



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

STEPHANIE MARQUES MOURA FRANCO BELGA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE À SAÚDE: PERSPECTIVAS A
PARTIR DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES**

BELO HORIZONTE

2023

STEPHANIE MARQUES MOURA FRANCO BELGA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE À SAÚDE: PERSPECTIVAS A
PARTIR DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública na linha de pesquisa Economia da Saúde e Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge.

Coorientadora: Profa. Dra. Kênia Lara Silva.

BELO HORIZONTE

2023

B429p Belga, Stephanie Marques Moura Franco.
Produção do cuidado e integralidade à saúde [manuscrito]:
perspectivas a partir do Hospital Risoleta Tolentino Neves. / Stephanie
Marques Moura Franco Belga. - - Belo Horizonte: 2023.
170f.: il.
Orientadora: Alzira de Oliveira Jorge.
Coorientadora: Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Políticas de Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Integralidade em Saúde. 2. Continuidade da Assistência ao
Paciente. 3. Redes Comunitárias. 4. Modelos de Assistência à Saúde.
5. Reestruturação Hospitalar. 6. Dissertação Acadêmica. I. Jorge,
Alzira de Oliveira. II. Silva, Kênia Lara. III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
ATA DE DEFESA DE TESE
STEPHANIE MARQUES MOURA FRANCO BELGA

Às **09:00** horas do dia treze de julho de dois mil e vinte e três, na sala online, da plataforma lifesize, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa de tese de STEPHANIE MARQUES MOURA FRANCO BELGA, número de registro 2018658616, graduada no curso de GESTAO DE SERV. DE SAUDE, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA. A presidência da sessão coube a profa. Alzira de Oliveira Jorge - Orientadora (UFMG). Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: profa. Kenia Lara da Silva- coorientadora(UFMG), profa. Andrea Maria Silveira (UFMG), profa. Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública), profa. Ana Augusta Pires de Coutinho (Hospital Metropolitano Odilon Behrens), profa. Maria do Carmo (SMS/PBH e Faculdade de Ciências Médicas/FELUMA), profa. Mônica Aparecida Costa (Hospital Risoleta Tolentino Neves). Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Tese de Doutorado**, intitulada: "Produção do cuidado e integralidade à saúde: perspectivas a partir do hospital Risoleta Tolentino Neves". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar **APROVADA a Tese de Doutorado**. O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 13 de julho de 2023.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Profa. Alzira de Oliveira Jorge - Orientadora (UFMG)
Profa. Kenia Lara da Silva (UFMG) - Coorientadora
Profa. Andrea Maria Silveira (UFMG) -
Profa. Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública)
Profa. Ana Augusta Pires de Coutinho (Hospital Metropolitano Odilon Behrens)
Profa. Maria do Carmo (SMS/PBH e Faculdade de Ciências Médicas/FELUMA)
Profa. Mônica Aparecida Costa (Hospital Risoleta Tolentino Neves)



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Membro**, em 17/07/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Maria Silveira, Chefe de departamento**, em 17/07/2023, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Usuário Externo**, em 17/07/2023, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria do Carmo, Usuário Externo**, em 26/07/2023, às 19:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Augusta Pires Coutinho, Usuário Externo**, em 27/07/2023, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 27/07/2023, às 19:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Aparecida Costa, Usuária Externa**, em 29/08/2023, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2463507** e o código CRC **3C70C73A**.

Aos que se dedicam à produção das existências e da vida;

Aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde;

E aos amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao tempo, mestre de todas as coisas.

Ao meu Deus, especialista em tornar o impossível em realidade e que nunca me deixou só.

À minha mãe, à minha irmã, à Sury e à minha esposa, vocês são o melhor da minha vida. Mãe, obrigada pelo amor incondicional, você é o meu exemplo de mulher forte, determinada e guerreira. Celle, você é meu amor, minha cúmplice, obrigada pelo carinho e cuidado comigo. Sury, suas lambidas e seus abraços me fortaleceram para vencer os dias difíceis. Rah, obrigada por compartilhar a vida boa comigo, por sempre me encorajar e acreditar que sou capaz. Por vocês quatro eu sempre buscarei a felicidade.

À Alzira, obrigada pelo cuidado, atenção e dedicação em construir comigo essa tese. Tenho muito respeito e admiração a você, que sempre, sem exitar, esteve ao meu lado para orientar o meu estudo.

À Kênia, pelos anos de pesquisa juntas, e agora do meu lado como minha coorientadora. Agradeço pelo apoio constante, sintonia e compreensão nos momentos difíceis.

Às professoras e doutoras que tão prontamente se dispuseram a arguir este trabalho: Dra. Ana Augusta Pires Coutinho, Profa. Dra. Adriana Silveira, Profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Dra. Maria do Carmo, Dra. Mônica Aparecida Costa, Dra. Elysangela Dittz . Estou muito feliz e satisfeita de ter vocês como banca avaliadora deste trabalho.

À Maria do Carmo, minha eterna chefe, e agora amiga. Obrigada pelas oportunidades de discussão e trocas de experiências que me faziam repensar constantemente as possibilidades deste estudo.

À minha família, por sempre vibrar comigo.

Aos amigos que defendem um SUS com mais equidade, qualidade e justiça social: Ana Augusta Pires, Angélica, Cláudia Pequeno, Chris Famer, Dais Rocha, Julia Nogueira, Marco Akerman, Márcia Westphal, Mônica de Andrade, Ronice Franco, Rodrigo Tobias, Rogéria Nunes, Rubia Laura, Socorro, Valéria Mendes, Vanessa Almeida.

Aos meus amigos de sempre, por promover momentos de desconpressão e por quererem o meu bem.

Ao NUPEPE pelas possibilidades de reflexão e produção coletiva do conhecimento.

Ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde que trouxe um mundo novo para mim, com inquietações e leveza. Um obrigada especial para Mônica Pontes e Roberta.

Ao GT de Promoção da Saúde da Abrasco, por ser um lugar de afeto, trocas, construção e aprendizado.

Aos trabalhadores do Hospital Risoleta Tolentino Neves, minha gratidão pela construção desse estudo e pelo modo de cuidar tão genuíno.

Ao CNPQ pelos meses de bolsa acadêmica, que permitiram o desenvolvimento dessa tese.

Aos professores da pós-graduação em Saúde Pública da UFMG que contribuíram para essa jornada de formação.

E aqueles que no meio do caminho me encontraram e deixaram suas marcas.

Gostaria de fazer uma menção especial em memória ao meu pai, uma pessoa que está no meu coração e que tenho eternas saudades.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.” — Guimarães Rosa.

RESUMO

Na perspectiva de pensar novos arranjos que proporcionem mudanças significativas na gestão da clínica e na articulação em rede, o hospital pode se constituir para além de uma estação cuidadora, em um observatório da rede, capaz de integrar e potencializar o cuidado no território. Nesse contexto, esta tese buscou analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia do cuidado integral, o processo de alta e a continuidade do cuidado na perspectiva dos sujeitos sociais que o constituem. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde. A pesquisa interferência busca captar os efeitos produzidos no campo de estudo a partir das interferências do e com o pesquisador, capturando as conexões e ruídos percebidos, problematizando o discurso institucional e pessoal, e produzindo múltiplos sentidos que ultrapassam as certezas da ciência hegemônica. O cenário de estudo foi o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), hospital geral de 420 leitos, referência para a porção norte da região metropolitana de Belo Horizonte/MG, com atendimento 100% SUS. A pesquisa foi definida em quatro fases, a saber: Revisão integrativa sobre continuidade do cuidado e integralidade da atenção, identificando dispositivos e estratégias utilizadas para essa construção a partir do hospital (fase 1); Análise do perfil assistencial dos pacientes atendidos HRTN, a partir da análise dos dados do DRG - Grupos de Diagnósticos Relacionados (fase 2); Análise da produção do cuidado, das relações interprofissionais dentro do hospital e dos dispositivos institucionais existentes para qualificação do cuidado (fase 3); Análise do acesso e barreiras na Rede de Atenção à Saúde no processo desospitalização a partir de serviços guia (fase 4). A investigação que originou essa tese, teve seu trabalho de campo desenvolvido no período de setembro de 2019 a junho de 2022, período em que foram realizadas diversas interferências com os atores do campo em estudo. A produção dos dados se deu por meio de diferentes técnicas: entrevistas individuais com roteiros semiestruturados, grupos focais, observação e registro em diário de campo do pesquisador. O primeiro momento do estudo consistiu na imersão na instituição para compreender a realidade e contexto local. Posteriormente, foram realizadas treze entrevistas em profundidade, conduzidas pela pesquisadora principal, com gestores e coordenadores do hospital. Também foram realizados dois grupos focais, em plantões diferentes, com os trabalhadores do hospital, cerca de 22 profissionais participaram, entre eles fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliar administrativo e radiologista. Todo o processo de análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo temático. Para discutir os dados, foram utilizados os

