2020) ³⁵	Relato de experiência.	Apresentar a metodologia desenvolvida no projeto RegulaSUS e os resultados alcançados pelo Telessaúde RS – UFRG.	Telessaúde.	A intervenção tem potencial na integração de sistemas de saúde, principalmente em países de baixa e média renda, e faz com que a telessaúde atue como metasserviço, construindo redes eficientes, qualificadas e equânimes.
Nakata et al. (2020) ²²	Revisão de escopo.	Mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde.	Centros de regulação; Contemporaneização.	As características expressaram complementaridade na formação do conceito de rede de atenção à saúde. Acredita-se que a compreensão do conceito e suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde.
Almeida et al. (2020) ³⁷	Qualitativo e descritivo.	Analisar os processos de regulação assistencial a partir das ações para detecção precoce do câncer de mama em perspectiva regional.	Centrais Municipais de Regulação (CMR); a Comissão Intergestores Regionais (CIR), Central Regional de Regulação (Creg).	A implantação do Sistema de Informação de Câncer não foi efetivada, comprometendo o monitoramento das ações e coordenação do cuidado. Foram identificados esforços para qualificar os processos regulatórios empreendidos pelos municípios, embora permanecessem ações automatizadas e paralelas, sem atuação do gestor estadual na coordenação e articulação das redes regionalizadas.
Freire et al. (2020) ³⁹	Estudo cartográfico.	Analisar a capacidade da regulação de redes de atenção em produzir cuidado vivo em ato.	Usuários-guia; complexo regulador.	O estudo concluiu que as ações de regulação foram capazes de produzir cuidado centrado no usuário, que o Complexo Regulador atuou de forma coadjuvante na garantia do acesso e que os mecanismos regulatórios nos serviços de saúde potencializaram uma regulação produtora do cuidado em redes de atenção.

Quadro 1. (cont.)

Autor/data/nº na referência	Tipo de estudo	Objetivo	Dispositivos	Resultados
Toldrá et al. (2019) ¹⁸	Estudo retrospectivo, exploratório e descritivo.	Verificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários acompanhados pelo grupo de apoio, identificar os desafios para inserção dos usuários na rede de serviços de reabilitação e as estratégias do grupo de apoio para enfrentamento desses desafios.	Grupo de apoio baseado na Residência Multiprofissional.	O grupo de apoio tem reforçado encaminhamentos prescritos ou sua obtenção em consultas médicas na rede, acolhido demandas por área profissional, orientado usuários para acessar serviços e inserir-se em tratamentos.

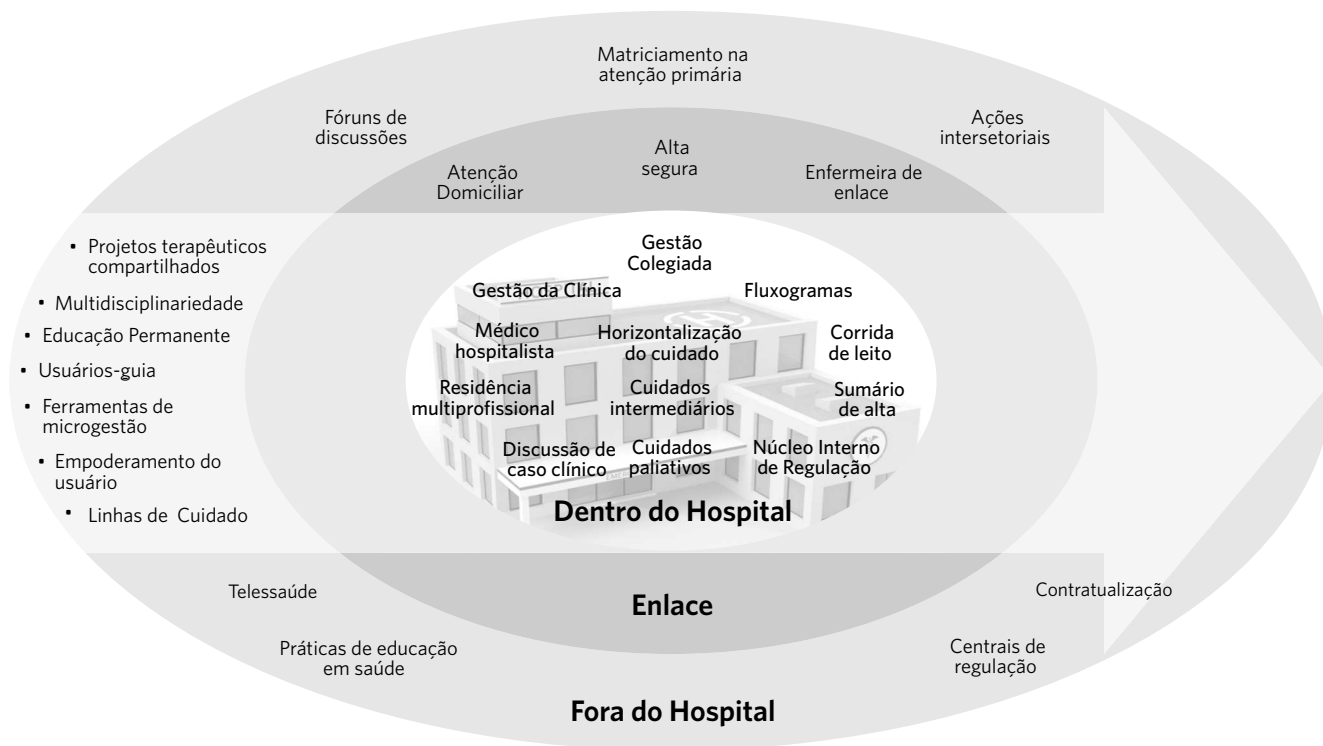
Fonte: elaboração própria.