referenciais teóricos de integralidade e produção do cuidado, e os estudos encontrados na revisão integrativa, realizada como primeira fase da investigação, além de trabalhos de autores-referência e relevantes para este estudo incorporados ao longo da investigação. A revisão de literatura identificou dispositivos intra-hospitalares, pressupondo práticas organizativas e relacionais para atingir um cuidado integral em hospitais brasileiros e de outros países. Os dados empíricos dessa investigação evidenciaram dispositivos que contribuem para a construção de novas práticas de gestão e cuidado e reestruturação do trabalho, como o projeto Lean nas Emergências e ferramentas do Fast Track, Kanban e Huddle; o Núcleo Interno de Regulação (NIR); a atuação dos médicos hospitalistas, comanejadores e coordenadores de plantão; a atuação da equipe de atenção domiciliar dentro do hospital discutindo os casos para a desospitalização; implantação do ambulatório de egresso; participação do controle social; e os dispositivos para a gestão interdisciplinar, como as corridas de leito multidisciplinares, discussões de casos, construção compartilhada dos projetos terapêuticos, preparação dos cuidadores familiares e encaminhamentos responsáveis para a rede de Belo Horizonte e municípios vizinhos. Além disso, foi possível observar avanços e desafios em relação a continuidade do cuidado na rede, como a articulação no território para que esse paciente seja bem assistido, desde o acesso ao transporte até a garantia de insumos e medicações para a continuidade do tratamento pós alta. No entanto, ainda se observam desafios como a continuidade do cuidado ao paciente crônico e a transferência de casos mais complexos que não conseguem garantia da continuidade da atenção. As experiências vivenciadas apontam para a micropolítica do trabalho das equipes de saúde que nos seus modos de produção de cuidado avançam para a incorporação da concepção da integralidade nas linhas de cuidado. Os profissionais compreendem que o cuidado não se restringe à sua ação e que tanto os profissionais quanto os pacientes são responsáveis pelo cuidado. Recomenda-se que as instituições hospitalares designem um profissional para coordenar o processo de alta hospitalar do paciente, promovendo advocacy para o paciente. Além do estímulo à promoção de planos terapêuticos compartilhados com as equipes interdisciplinares, com novas tecnologias do cuidado, e uma gestão mais compartilhada. Por fim, identificou-se que o hospital enquanto observatório da rede requer, de maneira cooperativa com os demais serviços, o compromisso com as necessidades dos usuários, enfrentando as tensões existentes no campo micropolítico, para que a integralidade do cuidado esteja presente na lógica do cuidado.

Palavras-chave: integralidade em saúde; continuidade da assistência ao paciente; modelos de assistência à saúde; reestruturação hospitalar; redes comunitárias de saúde.

ABSTRACT

From the perspective of thinking of new arrangements that provide significant changes in the management of the clinic and in the network articulation, the hospital can be constituted beyond a caregiving station, in an observatory of the network, capable of integrating and enhancing care in the territory. In this context, this thesis sought to analyze the production of care within the hospital and the devices used to guarantee comprehensive care, the discharge process and the continuity of care from the perspective of the social subjects that constitute it. This is a qualitative study, of the type research interference in health. The interference research seeks to capture the effects produced in the field of study from the interferences of and with the researcher, capturing the connections and perceived noises, problematizing the institutional and personal discourse, and producing multiple meanings that go beyond the certainties of hegemonic science. The study scenario was the Risoleta Tolentino Neves Hospital (HRTN), a 420-bed general hospital, a reference for the northern portion of the metropolitan region of Belo Horizonte/MG, with 100% SUS care. The research was defined in four phases, namely: Integrative review on continuity of care and integrality of care, identifying devices and strategies used for this construction from the hospital (phase 1); Analysis of the care profile of the patients seen HRTN, from the analysis of the data of the DRG - Related Diagnosis Groups (phase 2); Analysis of the production of care, of the interprofessional relations within the hospital and of the existing institutional devices for the qualification of care (phase 3); Analysis of access and barriers in the Health Care Network in the dehospitalization process from guide services (phase 4). The investigation that originated this thesis had its fieldwork developed in the period from September 2019 to June 2022, a period in which several interferences were carried out with the actors of the field under study. Data production was performed through different techniques: individual interviews with semi-structured scripts, focus groups, observation and recording in the researcher's field diary. The first moment of the study consisted of immersion in the institution to understand the reality and local context. Subsequently, thirteen in-depth interviews were conducted, conducted by the main researcher, with managers and coordinators of the hospital. Two focus groups were also carried out, in different shifts, with the hospital workers, about 22 professionals participated, among them physiotherapists, nurses, nursing technicians, doctors, social workers, psychologists, speech therapists, nutritionists, pharmacists, administrative assistant and radiologist. The entire data analysis process followed the thematic content analysis technique. To discuss the data, we used the theoretical references of integrality and production of care, and the studies found in the

integrative review, carried out as the first phase of the investigation, in addition to works by reference authors and relevant to this study incorporated throughout the investigation. The literature review identified in-hospital devices, presupposing organizational and relational practices to achieve comprehensive care in Brazilian hospitals and in other countries. The empirical data of this investigation evidenced devices that contribute to the construction of new practices of management and care and restructuring of work, such as the Lean in Emergencies project and Fast Track, Kanban and Huddle tools; the Internal Regulatory Center (NIR); the performance of hospitalist physicians, co-managers and coordinators on duty; the performance of the home care team within the hospital discussing the cases for dehospitalization; and the devices for interdisciplinary management, such as multidisciplinary bed runs, case discussions, shared construction of therapeutic projects, preparation of family caregivers and responsible referrals to the network of Belo Horizonte and neighboring municipalities. In addition, it was possible to observe advances and challenges in relation to the continuity of care in the network, such as the articulation in the territory so that this patient is well assisted, from access to transportation to the guarantee of supplies and medications for the continuity of treatment after discharge. However, challenges are still observed, such as the continuity of care for chronic patients and the transfer of more complex cases that cannot guarantee continuity of care. The experiences pointed to the micropolitics of the work of the health teams that in their modes of care production advance towards the incorporation of the concept of integrality in the lines of care. Professionals understand that care is not restricted to their action and that both professionals and patients are responsible for care. It is recommended that hospital institutions designate a professional to coordinate the process of hospital discharge of the patient, promoting advocacy for the patient. In addition to encouraging the promotion of shared therapeutic plans with interdisciplinary teams, with new care technologies, and a more shared management. Finally, it was identified that the hospital as an observatory of the network requires, in a cooperative manner with the other services, the commitment to the needs of the users, facing the tensions that exist in the micropolitical field, so that the integrality of care is present in the logic of care.

Keywords: integrality in health; continuity of patient care; health care models; hospital restructuring; community health networks.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto Hospital Risoleta Tolentino Neves.....	41
Figura 2 - Percurso metodológico	46
Figura 3 - Esquema de seleção dos artigos.....	49
Figura 4 - Convite das oficinas com os trabalhadores.....	53
Figura 5 - Descrição do Caso Maria.....	54
Figura 6 - Esquema analítico dos dados	57
Figura 7 - Artigo publicado: “Continuidade do cuidado e integralidade a partir do hospital: dispositivos e estratégias”	60
Figura 8 - Fluxograma Corrida de Leito.....	83
Figura 9 - Concepções do modelo assistencial hospitalar	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos encontros realizados para coleta de dados	44
Quadro 2 - Codificação dos participantes das entrevistas individuais	52
Quadro 3 - Codificação dos participantes da oficina.....	55
Quadro 4 - Codificação dos participantes das entrevistas individuais	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise das variáveis sexo, faixa etária e município de origem das internações do HRTN, no ano de 2019 e 2020	86
Tabela 2 - Análise descritiva da variável idade para o ano de 2019 e 2020 no HRTN.....	87
Tabela 3 - Análise das internações do HRTN quanto ao caráter, procedência do Paciente e condição de alta, no ano de 2019 e 2020	87
Tabela 4 - Análise da permanência em dias dos pacientes internados no Hospital Risoleta no ano de 2019 e 2020	88
Tabela 5 - Lista dos principais DRG, CIDs e MDC relativos às internações do HRTN no ano de 2019 e 2020.....	89
Tabela 6 - Número e percentual de Internações sensíveis ao cuidado primário e Tipo de DRG no HRTN no ano de 2019 e 2020	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BH	Belo Horizonte
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CID	Classificação Internacional de Doenças
CL	Corrida de Leitos
CREAB	Centros de Reabilitação
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CTM	Care Transition Measure
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRG	Diagnosis Related Groups
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAT/MED	Materiais e medicamentos
MDC	Major Diagnostic Category
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Normas operacionais
Nupepe	Núcleo de Estudos Sobre Ensino e Prática de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
Portal LIS	Localizador de Informação em Saúde
Q1	Primeiro quartil
Q2	Segundo quartil
Q3	Terceiro quartil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNI	Ambulatório de Anticoagulante