Resultados

A investigação dos estudos permitiu identificar alguns dispositivos presentes na organização do trabalho, na dimensão micropolítica da produção do cuidado em saúde, bem como

na articulação macropolítica das redes de atenção. A *figura 2*, explicita os dispositivos de dentro e de fora do hospital, e aqueles que se movimentam entre esses dois campos e se conformam por meio de estratégias potentes para a produção e continuidade do cuidado.

Figura 2. Dispositivos para continuidade do cuidado encontrados nos artigos da revisão integrativa



Identificaram-se os dispositivos de dentro, do enlace e de fora do hospital e aqueles que transversalizam, pressupondo práticas organizativas e relacionais para atingir um cuidado integral. Consideraram-se dispositivos de dentro do hospital aqueles desenvolvidos no âmbito hospitalar a partir das experiências dos atores sociais pertencentes a esse espaço. Os dispositivos de enlace são aqueles que propõem articular/conectar/interligar o dentro com o fora do hospital. Os dispositivos de fora do hospital são aqueles desenvolvidos a partir do trabalho produzido por outros equipamentos da rede de atenção, podendo, inclusive, ter uma abordagem intersetorial. Já os dispositivos que transversalizam são os que não dependem de um cenário ou ator social específico para se produzir, eles podem emergir tanto dentro quanto fora da perspectiva do hospital.

Nota-se que as tecnologias empregadas nos dispositivos de dentro do hospital ecoam para os dispositivos de enlace por meio de interações subjetivas entre os profissionais na produção do cuidado, de forma que o que é produzido dentro do hospital é refletido no processo de trabalho desenvolvido nos equipamentos que estão fora do hospital. Essa interação na produção do cuidado, que o profissional desenvolve no cotidiano do seu trabalho, indica a (re)construção da rede assistencial, a redefinição do projeto terapêutico de cada usuário e a articulação entre usuário e serviços de saúde.

Os dispositivos de empoderamento do usuário – multidisciplinaridade, educação permanente, linhas de cuidado, usuários-guia e linhas-guia – configuram-se como dispositivos transversais à produção do cuidado, independentemente do espaço. São estratégias para a criação de uma rede de cuidados integrada entre os diferentes níveis de atenção na produção do cuidado resolutivo. Assim, o modo como elas operam com os demais dispositivos presentes na rede de atenção, como matriciamento, intersetorialidade e fórum de discussões, buscam superar o modelo de atenção ainda médico hegemônico e procedimento centrado.

Por fim, os estudos analisados abordaram prioritariamente sobre a necessidade de articular as diversas esferas de atenção à saúde, para chegar a um consenso de ideias, garantindo a integralidade como princípio central; entretanto, consideraram os desafios em torno dos percursos que profissionais, instituições e usuários têm para garantir esse modelo de atenção. Então, por meio desta análise, foram encontrados dispositivos pelos quais os profissionais, as instituições e a gestão podem buscar a promoção do cuidado integral, pouco se referindo às iniciativas de cuidado advindas dos próprios usuários. Nesse sentido, a pergunta norteadora da revisão conseguiu identificar os dispositivos para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade, sem, contudo, permitir uma análise refinada segundo cada ator social.

Discussão

O Cuidado em saúde e a integralidade dentro do hospital

A assistência hospitalar é um campo de práticas de cuidado bastante peculiar, considerando a natureza complexa e multidimensional do cuidado em saúde. Ao mesmo tempo que se tem uma equipe de saúde discutindo os projetos terapêuticos, há também os acompanhantes, que auxiliam no cuidado prestado pelos profissionais. Nessa perspectiva, os elementos do cotidiano e os processos micropolíticos, dialógicos e intersubjetivos marcam a vida das organizações de saúde e, especialmente, de organizações complexas como os hospitais.

As principais estratégias e dispositivos encontrados dentro do hospital foram: corridas de leitos, incorporação do médico hospitalista, gestão da clínica, residências multiprofissionais, discussões de casos, horizontalização do cuidado, sumário de alta, reestruturação dos processos de trabalho com fluxogramas, reuniões sistemáticas, gestão

colegiada, implementação do núcleo interno de regulação e incorporação de cuidados intermediários na prática clínica. Alguns desses dispositivos foram citados nos artigos como sendo de dentro do hospital, mas sabe-se que a potência de alguns destes para a integralidade do cuidado pode transversalizar todos os níveis assistenciais, como a construção de um sumário de alta ancorado em uma lógica de alta responsável e articulada com a equipe de saúde do território, e a discussão de casos envolvendo também a equipe de saúde da família, referência do paciente e, em alguns casos, a articulação com demais equipamentos para o suporte social ao paciente.

Na revisão, pôde-se constatar que a singularização da assistência é um termo utilizado como meio para promover a integralidade. Para tanto, os artigos mostram o cuidado no hospital e na desospitalização, tendo como ênfase as análises voltadas para a organização do atendimento e as orientações para o autocuidado, ambas guiadas pela estrutura organizacional do SUS. Esse processo, essencial para o cuidado, depende não apenas das atividades instrumentais e de gerenciamento, mas também da identificação das reais necessidades do paciente dentro de uma linha de cuidado efetiva e de uma articulada organização do trabalho em saúde.

Parece haver, nos estudos, o protagonismo do cuidado da enfermagem, como um importante sujeito do gerenciamento do cuidado hospitalar. Na presente investigação, identificou-se que a enfermagem deve atentar para o cuidado que inclui as subjetividades, seja pelas práticas éticas ou terapêuticas. A autonomia do enfermeiro no cuidado emerge das experiências acumuladas com as transformações na assistência em que é necessário que se reconheçam a integralidade, a escuta, a interdisciplinaridade e a existência de um sujeito singular a partir de elementos das novas práticas^{3,11,12}.

Apesar de resultados importantes destacando o trabalho da equipe de enfermagem, observou-se que há uma falta de consenso

sobre o conceito de integralidade. Destaca-se um distanciamento entre as compreensões do princípio/conceito com as práticas assistenciais concretas¹³. A compreensão da integralidade do cuidado na perspectiva de um modelo de atenção à saúde que direciona o cuidado centrado no usuário suscita reflexões sobre as tecnologias e as formas de organização do trabalho, expressas por uma tensão permanente entre a clínica e a saúde coletiva, como desafios para a integralidade do cuidado¹⁴.

Diversas experiências têm defendido os projetos terapêuticos singulares e multiprofissionais, sendo dispositivos com evidências significativas já identificadas. A análise dos estudos permitiu inferir que ainda há pouco engajamento do conjunto da equipe assistencial para ocupar os espaços de fala e decisão multidisciplinar acerca do projeto terapêutico do paciente. Ademais, há pouco envolvimento dos médicos nos processos de discussão coletiva e multidisciplinares, que tem como foco a discussão e a resolução de problemas com as equipes de enfermagem e de apoio. Os médicos reservam sua participação prioritariamente aos espaços de reunião dentro de sua própria categoria profissional¹⁵.

Nesse contexto, a inclusão do médico hospitalista, também denominado de médico horizontal em algumas instituições, representou uma inovação na assistência hospitalar, com a horizontalização do cuidado, a ampliação do suporte clínico e a melhoria de fluxos e acompanhamento dos pacientes, representando maior apoio às transições assistenciais. Seu papel na assistência simboliza um elo entre usuário, família e equipe de saúde que vai além dos aspectos técnicos, mas também intersubjetivos¹⁵.

Mesmo que haja ainda algumas dificuldades de aproximação da equipe médica com os demais profissionais, os médicos hospitalistas compreendem o seu papel fundamental para organização da assistência e coordenação do cuidado ao paciente internado. Isso é perceptível seja pelas respostas mais rápidas às mudanças de condição clínica, seja pela

redução da fragmentação do cuidado médico nas transferências de cuidado, bem como pela maior eficiência da assistência^{12,15}.