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIGRAH	Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
STATA	Stata Corporation, College Station, Texas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	IMPLICAÇÕES E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL	24
2.2	O NASCIMENTO DO HOSPITAL	27
2.3	ATENÇÃO À SAÚDE, PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE.....	30
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL.....	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	37
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	41
4.3	IMERSÃO NO CAMPO	42
4.4	DESENVOLVENDO A PESQUISA EM MEIO A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS.....	45
4.5	PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.5.1	Fase 1 – Revisão bibliográfica sobre continuidade do cuidado e integralidade da atenção, identificando dispositivos e estratégias utilizadas para essa construção a partir do hospital ou na perspectiva do hospital	46
4.5.2	Fase 2 – Análise do perfil assistencial dos pacientes atendidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves	50
4.5.3	Fase 3 – Análise da produção do cuidado, das relações interprofissionais dentro do hospital e dos dispositivos institucionais existentes para qualificação do cuidado .	51
4.5.4	Fase 4 – Análise do acesso e das barreiras na Rede de Atenção à Saúde para garantia da continuidade do cuidado na perspectiva dos equipamentos da rede SUS BH	55
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	56
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	58
5	REVISÃO DE LITERATURA – ARTIGO PUBLICADO: “CONTINUIDADE DO CUIDADO E INTEGRALIDADE A PARTIR DO HOSPITAL: DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS”	59

6	DESVENDANDO E CONHECENDO A INSTITUIÇÃO HOSPITAL RISOLETA	80
6.1	CONHECENDO A CLÍNICA MÉDICA.....	80
6.2	CORRIDA DE LEITOS	82
7	ANÁLISE DO PERFIL ASSISTENCIAL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES.....	85
8	MODELO ASSISTENCIAL NO HRTN: UMA CONSTRUÇÃO EM ATO.....	93
8.1	CONCEPÇÕES DOS SUJEITOS: A VISÃO DOS TRABALHADORES E GERENTES	95
8.2	PRÁTICAS DE SAÚDE	96
8.3	RELAÇÕES DE PODER.....	98
8.4	ARTICULAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE SABERES	102
8.5	PERSPECTIVA PARA UM NOVO O MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR	109
9	DISPOSITIVOS INTRAHOSPITALARES E PRÁTICAS DE CUIDADO: IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	113
10	O HOSPITAL E SUA (DES) ARTICULAÇÃO COM A REDE	131
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
	REFERÊNCIAS	146
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA OFICINA	157
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES E COORDENADORES DO HOSPITAL E DA REDE SUS BH	158
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	159
	ANEXO B – APROVAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA FACULDADE DE MEDICINA.....	164
	ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES.....	165
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	167

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e as Leis 8080 e 8142 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 normatizações trouxeram alguns avanços, como o atendimento universal da população (MACINKO; HARRIS, 2015), a organização e fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde, a ampliação da oferta de serviços e de cobertura populacional (JORGE *et al.*, 2014) e ainda a institucionalização de mecanismos democráticos como espaços de pactuação entre gestores e controle social (FEUERWERKER, 2005).

A evolução do SUS nos últimos 30 anos pode ser visualizada na ampliação da oferta de serviços e de profissionais vinculados ao SUS, assim como nas 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 Básica (VIACAVA *et al.*, 2019), além da expansão dessa e de serviços de outros níveis, incluindo os hospitalares e da Rede de Urgência e Emergência a partir da década de 2000 (PAIM *et al.*, 2011).

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, observando-se, muitas vezes, a descontinuidade dos processos de cuidado, com limitações do acesso e agravamento dos quadros clínicos, resultando em superlotação de alguns pontos de atenção, principalmente no nível terciário (MENICUCCI, 2009; MERHY; CECÍLIO, 2003).

Os serviços hospitalares representam uma organização destinada ao cuidado, transformada em espaço de enorme relevância e simbolismo social, de grande visibilidade e centralidade na conformação dos sistemas de saúde. Nessa direção, o hospital passa a ser visto não apenas exclusivo para diagnóstico e tratamento de doenças, mas também como um espaço potente para a formação e incorporação tecnológica². Nesse espaço, há diversas tensões e disputas relacionadas ao modo de funcionamento hospitalar².

Ao analisar o campo macroestrutural, verifica-se uma crise no Sistema de Saúde Brasileiro expressa por uma ineficiência e inadequação às necessidades de saúde demandadas pela população (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993), somadas a elementos sociais, econômicos e políticos que produzem impactos sobre os serviços de atenção à saúde. Considerando a dimensão microestrutural, por sua vez, aparecem ideias e valores que condizem

com o modelo médico-hegemônico e procedimento centrado orientado para a produção de procedimentos onde a figura do médico atua principalmente no eixo da terapêutica (MERHY; CECÍLIO, 2003), o fracionamento do cuidado, a hipermedicalização, a pressão crescente e, por vezes, excessiva por incorporações tecnológicas e o desafio da gestão hospitalar neste complexo contexto com reflexos e consequências nos custos assistenciais e na oferta de leitos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Ainda observa-se no cenário hospitalar, algumas instituições com ineficiência operacional, como leitos de baixa capacidade resolutiva, tempo de espera para atendimento, acima do recomendado, pacientes acamados nos corredores, resultados aquém do desejado quanto aos indicadores tempo de permanência e taxa de ocupação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

No processo de gestão hospitalar, observam-se ainda desafios na condução dos hospitais, com arranjos organizativos desarticulados aos diferentes serviços que compõem a rede de saúde, com impacto nos custos em saúde para o Estado e na oferta assistencial para população. Assim, reafirma-se que os hospitais do SUS devem contribuir para a implementação das políticas assistenciais, sendo sustentáveis e capazes de produzir novos e melhores modos de cuidado (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

Por isso, faz-se necessário desvendar e compreender o que está por detrás desta complexa instituição, nas tensões e disputas, e as especificidades que constituem esse campo, tanto do ponto de vista macro quanto micropolítico. Desvendando sua potência na perspectiva de pensar novos arranjos que propiciem a ética da produção da vida em si com a qual os usuários marcam a produção do cuidado em saúde (MERHY *et al.*, 2014).

Estudos na linha da gestão hospitalar, no entanto, evidenciaram que, apesar dos ruídos no campo micro e macro estrutural dessas organizações de saúde, o hospital é capaz de ser um equipamento importante da Rede para a promoção do cuidado em saúde. Esses autores corroboram com o entendimento de que o hospital pode se constituir enquanto uma estação cuidadora e observatório da Rede, capaz de tanto produzir o cuidado integral para dentro de si, articulando um conjunto de saberes, tecnologias e recursos, quanto para fora buscando garantir a construção da continuidade deste cuidado e sua efetiva integralidade assistencial, no processo de articulação com os diversos serviços para abranger o conjunto das necessidades dos sujeitos (COSTA *et al.*, 2010; JORGE, 2002; MERHY; CECÍLIO, 2003).

Posto isso, a alta responsável é uma das estratégias importantes para a continuidade do cuidado e garantia da integralidade, tendo em vista o papel do hospital no contra-referenciamento do usuário para a rede e na atuação em momentos agudos e mais complexos

de suas necessidades de saúde. Ou seja, ao atuar na continuidade do cuidado, o papel do hospital vai além de direcionar, de forma responsável, o usuário a outro ponto de atenção, mas torna-se importante também ao contribuir na construção de um projeto terapêutico interprofissional que ressalte a corresponsabilização do sujeito por sua saúde e fortaleça o vínculo com a Rede, tornando legítimos e efetivos os princípios do SUS. “Dizer ao usuário apenas que ele deve procurar outro serviço para dar seguimento ao seu cuidado é lançá-lo à peregrinação na Rede de serviços em busca de acolhida” (SAMPAIO *et al.*, 2016, p. 228). Neste sentido, orientar o usuário para que, em sua trajetória, ele consiga sua inserção na Rede, é contribuir para o cuidado e sua continuidade.

O alcance deste movimento organizativo tem sido desafiador, uma vez que, muitos dos serviços hospitalares, entendem-se responsáveis quase exclusivamente por estabilizar o usuário em condição crítica de saúde, e não se percebem como uma estação cuidadora da Rede, de modo a garantir, além da internação, uma alta responsável e articulada (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Um dos aspectos importantes neste processo, em que usuários e trabalhadores da saúde fazem em busca da garantia da continuidade do cuidado, é que as Redes de Atenção à Saúde, dispostas em eixos temáticos, não têm sido suficientes para garantir e qualificar o cuidado integral. Essa constatação se deve ao fato de que garantir aos usuários o direito à saúde, em sua concepção mais ampla, exige mecanismos que ultrapassam uma ou mais redes estanques de atenção, dispostas por temas ou níveis de atenção ou mesmo condições ou patologias prevalentes. Mecanismo que superem o próprio setor saúde, recrutando outros setores e equipamentos sociais, comunicando-se de forma intersetorial e humanizada. Ademais, como exposto, tal perspectiva não se sustenta apenas na responsabilização do Estado e a partir de Políticas Públicas, mas parte também de alcançar um nível de autonomia dos sujeitos, para que busquem novos caminhos e possibilidades para suas vidas e construam suas trajetórias de forma consciente e protagonista, ou seja, uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) de lógica também emancipatória.

1.1 IMPLICAÇÕES E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

O interesse pela construção desse estudo decorreu da observação da Rede de Atenção à Saúde como um todo, desde a atenção primária, com as iniciativas de promoção da saúde, matriciamento e demais atividades vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, que pude acompanhar ao longo da minha trajetória como graduanda e pesquisadora no Núcleo de Pesquisa sobre Ensino e Práticas de Enfermagem. Além dessas experiências, ao ingressar, em

2018, no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública me encontrei como pesquisadora no Observatório de Políticas e Cuidados em Saúde, que já desenvolvia diversas pesquisas no campo da micropolítica em saúde, e que tive a oportunidade de participar como ouvinte em alguns momentos anteriores. Pensar nesse Projeto em parceria com minha orientadora e coorientadora, foi refletir diversas questões e afetações, e trazer à tona o SUS que dá certo, que para muitos é uma utopia, mas que para mim é um projeto possível de ser construído.

Foram diversos diálogos e propostas, até forjar um projeto que desse conta de discutir os dispositivos de cuidado em saúde, como espaços de transformação do modelo assistencial e de reestruturação da rede de atenção. Coincidentemente após um ano de entrada no doutorado, tive a oportunidade de iniciar um trabalho como Assessora de Planejamento e Gestão no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, que consagrou o meu desejo em provocar um novo dever na produção do conhecimento sobre as ferramentas de gestão e produção do cuidado em saúde, que fosse capaz de mudar as práticas, a gestão e os modos de fazer no cotidiano do trabalho. Ademais, em 2022, fui contemplada com a aprovação no concurso público da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BH). Ser uma servidora pública me impulsionou ainda mais a desenvolver essa tese deixando um legado para SUS e para a história da saúde de Belo Horizonte.

Assim, as inquietações para propor essa tese de doutorado, surgem além da minha vivência como pesquisadora in-mundo, das indagações a partir da análise de alguns instrumentos legais como a Portaria 1.600/11 (BRASIL, 2011) A origem da portaria, no artigo 2, parágrafo V, afirma ser diretriz da Rede a “articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção” (BRASIL, 2011, p. 2), questiono-me “é possível produzir uma saúde integral e articulada com todos os pontos da rede de atenção?”. Considero, ainda, como outro problema, a necessidade de se centrar na lógica do usuário, problematizando a incorporação de políticas públicas e práticas institucionais no campo da assistência e ensino em saúde, de modo amplo, garantindo os direitos fundamentais, sociais e individuais, e a cidadania, de forma intrínseca nas ações do Estado.

A construção desta tese justifica-se pela relativa escassez de referências teóricas sobre o tema da gestão hospitalar sob a perspectiva que se pretende analisar. A maioria dos estudos refere-se à descrição de experiências relacionadas a alguns dispositivos de inovação organizacional sem a necessária reflexão teórica sobre as consequências e os modelos aos quais elas se afiliam (JORGE, 2002).

Assim, essa tese busca contribuir com as reflexões e formulações necessárias para a concretização de um novo modelo de gestão e atenção para os usuários do sistema. E analisar como o hospital pode se constituir como um observatório de rede e como os dispositivos a serem identificados contribuem para essa mudança da lógica hegemônica hospitalar.

Considerando essas reflexões, identifiquei como problema de pesquisa para esse estudo o espaço da produção do cuidado dentro do hospital, incluindo os dispositivos necessários para sua efetivação de forma integral e as relações micropolíticas com os diversos atores, assim como o espaço extra-hospitalar após o processo de alta na inter-relação deste com os outros equipamentos e serviços do território visando a garantia da continuidade do cuidado. Embora existam equipamentos de retaguarda e uma discussão do projeto terapêutico para esses pacientes em processo de alta, o modo de operar e gerir os serviços de saúde nesta direção não tem conseguido fazer os movimentos de integração e articulação suficientes.

Diante da problemática, questionei-me:

- a) Como garantir a integralidade do cuidado dentro do hospital, enquanto princípio norteador do Sistema Único de Saúde, pensando em linhas de cuidado, acompanhamento interprofissional e promoção do cuidado integral e ampliado?
- b) Tendo como premissa que cada indivíduo traça seu percurso para integralidade do cuidado de modo que lhe convém, como o equipamento hospitalar pode ser visto como um arranjo assistencial essencial nesse percurso?
- c) Como o hospital pode se constituir como um observatório da rede?
- d) Quais dispositivos contribuem para a integralidade e da continuidade do cuidado no e a partir do hospital?
- e) Como criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de atenção à saúde, pensando na articulação do hospital com outros pontos da rede e a responsabilização no momento da alta?

Nessa perspectiva, propus como discussão central do estudo analisar a produção do cuidado e os dispositivos construídos para o atendimento integral, a integração na rede, os processos micropolíticos e o percurso que os indivíduos trilham para garantir a continuidade do cuidado para além do hospital.

Esta tese está organizada num capítulo de referencial teórico no qual apresentarei como se deu o nascimento e a construção social do hospital e a discussão sobre a Atenção à Saúde, a produção do cuidado e integralidade. Na sequência estão descritos os objetivos e aspectos metodológicos do estudo. Os resultados estão organizado em seis partes : revisão de literatura - continuidade do cuidado e integralidade a partir do hospital: dispositivos e estratégias;

Desvendando e conhecendo a instituição Hospital Risoleta; Análise do perfil assistencial dos pacientes atendidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves; Modelo assistencial no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN): uma construção in ato; Dispositivos intra-hospitalares e práticas de cuidado: implicações para a integralidade e continuidade do cuidado; O hospital e sua (des)articulação com a rede.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Tomando como objeto a produção do cuidado e a integralidade da atenção, optou-se por conhecer a base conceitual da medicina social e a sua concepção enquanto prática social. Para além, foi importante adentrar no referencial de Michael Foucault para compreender a história do hospital, o simbolismo institucional e o seu papel enquanto instituição terapêutica. Além disso, o pressuposto desse estudo foi ancorado nos referenciais teóricos sobre produção do cuidado, integralidade e continuidade da atenção em rede.

2.1 O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Michel Foucault (1984a) discute, dentre outros temas, o surgimento da chamada “Medicina Social”. A reflexão do teórico buscou ressignificar o desenvolvimento da medicina social moderna, desvinculando-a do aspecto individualista-capitalista (que atrela a assistência médica como originária de uma medicina a serviço da produtividade) para situá-la em uma construção sócio biopolítica estratégica, com objetivos muito mais abrangentes do que o aumento da produtividade, mas o de controle social – tanto do ponto de vista dos corpos e força de trabalho quanto das subjetividades.

Foucault (1984a) propõe a discussão de três conceitos, que enumera como formadores da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

A medicina de Estado se desenvolveu destacadamente na Alemanha, no início do século XVIII. Nesse país, surgiu a chamada *Staatswissenschaft*, que consistia em uma preocupação em conhecer o Estado e seu funcionamento político. Dentre outras razões, o baixo potencial político e o fraco desenvolvimento econômico do país foram fatores essenciais que motivaram a noção de tornar o Estado um objeto de estudo. Nesse sentido, o ideal mercantilista, comum no contexto de majorar a produção da população, foi superado pelo objetivo de melhorar o nível de saúde dos alemães, o que ficou conhecido como política médica de Estado e, em seguida, como polícia médica.

A partir de então a Alemanha passou a reunir conhecimentos sobre morbidade e os diferentes fenômenos epidemiológicos dentro das fronteiras geopolíticas como um saber estratégico biopolítico. Também teve início a normalização do ensino médico, por meio do controle do Estado, que passou a ter monopólio da regulamentação e da expedição de diplomas para o exercício legal da medicina. Segundo a análise de Foucault, o médico foi normalizado pelo Estado antes do paciente ser normalizado pelo médico, diferente do que comumente se

pensa. Os funcionários médicos eram nomeados pelo governo e responsabilizados por determinada região, como administradores da saúde, e representavam o Estado nesse território – aparece, nesse momento, o médico como administrador da saúde.

Desse modo, a medicina do Estado não compreende o corpo do indivíduo como força de trabalho, mas como força estatal, essencial para concretizar o Estado e garantir sua soberania em seus conflitos políticos e econômicos. Essa medicina, portanto, surgiu com os objetivos de aperfeiçoar e de desenvolver a força estatal, considerando que o corpo do indivíduo constitui globalmente o Estado, e isso já demonstra que a medicina social não surge a partir de uma prática individual que é estatizada depois, mas ao contrário, aponta o início da medicina moderna como intensamente estatizada e socializada em função de um governo que se pretende soberano.

A segunda direção no desenvolvimento da medicina social é a medicina urbana, cujo melhor exemplo se encontra na França, em fins do século XVIII. Esse país se encontrava fracionado em múltiplos territórios heterogêneos, em poderes senhoriais rivais, que estratificavam o poder estatal. Além disso, a atividade comercial ocorria de forma desregulamentada e tornava-se cada vez mais caótica com o aparecimento do proletariado - população operária pobre surgida com o desenvolvimento das cidades e indústrias. Tendo em vista as importantes relações de mercado que se desenvolviam ali, a França carecia de uma melhor organização social para ancorar seu poder econômico e político segundo o novo cenário de urbanização. Foucault (1984a, p. 79) destaca nesse momento o surgimento do “medo urbano” a partir do crescimento da população pobre e dos conflitos entre as classes. Representado pela ansiedade quanto às aglomerações, pelo pânico de epidemias urbanas, pela inquietude diante das condições de moradia, da água, do ar e até mesmo de instalação dos cemitérios, o medo urbano constitui-se em uma situação político-sanitária que necessita de intervenção e regulamentação urgente e que, conseqüentemente, dará origem a um plano rígido de vigilância e ao esquema de quarentena (FOUCAULT, 1984a).