Outros estudos destacaram como dispositivos algumas estratégias de reorganização da gestão hospitalar e da interdisciplinaridade, por meio da educação permanente em saúde e comunicação entre a equipe multidisciplinar. Destacam-se as residências multiprofissionais que representam um avanço, uma vez que a referência e a contrarreferência são mais eficazes quando ocorrem a partir de um planejamento multiprofissional¹⁶⁻¹⁸. Contudo, ainda se observa um planejamento de alta um pouco restrito, ou seja, definido pela equipe médica e realizada pela equipe de enfermagem e assistência social.

Um dos artigos estudados defendeu a proposta de governança clínica como meio para melhoria da qualidade da clínica e, consequentemente, da prestação do cuidado integral, coordenada e centrada no paciente. Segundo o National Health Service (NHS), no Reino Unido, a governança clínica considera como estratégias a efetividade clínica, a auditoria clínica, o gerenciamento de risco, o uso da informação, educação e treinamento, o gerenciamento de pessoas e uma melhor e mais qualificada relação paciente e profissional¹⁹⁻²⁰. Também apareceram nos artigos os dispositivos de clínica ampliada, clínica do sujeito, gestão da clínica como formas de promover o cuidado, a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões e alinhado às suas necessidades^{20,21}.

Outro dispositivo em destaque encontrado foi o NIR, ou seja, o Núcleo Interno de Regulação nos hospitais, que, a partir de 2007, com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), propôs a implantação da regulação dos leitos intra-hospitalar, assim como estabeleceu a interface do hospital com as Centrais de Regulação. Essa estratégia se torna um dispositivo hospitalar capaz de delinear o perfil de complexidade da assistência para o atendimento hospitalar, bem como permite o acesso de forma organizada e por meio de protocolos assistenciais²².

Uma parcela dos estudos investigados concentra-se na crítica ao modelo gerencial convencionalmente adotado pelo SUS, com ênfase na área hospitalar, que se materializa na dificuldade em prestar uma atenção mais integral e contínua. Relatam a abordagem ‘curativista’ como característica hegemônica do modelo de atenção à saúde. Além disso, referem também a ausência de um projeto terapêutico que avalie as condições de saúde e, se necessário, redefina as linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, preconizando o planejamento da alta responsável e a estruturação de linhas de cuidado estratégicas no hospital.

O enlace e as conexões na continuidade do cuidado

Esta categoria buscou analisar as estratégias que garantem a articulação do dentro com o fora do hospital. Os estudos demonstram a dualidade nos dispositivos para garantia da integralidade e continuidade do cuidado. Seu modo de operar se apresenta de forma, por vezes, ambígua, no qual se constata que há um discurso estratégico para o fortalecimento das redes de atenção à saúde, especialmente na referência que se faz aos princípios organizativos e modos de pensar o SUS. Ademais, há um cotidiano do trabalho, com conexões micropolíticas entre profissionais e usuários, com consequente mudanças nos processos de trabalho. Entretanto, nem sempre o discurso é incorporado na prática.

A relação que se forma entre o ‘dentro’ do hospital e o ‘fora’ é composta de estratégias que só serão incorporadas em sua totalidade quando o modo de olhar o cotidiano do processo de trabalho dos profissionais forem sendo incorporados às subjetividades e os elementos macropolíticos forem integrados a uma concepção multidimensional de saúde. Seria, então, a emergência de um novo modo de cuidar? Há como realizar redes vivas, projetos terapêuticos compartilhados, multidisciplinaridade e empoderamento dos usuários sem repensar a produção do cuidado?

Nesse campo, os desafios se mostram cada vez mais presentes e complexos, sendo também decorrentes da forma como a problemática da gestão dos serviços não se resume à questão estrutural e operacional, mas repercute diretamente sobre os modelos assistenciais adotados, recaindo de maneira incisiva sobre o exercício profissional e sobre a qualidade das práticas de continuidade e integralidade do cuidado em saúde. Dessa maneira, a complexidade intrínseca ao SUS possui implicações nos modos de prestação de serviços dos profissionais de saúde. Essa complexidade possui origem na fragmentação do modelo de atenção contemporâneo e nas fragilidades quanto à adequada alocação e qualificação das pessoas, o que, por si, volta-se à conjuntura gerencial, normativa, que diz respeito à esfera das relações políticas que dificultam a reestruturação do modelo de atenção^{23,24}.