Durante a Idade Média, a quarentena consistia em exilar o doente como forma de proteger e purificar o restante da população – uma intervenção ligada à religiosidade e que se estruturou assim contra a epidemia de lepra. Um outro esquema adotado, como reação à peste, traduziu-se em distribuir os indivíduos, isolá-los, individualizá-los e vigiá-los, um a um, em um espaço esquadrihado, inspecionado e controlado – como uma intervenção militar. Esse foi o modelo que orientou a organização político-médica adotada pela França. Todos os métodos de vigilância, hospitalização e higiene pública desenvolvidos nesse país podem ser entendidos como uma variação do modelo de quarentena contra a peste.

Não obstante, é importante destacar ainda que toda essa vigilância e reorganização da cidade trouxeram o desenvolvimento de outras noções. A propriedade privada foi revisada nesse contexto e o subsolo, antes privado, foi considerado propriedade coletiva. Além disso, a medicina adquiriu um caráter mais científico ao se aliar a outros saberes, como a ciência físico-química, para estabelecer os parâmetros exigidos pela medicina urbana – condições da água, do ar etc. E, por último, a noção de salubridade, base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos, se concretiza.

Enfim, a medicina urbana está inserida em um contexto de controle e vigilância social e aponta a urbanização, com todo o seu aspecto social, como uma origem da medicina moderna. A noção da medicina científica, os conceitos de salubridade e de higiene coletiva também corroboram para o argumento da origem social da medicina moderna.

A medicina da força de trabalho, o terceiro eixo da medicina social descrito por Foucault, surge na Inglaterra no contexto da industrialização. Inicialmente, a classe pobre não era entendida como uma ameaça, ao contrário, era parte instrumental da existência urbana, sendo fundamental para o funcionamento das atividades simples cotidianas da vida na cidade e para a manutenção da estratificação social. Nos fins do século XIX, no entanto, o crescimento dessa população somado ao aparecimento de sistemas que dispensam parte dos serviços prestados por esses indivíduos e ao surgimento de doenças como a cólera, contribuíram para a cristalização de medos políticos e sanitários da classe burguesa em relação aos proletários, desenvolvendo a ideia preconceituosa do pobre como ameaça à saúde e impulsionando a divisão do espaço urbano de acordo com o poder político-econômico dos indivíduos. Para a socialização da medicina inglesa, então, criou-se a *Lei dos pobres*, que promovia uma assistência controlada aos pobres, por intervenção médica, mas que trazia um resultado ambíguo: ao mesmo tempo em que beneficiava esse grupo, também os excluía, pois servia de instrumento político-sanitário para proteger a burguesia dos fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.

Esse formato da medicina, reforçado ainda pelo sistema *Health Service* (que complementou a Lei dos Pobres e adicionou medidas preventivas e invasivas sobre a classe operária), instalou um cordão sanitário autoritário entre ricos e pobres e resultou em diversas revoltas populares que aconteciam não apenas na Inglaterra e lutavam contra a medicalização, a favor de um direito de querer ou não ser atendido pela medicina oficial e, principalmente, pelo direito de autonomia sobre o próprio corpo.

A medicina inglesa se constituiu como uma prática social de controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes

mais ricas. Essa fórmula da medicina foi a que obteve melhor futuro por unir três pilares: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública (FOUCAULT, 1984a). E, segundo Foucault (1984a, p. 84):

permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.

Em conclusão, a flexibilidade para o exercício dessas três formas médicas de poder – assistencial, administrativa e privada – fundou um modelo médico bastante complexo, articulando esses conceitos e que é adotado por países ricos e industrializados na atualidade.

Por fim, sua contribuição teórica discute a medicina, sua centralidade no indivíduo ou sua visão no âmbito social. A medicina tornou-se individual ao penetrar em um contexto capitalista. A medicina moderna é uma prática social porque o corpo se tornou uma força de produção e, a partir disso, necessitava ser controlado. A medicina individual é apenas um formato da prática médica que tem por objetivo controlar a sociedade através dos indivíduos, investindo no âmbito biológico e corporal para, em seguida, dominar as consciências e ideologias da população. Portanto, o filósofo, extremamente sagaz nas suas colocações, posiciona o objetivo da produtividade como secundário no projeto da medicina social. E nessa direção é importante conhecer e entender também o surgimento do hospital, enquanto instituição complexa e relevante nos serviços de saúde e medicina atuais.

2.2 O NASCIMENTO DO HOSPITAL

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã. O cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. O Hospital contemporâneo, embora com raízes nas instituições asilares existentes nos séculos XVII e XVIII, é invenção relativamente nova que data do final do século XVIII (GOMES, 1974; JORGE, 2002).

De acordo com Foucault (1996), os hospitais que funcionavam na Idade Média na Europa não eram concebidos para curar, mas instituições de cunho caritativo, cujo propósito era a assistência aos pobres, incluindo a separação e exclusão desses indivíduos do convívio social. A medicina dos séculos XVII e XVIII era individualista e a experiência hospitalar não fazia parte da formação do médico. “Até meados do século XVIII, Hospital e Medicina permaneceram independentes” (FOUCAULT, 1996, p. 109).

O surgimento do hospital se constituiu como instrumento terapêutico da medicina. O ambiente hospitalar situado nessa funcionalidade foi um acontecimento do final do século XVIII. Inicialmente questionava-se a funcionalidade do hospital medieval. Foucault (1984b) defende que essa instituição era um espaço de assistência, mas, principalmente, de exclusão social. Os cuidados eram oferecidos aos pobres portadores de doença com a finalidade de supervisionar material e espiritualmente a morte desses indivíduos, sem o objetivo de curá-los da enfermidade, e ainda assegurar que permanecessem separados da comunidade, já que representavam um perigo para a saúde da população. O corpo hospitalar da época era composto por religiosos e caridosos, já que o profissional médico não era atrelado ao hospital, e a assistência hospitalar ao pobre servia para assegurar a salvação espiritual dos cuidadores (FOUCAULT, 1984b).

A transformação da instituição hospitalar se iniciou com a busca pela anulação das desordens no ambiente, sendo que, mais importante do que as enfermidades, a reforma dos hospitais buscou controlar sua situação econômico-social. Além disso, essa reorganização não foi orientada por técnicas médicas, mas, sim, a partir de um viés político: a disciplina. A medicalização foi inaugurada, então, nos hospitais militares, que eram locais de tráfico de mercadorias, onde os infratores se passavam por doentes como estratégia para driblar a alfândega, e se consolidou com o esquadrinhamento da instituição hospitalar, a partir de objetivos econômicos e técnicas disciplinares de vigilância constante, ordenamento de indivíduos e registros contínuos.

Essa disciplinarização do hospital, contudo, ainda não envolvia a intervenção médica. Nesse contexto, os médicos de sucesso possuíam suas próprias clínicas e, em casos de crise de algum enfermo, desempenhavam papel de prognosticador e árbitro de uma batalha mística entre o indivíduo e o mal que o atacava, entre a natureza e a doença. Era um trabalho individual que não compreendia a ideia de observações sistematizadas dentro do hospital ou registros de constâncias, particularidades e generalidades das doenças. A doença passou a ser entendida como uma ação particular da natureza sobre um indivíduo, ou seja, o meio – as condições da água, do ar, da alimentação etc. – é o suporte da enfermidade. Nessa perspectiva “a cura [...] é dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda” (FOUCAULT, 1984b, p. 101). O ajuste desses dois processos (disciplinarização do hospital e deslocamento da intervenção médica), enfim, compõem a origem do hospital médico. E, assegurando a vigilância sobre os doentes, o registro das enfermidades e o controle temporário sobre o meio do doente (o hospital, a dieta, a temperatura etc.), a instituição firma a sua função terapêutica.

É importante destacar ainda que esse duplo nascimento do hospital possui algumas características: a preocupação com a localização do hospital no espaço urbano, de modo que não seja mais uma região sombria e que se adeque ao posicionamento sanitário da cidade, e a distribuição interna do seu espaço, segundo critérios médicos, para controlar a evolução e propagação das doenças e efetivar a cura. E a transformação do poder no ambiente hospitalar, de religioso e leigo, para médico e terapêutico.

O médico se consagra, então, como o principal responsável pela organização hospitalar, incluindo o espaço, tudo o que é oferecido aos doentes e, até mesmo, alguns aspectos econômicos; ao mesmo tempo que sua presença nesse ambiente é multiplicada e deslocada para o topo de uma hierarquia entre os profissionais da instituição. Esse modelo organizativo ressignificou o hospital como um local de formação e transmissão de saber e, simultaneamente, apontou o doente e a população como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina (FOUCAULT, 1984b).