Logo, os dispositivos da alta responsável, atenção domiciliar e enfermagem de enlace são constituídos no enlace do ‘dentro e fora’ do hospital. Assim, o cuidado dentro do hospital e a continuidade do cuidado na rede de atenção devem ser pensados como construção conjunta do processo de produção do cuidado em saúde.

A alta segura, relatada em vários artigos com nomenclaturas diferentes, tem propostas semelhantes, ou mesmo constitui-se em vários dispositivos para buscar e construir a alta segura como programas de pré-alta, ficha de desospitalização, planejamento de alta, alta responsável, alta assistida. Esses dispositivos de mobilização para a alta baseiam-se na transferência do cuidado realizada por meio de orientação ao usuário, ao seu familiar e ao cuidador, ou mesmo a outros profissionais da saúde, visando à continuidade do tratamento. Alguns estudos relatam que esses dispositivos utilizados para trabalhar a alta hospitalar avançam como um protocolo sistematizado para garantia da comunicação de dentro para fora do hospital, com enfoque também para rede de atenção^{25,26}.

O dispositivo ‘Pré alta’, desenvolvido no Serviço Catalão de Saúde (CatSalut) na região

da Catalunha, em Barcelona, tem se configurado como um instrumento para melhorar a coordenação hospitalar com a e a gestão territorial. Esse instrumento auxilia as enfermeiras gestoras de caso a realizarem a atenção primária em coordenação com os profissionais de saúde da atenção básica para que, com o paciente e a família, estabeleçam um plano de cuidados mais adequado em cada situação²⁷.

O papel da enfermagem de enlace ou ligação dentro do hospital, mencionado em três estudos, refere-se a um profissional do cuidado que realiza a avaliação e verifica a necessidade de continuidade do cuidado após a alta. A responsabilidade é compartilhada com os enfermeiros das unidades básicas, atenção domiciliar e seus supervisores, mas a decisão sobre a necessidade da continuidade do cuidado após a alta é da enfermagem hospitalar de enlace ou ligação^{24,26,27}.

A enfermeira hospitalar de enlace compreende a gestão do cuidado, a partir do hospital, envolvendo a organização do atendimento, necessidade de continuidade do cuidado após a alta e orientações para o autocuidado. A construção da transição do cuidado pela enfermeira de enlace inicia-se no envolvimento da família com a equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta do paciente. Ela prevê a enfermeira de enlace, um modelo de cuidado não fragmentado e centrado na pessoa^{24,26,27}.

Do ponto de vista de novas estratégias, a atenção domiciliar tem se mostrado como uma possibilidade de inovar a produção do cuidado por meio da desinstitucionalização do cuidado, promovendo um maior protagonismo da família e do cuidador na gestão do cuidado que é produzido em seu próprio território e cotidiano. A atenção domiciliar se torna um dispositivo potente para responder a algumas dessas necessidades, incluindo a construção de projetos terapêuticos que favorecem a ressignificação das tecnologias leve-duras e duras com a inclusão de mais tecnologias leves no processo de produção do cuidado.

O enlace do hospital para fora buscando promover o cuidado integral no território

se materializa pela adequada e responsável transferência do cuidado aí produzido, ou seja, o cuidado passa a ser ofertado, sobretudo, pelas conexões estabelecidas com o sujeito e a família, além de alguns dispositivos que devem ser construídos para a produção do cuidado. A análise desses achados permite inferir que a enfermagem de enlace, a atenção domiciliar e a alta segura, três dispositivos que surgem do cuidado hospitalar, possibilitam o maior protagonismo do usuário e a produção compartilhada construída entre usuário, cuidadores e profissionais, direcionando um novo modo de cuidar, um cuidado singular com dispositivos horizontalizados, capazes de articular o acesso aos diferentes equipamentos da rede.

Além dos dispositivos de enlace, destacam-se, nesta categoria, os dispositivos que transversalizam os níveis de atenção e que potencializam o cuidado integral, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência do paciente/sujeito. Nessa perspectiva, empoderamento do usuário, projetos terapêuticos compartilhados, multidisciplinaridade, ferramentas da microgestão, educação permanente, linhas de cuidado e usuários-guia foram relatados nos estudos como estratégias que perpassam toda produção do cuidado desde a perspectiva do hospital até a do cuidado nos territórios.

O saber sobre o autocuidado e sobre todo o processo da produção do cuidado dentro e após a alta hospitalar é essencial para que o usuário compreenda a assistência realizada. A relação que é construída entre o profissional e o usuário se reflete no empoderamento do paciente, bem como na adequada compreensão por parte dele do momento vivido²⁸.

As ferramentas de microgestão, tais como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, fazem parte da gestão da clínica e são um pressuposto para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde. Do ponto de vista micropolítico, as relações cuidadoras devem preceder e se sobrepor às tecnologias duras. Isso significa uma importante inflexão no

modelo assistencial na direção da produção do cuidado, que necessita ser acompanhada com a compreensão das dimensões culturais, sociais, econômicas, históricas e ambientais que envolvem o cuidado²⁹.

Os resultados dos estudos apontam a necessidade de conformar redes de cuidado na perspectiva do sujeito e na perspectiva clínica, em um processo singular e flexível. A articulação em rede, por meio dos dispositivos de enlace, possibilita a cooperação e a solidariedade entre os serviços, gerando benefícios para atendimento das demandas dos usuários. Assim, não basta a conformação dos protocolos assistenciais, é urgente a articulação das necessidades dos usuários com os diversos pontos da rede de atenção.

Mesmo que haja protocolos bem difundidos internamente nos hospitais e a uma rede de atenção à saúde bem desenhada, os modos de operar devem estar alinhados a um produzir comum: o cuidado. A micropolítica a favor da multidisciplinaridade, da enfermagem de enlace, das linhas de cuidado, extrapola a perspectiva intra-hospitalar ao considerar a trajetória e a necessidade desses sujeitos, que estão hospitalizados, mas são oriundos de um outro território. Outrossim, os diversos pontos de vista desse território, desse lugar de fala e de sentido, e não somente as normas técnicas, servem como orientadores para ampliar a produção de mecanismos e responsabilidades para a continuidade, vínculo, enfim, a garantia da integralidade em saúde.

Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e a continuidade do cuidado

Quanto à categoria de continuidade do cuidado nas redes de atenção à saúde, pôde-se observar que tanto a organização dos serviços quanto os seus processos de trabalho estão voltados para o suprimento imediato da demanda da população^{17,30,31}.

De modo geral, independentemente das abordagens destacadas pelos estudos para

promover a integralidade, os resultados evidenciaram pontos concordantes no que diz respeito às dificuldades em estabelecer a continuidade e a integralidade em serviços na atenção básica em saúde, sobretudo no que diz respeito ao acesso e à continuidade do cuidado por meio das redes de atenção. Destacam-se dispositivos de matriciamento na atenção primária, ações intersetoriais, centrais de regulação, práticas de educação em saúde nos territórios, telessaúde e discussões regionalizadas para a continuidade do cuidado nas três esferas federativas e em todos os níveis de atenção à saúde^{22,28,32,33}.

A complexidade em garantir o percurso do usuário dentro da rede, seja pelas condições sociais do território ou pela oferta de serviços, pode indicar alguns problemas, inclusive da reincidência de agravos de saúde e do retorno do paciente aos cuidados da instituição hospitalar – desdobramentos quase sempre relacionados com a descontinuidade do cuidado e dos entraves quanto à integralidade assistencial, existente da falta de articulação do hospital com os demais serviços da rede^{12,20,31,33-39}.

Além disso, sabe-se que a reformulação dos modelos de gestão e atenção não será alcançada apenas com uma maior aplicação de recursos e oferta de serviços – que, considerando-se os valores orçamentários aplicados, são significativamente menores quando comparado com modelos similares em outros países, com populações e demandas menores que a da realidade brasileira –, mas somente se houver, antes, uma reformulação plena do ponto de vista ético na gestão desses modelos^{34,36}. Embora existam ferramentas de coordenação do cuidado, este ainda se mostra fragmentado, demonstrando a necessidade de maior protagonismo da atenção primária^{29,38-39}.

Os estudos revelaram as dificuldades no acesso às consultas e exames especializados, aos serviços de média/alta complexidade como fatores de ruptura das linhas de cuidado na rede de atenção, revelando a fragmentação ou a inexistência de redes de saúde articuladas³². Nesse campo, a regionalização em saúde é vista

a partir de uma das alternativas para buscar a redução das desigualdades no acesso ao SUS, sendo caracterizada como uma possibilidade de integração entre os diversos níveis do cuidado à saúde dentro de um determinado território^{35,37,39,40-43}.

Embora a maioria dos estudos se refira a um modelo de rede de atenção à saúde por níveis de atenção, alguns estudos exploram a defesa de uma nova concepção de rede de saúde que considere as diversas portas de entrada construídas e utilizadas no cotidiano da sociedade¹¹.