O hospital como uma instituição terapêutica, então, é uma invenção relativamente recente, que se consolidou a partir de medidas disciplinares e de mudanças na formação da carreira médica. Esse processo foi fundamental para contribuir para o melhor entendimento das doenças e parece ter sido, também, um dos principais alicerces da centralização do profissional médico e da consolidação do modelo biomédico.

Em síntese, a transformação se dá com a medicalização do hospital e, a partir do momento em que a Medicina se tornou hospitalar. É por intermédio da introdução dos mecanismos disciplinares no espaço do hospital que se abre a possibilidade de medicalizá-lo e inicia-se a transformação do saber e da prática médicos (FOUCAULT, 1996).

Começa-se a constituir uma mudança no sistema de poder no interior deste equipamento: os médicos assumem a responsabilidade pela gestão, lugar até então ocupado por religiosos. Advém deste movimento a forte presença do modelo biomédico, ainda predominante nos hospitais dos dias de hoje. A sustentação desses pressupostos na prática hospitalar se evidencia por meio de práticas direcionadas à visão biologicista sobre o paciente e à doença, desconsiderando, na maioria das vezes, contextos como as relações interpessoais nas quais se inserem os usuários, suas necessidades e suas subjetividades (JORGE, 2002).

Os hospitais sempre assumiram um papel social importante, seja pela prestação de serviços, em particular de serviços de alta complexidade, seja pela participação expressiva na formação de profissionais de saúde, além das ações de extensão e pesquisa. A alta relevância social, todavia, não impediu que o parque hospitalar apresentasse, em vários momentos de sua história, momentos de crise crônica em seu funcionamento (REIS; CECÍLIO, 2009).

Dentre essas tensões aparece o aumento dos custos decorrentes de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada, centrada em procedimentos e atravessada por relações de poder e complexidade. Esses fatores fizeram com que os hospitais passassem, nessas últimas décadas, por acelerado processo de mudanças envolvendo o perfil assistencial, o porte, o nível de complexidade, o número de unidades, o modelo organizacional, a abordagem clínica dos pacientes, o quadro normativo e o sistema regulatório, sugerindo a existência de tensões que continuam manifestando-se sobre o hospital, afetando as práticas em seu interior, a composição e a sua dinâmica. Assim como a sua inserção nos sistemas de saúde e a garantia dos princípios doutrinários do SUS.

Assim, o hospital constitui-se em um dispositivo da RAS que convive tensamente com uma lógica na qual os poderes-saberes instituídos têm grande influência sobre a gestão e sobre a forma como se estabelecem as relações entre os médicos e os diversos serviços, com outras categorias profissionais e com os pacientes. É um espaço marcado por negociação, construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, grupos de interesse, conflitos e disputas entre saberes profissionais (CARAPINHEIRO, 1998; JORGE, 2002).

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE, PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE

Historicamente a atenção à saúde no Brasil tem sido desenvolvida predominantemente por meio de um modelo hospitocêntrico, centrado no profissional médico e altamente influenciado pelo uso de tecnologias duras, medicalização e consumo de insumos. Tal paradigma assistencial potencializa competências técnicas específicas, muitas vezes desarticuladas entre os diversos profissionais, produzindo procedimentos e intervenções sem que essas ações resultem num processo de trabalho efetivamente cuidador capaz de orientar e construir com o usuário um projeto terapêutico eficaz que atenda ao conjunto de suas necessidades de saúde.

Desta forma, o SUS convive e disputa no conjunto dos seus serviços com um modelo de atenção fragmentado. A herança de programas verticais sem um sistema de planejamento e organização que efetive uma gestão democrática e considere as múltiplas necessidades da população dificulta o atendimento segundo os princípios constitucionais (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Nesse cenário, percebe-se o desafio para a efetiva legitimidade política e social do SUS como sistema universal, integral e resolutivo. E acrescenta-se a isso o subfinanciamento público, as dificuldades de articulações intra e intersetoriais e de adequação ao delineamento

da demanda populacional pela assistência. Notam-se elementos que impulsionam e tensionam o perfil assistencial, tais como: aspectos demográficos, epidemiológicos, além da própria adequação e qualificação dos recursos humanos em saúde.

Quanto ao aspecto demográfico, tendo o envelhecimento como uma das características centrais desde a década de 70 associada à queda da mortalidade infantil e à redução da fecundidade, sinaliza-se a necessidade de reformular proposições e ofertas de serviços para atender ao novo delineamento da demanda (OMS, 2000).

Em relação ao perfil epidemiológico, com a redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e o aumento da morbimortalidade ocasionada pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas (BARRETO; CARMO, 1995), tem-se um aumento da necessidade de ações e serviços de saúde, constituindo-se estes, por sua vez, em atendimentos mais complexos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

O componente dos recursos humanos em saúde envolve a incorporação de novos profissionais na área da saúde – psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biomédicos, entre outros, ou seja, técnicos de diversas áreas (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014; RODRIGUES, 2013) – e o aumento exponencial tanto no número de egressos de diversas categorias quanto da expansão da oferta de cursos para a formação destes profissionais, instigando a reorientação do cuidado em saúde e a reestruturação produtiva do setor saúde. Esse modelo de reestruturação é vislumbrado tanto na perspectiva da gestão do sistema de saúde quanto nas mudanças substantivas nos processos de trabalho nesse setor.

Somado a tudo isso e trazendo essas questões para o contexto hospitalar, a gestão dos leitos hospitalares e a desospitalização compreendem um processo muito importante dentro dos grandes hospitais, principalmente naqueles cuja taxa de ocupação é próxima de 100%. O elevado custo gerado pela hospitalização dos pacientes tem impactado no orçamento e na própria gestão financeira do hospital, tornando-se necessário diminuir o tempo de permanência de seus usuários. Além disso, após a alta do paciente é preciso também fornecer, na perspectiva da integralidade do sistema, os meios necessários para continuidade do tratamento no ambiente extra-hospitalar. A proposta de contra-referenciamento utilizando os serviços da Rede de Atenção à Saúde como equipamentos que garantam a continuidade do cuidado tem se mostrado, quando colocada em prática, uma ação muito efetiva na garantia da integralidade, além de que tem se tornado uma ação redutora das reinternações desnecessárias.

Para compreender melhor a perspectiva da integralidade do cuidado, Mattos (2004) descreve que não se deve reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário,

deve-se levar em conta, além do conhecimento sobre a patologia e seus condicionantes, a compreensão sobre os modos de vida daqueles que buscam os serviços de saúde. Nesse contexto, a integralidade como princípio doutrinário, constitucional e fundamental do SUS, constitui-se ainda em processo de construção e consolidação. O objetivo a ser alcançado é a produção de saúde como um valor social e de cidadania (MEDEIROS *et al.*, 2016). Assim, a integralidade compõe o elemento central para a configuração de um modelo de saúde que incorpore, de forma efetiva, as diretrizes básicas do SUS, inclusive e de forma importante, no meio hospitalar.

No sentido dessa integralidade, ao buscar a cura e/ou a promoção da saúde, deve-se pensar no processo de produção do cuidado. Pensar a estruturação do cuidado por meio de novos modos de produção, incluindo as equipes multiprofissionais, é trabalhar no sentido de sua qualificação em busca da integralidade, partindo do reconhecimento dos limites do conhecimento dos profissionais de saúde, dos serviços exclusivos do setor saúde e das tecnologias por eles empregadas. Assim, pensar a produção do cuidado no hospital e a sua articulação para garantir a integralidade em rede, parte do entendimento de que é preciso incorporar e integrar outros e novos conhecimentos. Desse modo, a equipe interprofissional passa a se responsabilizar pelo cuidado integral ao usuário, assistindo a todos os aspectos de seu processo saúde/doença, elaborando projetos terapêuticos clínicos e politicamente mais articulados e também investindo na autonomia e corresponsabilização desses sujeitos (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A produção do cuidado que não incorpora outros modos organizativos reflete-se em fracionamento e descontinuidade da atenção nos hospitais. Uma das explicações para esse fato é o corporativismo e o privilégio dado aos hospitais nas políticas de saúde (VECINA NETO; MALIK, 2007). Mesmo que haja mais unidades básicas e ambulatoriais disseminadas pelo território, o modelo assistencial hospitalocêntrico desqualifica a importância dos outros serviços de atenção, gerando intervencionismo, medicalização e fortalecimento da cultura médico-hegemônica que não garante aos sujeitos o cuidado integral e a continuidade do cuidado em outros pontos da Rede.

Por todas as questões apontadas acima, discutir as relações inerentes ao contexto do hospital passa necessariamente pela discussão dos modelos de atenção à saúde e gestão hospitalar e à necessidade de entrar para dentro de sua micropolítica elucidando novos modos de fazer a gestão e a assistência, tornando a produção do cuidado o mais integral possível.

A compreensão dos hospitais e a inserção destes nas Redes de Atenção à Saúde pelos espaços da micropolítica representam um mergulho em experiências singulares e ruidosas que

envolvem processos políticos, sociais e culturais dinâmicos recheados de singularidades. A perspectiva micropolítica significa mobilizar a produção de novos olhares sobre os acontecimentos e permitir a produção de conhecimento advindo dos efeitos que os encontros geram em nós e nos vários sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Merhy (1999), ao trabalhar o tema da micropolítica do trabalho vivo em saúde, traz a possibilidade de elaborar uma compreensão atenta à cristalização dos modelos de atenção à saúde, assim como aos arranjos, espaços de ação e relações entre sujeitos que, ao furar os muros desses modelos, vão desvendando processos instituintes. Esse autor considera a importância de determinantes de nível macro na configuração das práticas em saúde. Entretanto, aponta que, na intimidade do processo de trabalho, observa-se o reconhecimento das disputas que atravessam esse processo e os modos de andar a vida dos usuários como estruturantes do processo de produção do conhecimento acerca do cuidado em saúde enquanto campo de práticas (MERHY *et al.*, 2014).

No cenário da saúde, muitas das disputas e dificuldades vivenciadas decorrem de modos de cuidar que não produzem vínculo, não assumem as singularidades dos sujeitos e a possibilidade de produção de projetos terapêuticos que considerem a diversidade de saberes dos trabalhadores e usuários (MALTA; MERHY, 2010). Além disso, existem construções que deixam escapar possibilidades de produção de saúde cujas lógicas organizam-se nos princípios ético-políticos de defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2015). Neste sentido, em um movimento contra hegemônico tem-se o cuidado, pressupondo possibilidades de novas conexões existenciais que nos afetam, afetam os outros e, em movimento, permitem uma multiplicidade de experiências que ampliam a sensibilidade e a diversidade de entendimentos possíveis a serem empregados. Por consequência, esse modelo vai modificando nossos discursos e práticas (ABRAHÃO; MERHY, 2014) e torna-se possível a produção de atos cuidadores que considerem as singularidades, mobilizem e compartilhem saberes a partir de uma concepção ampliada do usuário enquanto agente ativo na produção de sua saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Nesse caminho, a ampliação do uso de tecnologias leves que considerem a incorporação de diferentes saberes e práticas potencializa a organização do cuidado no interior dos hospitais (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007) e numa rede mais ampla de serviços, de forma que o hospital se apresente como uma das estações cuidadoras (MERHY; CECÍLIO, 2003). Repensar caminhos que promovam articulações entre diferentes equipamentos constitui importante elemento a ser considerado para a garantia da continuidade e consolidação de práticas

cuidadoras que atendam às necessidades dos usuários (CAMPOS; RATES, 2008; COSTA *et al.*, 2010).

Pensar o hospital distante do cotidiano dos usuários e pouco articulado à rede de serviços resulta em grande demanda por atendimento, conflitos entre profissionais e destes com os usuários. Esse contexto, somado à imprecisa definição das responsabilidades de cada serviço na rede, gera experiências de descuido e cuidados descontinuados que reafirmam a potencialidade de uma construção coletiva (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Promover a construção coletiva que tenha como eixo central as necessidades do paciente incita avanços na redefinição do papel do hospital na rede e no sistema de saúde. Nesse processo de redefinição demanda-se a produção de modelos mais integrados, com ênfase em tecnologias menos invasivas e orientadas à produção da integralidade como eixo da gestão hospitalar. A própria lógica da produção do cuidado exige desenhos de gestão construídos sobre o princípio da integralidade (MERHY; CECÍLIO, 2003).

A noção de integralidade pressupõe “horizontalização” de programas anteriormente verticais e propõe para as equipes pensar suas práticas a partir da população atendida e de suas necessidades (MATTOS, 2004). O trabalhador, neste contexto, além de conhecer o sistema e discutir o protocolo, precisa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, muitas vezes menos vinculadas à experiência individual do sofrimento (MATTOS, 2004).

Numa perspectiva ampliada, a integralidade não se resume à atenção proporcionada pela rede de serviços. Diz respeito a um conceito e uma prática em produção que corresponde a ações democráticas, responsáveis e éticas perante o outro (GOMES; PINHEIRO, 2005). Nesse sentido, a construção da integralidade envolve a criação de possibilidades de encontros e espaços de troca centrados nas demandas dos usuários e na produção do cuidado de forma coletiva e solidária (LOPES *et al.*, 2016).

Dessa maneira, o exercício do princípio da integralidade exige um olhar atento capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro entre trabalhador e paciente. Envolve propiciar a possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais, envolvendo um duplo movimento por parte dos profissionais, com possibilidade de abordar o contexto da própria vida do outro, garantindo maior parceria para o cuidado terapêutico, independentemente do local do encontro.

Nesse sentido, uma estratégia para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado é a promoção da alta hospitalar responsável. Segundo Cecílio e Merhy (2003), o momento da alta deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do

cuidado em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo o papel de contrarreferência, mas pela construção ativa da linha de cuidado, ou seja, o período de internação pode inclusive ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e para a reconstrução de seu modo de andar a vida.

Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma normativa, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Para superar a fragmentação do cuidado, permitindo a discussão sobre a resolução de problemas com vistas à compreensão da realidade vivida pelo paciente, é preciso conceder a alta como momento cuidador.

Em tese, as instituições utilizam o prontuário como dispositivo orientador do cuidado e, sem dúvida, é um instrumento muito importante, porém é insuficiente na produção e comunicação de informações capazes de possibilitar a construção da continuidade do cuidado. O caminhar dos usuários pela rede de saúde e pela vida é muito complexo e requer múltiplas formas de comunicação e implicação para a produção de novos projetos de vida onde possam ser protagonistas de suas existências (MERHY *et al.*, 2016).

Diante disso, é pertinente considerar os resultados de estudos sobre a micropolítica do trabalho em saúde, a continuidade do cuidado e a integralidade nos quais se propõe o desenvolvimento de modelos de cuidados integrais e estruturados nas necessidades dos usuários. Os resultados desses trabalhos evidenciam que a continuidade do cuidado requer maior integração e coordenação dos serviços da rede e o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a comunicação entre os diversos profissionais, de forma a possibilitar a articulação dos saberes necessários à integralidade do cuidado. Segundo Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012) é imprescindível refletir como têm sido realizados os atendimentos pelos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde de forma que não seja garantida a universalidade do acesso isenta da integralidade do cuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia do cuidado integral, o processo de alta e a continuidade do cuidado na perspectiva dos sujeitos sociais que o constituem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A fim de alcançar o estabelecido no objetivo geral do trabalho, foram elencados quatro objetivos específicos:

- a) Analisar a produção científica sobre continuidade do cuidado e integralidade da atenção, identificando dispositivos e estratégias utilizados para essa construção a partir do hospital;
- b) Descrever o perfil dos usuários atendidos no hospital investigado (perfil demográfico, o tempo de permanência, o local de residência, o perfil clínico);
- c) Analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos que têm sido utilizados para a garantia do cuidado integral a partir da percepção dos trabalhadores, gerentes e coordenadores do hospital do estudo;
- d) Analisar o acesso e as barreiras na Rede de Atenção à Saúde para garantia da continuidade do cuidado a partir do olhar dos trabalhadores e gerentes do hospital investigado e de gestores de equipamentos da rede SUS de Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde.

A pesquisa qualitativa permite uma sistematização progressiva do conhecimento pela empiria até a compreensão lógica interna do processo em estudo (MINAYO, 2010). De acordo com Creswell (2010, p. 26), a pesquisa qualitativa é “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. Seu fundamento abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais, que constituem a vivência das relações determinadas pelos atores envolvidos que lhe atribuem significados.

A abordagem qualitativa é coerente com a proposta de analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia de sua integralidade, pois possibilita a identificação de experiências, atitudes e opiniões, na perspectiva dos atores sociais que constituem cotidianamente esse cenário. Minayo *et al.* (2004) afirmam que a abordagem qualitativa se preocupa com a interpretação da ação social e tem como objetivo possibilitar a compreensão das relações, visões e julgamentos dos diferentes atores sobre as intervenções das quais participam.

Esta tese se propôs a desenvolver uma pesquisa interferência. Moebus, Merhy e Silva (2016) consideram que este método vai além dos elementos analisados pela pesquisa ação e pesquisa intervenção. Neste sentido, a pesquisa interferência extrapola estas formas de análise, e busca avançar no sentido de captar todas as interferências e efeitos produzidos no campo, capturando as conexões e ruídos percebidos, problematizando a todo tempo o discurso institucional e pessoal, e produzindo múltiplos sentidos que ultrapassam as certezas da ciência hegemônica. Trata-se de um método que pesquisa de forma mais ampliada as compreensões e análises, requerendo uma escuta minuciosa do outro e uma harmonia criativa para tornar possível uma interação emaranhada à produção da vida (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016).

A pesquisa interferência parte de uma concepção de pesquisa que, a partir dos objetivos e do referencial teórico metodológico de suporte, permite trazer o conjunto dos sujeitos da pesquisa para a centralidade da produção do saber, ou seja, pelo olhar deles próprios (pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários), de suas perspectivas e pontos de vista,

atuando todos eles também como pesquisadores. Assim, o percurso metodológico deste estudo possibilitou acompanhar atores envolvidos na complexa rede de relações do hospital, em especial os funcionários do hospital investigado, permitindo percorrer os caminhos e trajetos dos trabalhadores, tomando-os como guias da produção da pesquisa. Espera-se que a escuta diferenciada e todos os produtos oriundos desta tese possam subsidiar um novo olhar para os modos de produzir a saúde.

Gestores e trabalhadores nestes encontros em busca da reflexão sobre o processo cotidiano de produção do cuidado em saúde produzem novos contornos em seu trabalho (CARVALHO; SANTOS; MATIAS, 2016), e estes sujeitos, atuam compartilhando o seu conhecimento e saber sobre seu processo de trabalho, assim como suas próprias produções de vida (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016).

A compreensão sobre pesquisa interferência surge com o “princípio da incerteza” fundamentado pela física quântica, em 1927, na qual o físico Heisenberg contrariando a análise matemática e a mecânica clássica, formulou que a posição de um elétron é determinada a partir da sua interação com outros instrumentos de medida, direta ou indiretamente. O processo de interação criado promove diversas reações, desde mudança de posição, troca de energia e deslocamento do elétron e uma interferência sobre os resultados observáveis.

A partir desse princípio, Moebus (2015, p. 54) dissertou sobre a interferência do pesquisador sobre o experimento, sobre seu objeto por meio dessa perspectiva:

A partir do princípio de Heisenberg, o pesquisador não pode mais se furtar a interferir na pesquisa, mas pode fazer escolhas sobre essa interferência, considerando-a sim como parte do agir pesquisador e não como uma distorção, um viés a ser eliminado ou um vício a ser purgado.

No contexto da saúde a pesquisa interferência vem se firmando como um descolamento do conceito de pesquisa-ação, que já reconhecia o pesquisador como atuante no contexto pesquisado. Sua natureza originada do pesquisador implicado propõe-se produzir o saber científico, e não apenas isto, mas também o saber e conhecimento coletivo a partir da produção do cuidado e do trabalho vivo em ato, considerando o agir, as interações e conexões do cotidiano (MERHY, 2004). A proposta que se funda é semelhante a produção de um ruído que ecoa, criando possibilidades de expressão, de escuta, fomentando transformação em ato.

A proposta de produzir novos encontros, pesquisando a partir dos acontecimentos é marca da escolha metodológica que fizemos. Para este estudo, optamos pela produção de intercessões e encontros capazes de ampliar a dinâmica da investigação para além dos limites definidos, repercutindo de outros modos, em outros lugares, em outras pessoas (GOMES; MERHY, 2014).

Para tanto, aventurei-me em buscar compreender essa concepção de sujeito, uma vez que o participante, se torna pesquisador, e o pesquisador se torna participante. E nessas conexões, a compreensão de sujeito, enquanto sujeito saber, dominante/dominado é reflexo da realidade social.

Os movimentos que me levaram ao desejo de pesquisar o objeto de estudo, foi quando iniciei minha trajetória como pesquisadora do Núcleo de Estudos Sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe). Entranhada no campo da pesquisa científica, surgiu a curiosidade em problematizar o cuidado prestado no SUS, especialmente o papel que os serviços de saúde possuem na rede de atenção e para garantia da integralidade como princípio fundante do sistema. Nesse período, me vinculei ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a aproximação com este grupo de pesquisa me permitiu aprofundar na discussão crítica sobre a dinâmica do trabalho em saúde no cotidiano em distintos territórios físicos e existenciais do cuidado.

Diante dessas aproximações, comecei uma reflexão no meu ambiente de trabalho, inicialmente como Assessora de Planejamento Estratégico e Gestão do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, onde na ocasião buscava compreender a produção do cuidado que era construída nesse território. Atualmente como servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e assessora da Diretoria de Média e Alta Complexidade, é possível me aproximar da complexidade e desafios enfrentados pela Rede de Atenção à Saúde e que refletem na discussão da produção do cuidado integral para além do hospital e para além da atenção primária à saúde, ou seja, os desafios de se pensar no trabalho em rede, tendo o usuário como o centro.

Como sanitaria inserida no ambiente hospitalar, e na Secretaria Municipal de Saúde, vejo como o hospital é um observatório da rede de atenção para a análise e produção do cuidado de todos os usuários do SUS. O hospital é capaz de traduzir a realidade vivida nos territórios e transporta para ele as dificuldades vivenciadas pela rede de atenção. Eu, Stephanie, mulher, sanitaria e pesquisadora, busco romper com os modelos estruturados, produzindo uma nova linguagem para a construção de novos modos de viver e ver a sociedade. A implicação da pesquisadora neste estudo é buscar modos de fomentar um novo modo de produzir o cuidado, em que as ações sejam regidas pelos valores do SUS. Assim iniciei o percurso para formulação deste projeto de tese, propondo por meio da pesquisa interferência em saúde, dos escritos filosóficos de diversos atores e da concepção micropolítica, provocar um olhar sobre a produção e continuidade do cuidado a partir do ambiente hospitalar.

No campo do pensamento pós-estruturalista, encontram-se as contribuições de Michel Foucault para aprofundar a compreensão sobre a constituição dos sujeitos, as relações de poder e a produção de subjetividade sobretudo nas relações de trabalho na saúde. Michel Foucault em suas fases de pensamento - arqueológica, genealógica e ética – propôs uma nova perspectiva e análise do sujeito. É nesse sentido que seu pensamento se inicia na arqueologia do saber. O saber como possibilidade discursiva e enunciado em diversas categorias - jurídica, científica, filosófica, religiosa, e assim por diante. A abordagem busca compreender como “o sujeito e objeto” se formam e se transformam em suas conexões (FOUCAULT, 1999, p. 237). Haveria, pois, dois tipos de processos distintos, porém interdependentes: processos de subjetivação e processos de objetivação. Neste processo, tem-se a episteme entre verdade e objeto, ou seja, a diferenciação nítida entre “a representação e a coisa: as coisas diziam acerca das palavras, e as palavras acerca das coisas” (FOUCAULT, 1999, p. 236).

Em genealogia do poder, o projeto teórico de Foucault, propõe como ponto de inflexão as interações estabelecidas e os jogos de forças que atravessam os jogos conceituais, o sujeito político é desconstruído e derivado das relações *poder* e *saber*. No caso do poder, desde a genealogia de Nietzsche, a concepção se fundamenta na análise de diferentes dispositivos que operam sobre os indivíduos, docilizando seus corpos e controlando-os enquanto sujeitos. Para Foucault, “é tomar por objeto de análise as relações de poder e não um poder” (FOUCAULT, 1995, p. 242). O sujeito analisado como sujeição, considerando a história e a política, e não apenas como ser fundador do mundo.

Foucault a partir de meados da década de setenta do século XX começa a tecer seu conceito de dispositivo. Considera-o como um conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico de discursos, instituições, leis, proposições, tendo o dispositivo em si como a rede que se estabelece entre esses elementos. O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder (AGAMBEN, 2005).

Considera-se dispositivo como uma configuração específica de domínios do saber e de modalidades de exercício do poder, a qual possui uma função estratégica em relação a um dado período histórico (FOUCAULT, 1995). Foucault, denomina dispositivo como: [...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Segundo este autor, a produção e continuidade do cuidado, ao serem colocadas em prática, disparam uma rede de heterogêneos acontecimentos, fluxos e interações. Há uma

diversidade de mecanismos construídos como forma de recomendações, explicações, comportamentos e produção da prática do cuidar.

Desse modo, a abordagem de Foucault orientará na compreensão da problemática da pesquisa, uma vez que as interfaces que existem em um campo de saber e poder refletiram os diversos agentes que em um campo de disputas e intencionalidades expressam subjetividades e processos de subjetivação (SOUZA; FURLAN, 2018).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital geral, com atendimento 100% SUS e referência para ensino, localizado em Belo Horizonte, e compõe a rede de urgência e emergência de Minas Gerais. Hospital possui 420 leitos, seis salas cirúrgicas, Ambulatório de egressos e Ambulatório de Anticoagulante (RNI). O hospital cenário do estudo é responsável pela assistência aos usuários de urgência e emergência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica e maternidade de uma população de cerca de 1,5 milhão de habitantes no eixo norte da região metropolitana de BH. Essa região engloba os municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Confins, Lagoa Santa e São José da Lapa, entre outros (HRTN, 2022).

O HRTN segue o modelo assistencial de Linhas de Cuidado. Segundo Costa *et al.* (2010), o Modelo de Linhas de Cuidado é definido como organização da assistência, do ensino e da gestão a partir do compromisso com a integralidade do cuidado, desenvolvendo ações de natureza política, técnica e administrativa para a plena inserção e articulação do hospital na rede e melhor organização interna. Busca-se superar a atuação fragmentada e focada nas competências técnicas específicas de cada profissional, construindo novos projetos terapêuticos, em torno dos perfis de necessidades dos usuários (COSTA *et al.*, 2010).

Figura 1 - Foto Hospital Risoleta Tolentino Neves



Fonte: HRTN (2022).

Além do HRTN (Figura 1), outros cenários da pesquisa serão os serviços-guia da rede de atenção à saúde do SUS-BH