Nesse sentido, entende-se que há fluxos e percursos que não necessariamente irão seguir as construções formais de rede. As chamadas ‘redes vivas’ propõem entender e considerar, por meio do protagonismo do usuário, as múltiplas entradas nos serviços de saúde ou mesmo fora deles, que são definidos pelo cotidiano desses indivíduos⁸. Assim, a rede atua de forma viva e integrada sobre as demandas articulando o conjunto dos recursos do território, para além dos equipamentos da saúde, incluindo outros serviços sociais ou comunitários, bem como as redes existenciais construídas pelos próprios usuários como recursos a serem valorizados para a construção dos seus projetos de cuidado^{44,45}.

Do exposto, o usuário define sua entrada no sistema, e esse percurso construído pressupõe novos modos de fazer e organizar os serviços. Esse caminho é feito por encontros, no qual todos os atores devem ser envolvidos para que haja ressignificação das práticas, que se encontram, por vezes, como repetição de um modelo hegemônico que não dá conta do conjunto das necessidades dos usuários^{2,11,46,47}.

Os dispositivos referentes à produção do cuidado na rede de atenção encontrados nos artigos oportunizam a organização da linha de cuidado em todos os níveis assistenciais, fortalecendo o processo de gestão e atenção à saúde na perspectiva da integralidade. A continuidade do cuidado para fora do hospital se destacou principalmente em serviços vinculados à universidade, pois foram os que mais receberam os usuários, seguidos por Unidades

Básicas de Saúde, Centros Especializados de Reabilitação, serviços vinculados a outros hospitais e à rede privada. Nesse caminho, destaca-se o papel que deve ser assumido pela gestão e regulação da atenção e do acesso aos leitos, orientada pelo princípio da equidade e articulada com a atenção básica e outros serviços como dispositivos qualificadores³⁶⁻³⁸.

Destaca-se, ainda, a importância de compreender os determinantes sociais em saúde, que desvelam as iniquidades que perpassam a realidade dos usuários e a qualidade da assistência como marcadores do acesso, universalidade e integralidade da assistência. Embora a integralidade tenha sido o princípio ordenador primário, garantindo a capilaridade no território, há de se pensar na qualidade do acesso com vistas à integralidade da atenção^{25,36}.

Considerações finais

Em síntese, os achados dos estudos apresentados a partir do hospital demonstram a importância da melhoria da assistência em todos os serviços de saúde, mas, em especial, na área hospitalar, assim como a necessidade da melhoria das conexões e articulações com a rede de atenção em busca do cuidado integral.

Foi possível observar com esta investigação a multiplicidade das posições discursivas acerca da compreensão da integralidade como elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas. Os estudos, de modo geral, direcionam-se para a incorporação da concepção do sujeito-usuário dentro da lógica de atenção e do cuidado compartilhado e integral, entretanto, ainda se sobressaem no cotidiano do trabalho em saúde práticas do modelo médico hegemônico em detrimento de práticas mais integrais e cuidadoras.

Os estudos se referem a práticas na rede de atenção à saúde ainda fragmentadas, na qual a trajetória dos pacientes se centra, principalmente, na busca por serviços especializados,

como os hospitais e atenção secundária, apresentando vínculo frágil com a Atenção Primária à Saúde. Entretanto, observa-se também que os dispositivos mencionados avançam no aperfeiçoamento do modelo de linhas de cuidado integrado para dentro do hospital e para a rede, ampliando o modelo de decisão compartilhada e centrado nas necessidades dos usuários.

Vale destacar o papel da enfermagem como ator fundamental para implementar processos de mudanças no modelo de atenção à saúde, seja pela capacidade de reestruturação produtiva do setor, seja pela proximidade com os usuários.

Com relação às limitações do estudo, evidencia-se que foram considerados para análise os dispositivos para continuidade do cuidado a partir do hospital, ou seja, se fossemos considerar a perspectiva a partir da atenção primária, secundária, ou a partir da rede de atenção psicossocial, poderíamos ter outra realidade. Além disso, por ser realizada em um período definido, apresenta, a partir das bases estudadas, uma fotografia do estado da arte no período, mas, com certeza, foi influenciada pela forma como foi empreendida a busca, a partir de alguns descritores específicos e, também, reflexo de um determinado padrão do que se entende do conhecimento científico válido, permeado por disputas e tensões sobre o que as revistas definem como cientificamente relevante a partir dos seus lócus de poder.

Por fim, além da análise do estado da arte do objeto estudado, esta revisão permitiu, como uma reflexão final, a problematização de que a produção do cuidado em saúde de forma integral necessita de estratégias micropolíticas e de intervenção gestora que induzam a efetivação de uma atenção à saúde contínua, de qualidade e integral. Nesse sentido, a aposta que se deve fazer é em práticas de saúde, que contribuam para o êxito do modelo público baseado em gestão, formação, educação permanente e comunicação entre equipes, instituições hospitalares, usuários e famílias.

Colaboradoras

Belga SMFB (0000-0003-4322-6184)*, Jorge

AO (0000-0003-1366-1732)*, Silva KL (0000-0003-3924-2122)*, contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Brasil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N. Engl. J. Med.* 2015; 372(32):2177-2181.
2. Feuerwerker LC, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):965-971.
3. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, et al. Entendendo os Desafios para a Implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg. Saúde Debate.* 2014; (52):125-145.
4. Viacava FO, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2020 out 7]; 23(6):1751-1762. Disponível em: <http://ref.scielo.org/x695v6>.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-1797.
6. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde – 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(7):1620-25.
7. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, et al. Assessmentn a drisk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(2):218-225.
8. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. Saúde debate.* 2014; (52):153-64.
9. Sampaio J, Ferreira TPS, Oliveira IL, et al. Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 228-232
10. Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Foucault M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal. 1995; 243-276.
11. Haddad AAC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde debate.* 2018; 42(esp4):198-210.
12. Perinazzo TF. Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2018.
13. Reis AAC, Cecílio LC. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde debate.* 2009; 33(81):88-97.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42:48-56.
15. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1991-2002.
16. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde Soc.* 2015; 24(3):887-900.
17. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013; 21(esp):216-224.
18. Toldrá RC, Ramos LR, Almeida MHM. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 27(3):584-592.
19. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde debate.* 2018; 42(118):579-593.
20. Bonfada D, Cavalcante JRI, Araújo DP, et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(2):555-560.
21. Oliveira S, Sena RR. A alta da unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Continuidade da Assistência: um estudo bibliográfico. *REME Rev. Min. Enferm.* 2010; 14(1):103-109.
22. Nakata L, Feltrin AFS, Chaves LDP, et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna. Nery.* 2020; 24(2):e20190154.
23. Silva R, Ramos FR. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):309-315.
24. Ribas EM, Bernardino E, Larocca LM, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(1):591-598.
25. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, et al. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(3):504-510.
26. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2019; 53:e03477.
27. Girbau PN, Blanch LM. Protocolo de actuación Enlace-prealt. *Metas Enferm.* 2011; (13);14(6):61-65.
28. Silveira RP, Siqueira DF, Mello AL, et al. Sharing care in psychosocial care: perception of workers and users. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019; 15(2):69-76.
29. Sacco R, Cardoso PRR, Escalada PMF, et al. Avaliação da microgestão em Unidades Básicas de Saúde em ações para idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2021 jun. 27]; 24(6):2173-2183. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602173.
30. Chaves LDP, Balderrama P, Margatho A, et al. O hospital e a enfermagem na perspectiva das redes de atenção à saúde. *CuidArte Enferm.* 2016; 10(2):218-225.
31. Silva JLBV, Oliveira ABC, Oliveira AGM, et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(2):792-797.
32. Aguilera SLVU, França BHS, Moisés ST, et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Púb.* 2013; 47(4):1021-1039.
33. Martins GB, Horta SS. Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Rev. Bras. Cancerol.* 2017; 63(1):29-37.

34. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1791-1798.
35. Katz N, Roman R, Rados DV, et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(4):1389-1399.
36. Garnelo L, Sousa ABL, Silva ACO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-1234.
37. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA, et al. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2020; 24(1):e190609.
38. Silva JLBV, Oliveira ABC, Oliveira AGM, et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(2):792-797.
39. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saude Soc.* 2020; 29(3):e190682.
40. Santos CTBS, Andrade LOM, Silva MJ, et al. Percursos do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis.* 2016; 26(1):45-62.
41. Furuya RK, Birolin MM, Biazin DT, et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm UERJ.* 2011; 19(1):158-162.
42. Furtado MCC, Mello DE, Parada CMGL, et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2010; 12(4):640-646.
43. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2016; 50(5):816-822.
44. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2013; 12(2):407-412.
45. Santos FAPS, Enders BC, Santos VEP, et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(4):e20160094.
46. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev. Enferm. UFPE.* 2018; 12(12):3190-3196.
47. Sousa SM, Bernardino E. Gerenciamento de enfermagem para o cuidado integral: revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE.* 2015; 9(6):8312-8321.
48. Pires MCAC, Ferreira SCM, Silva ALA. Linha do cuidado: a emergência pediátrica na perspectiva da integralidade do cuidado. *REaid.* 2017; 80(18).

Recebido em 13/09/2021
Aprovado em 10/03/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve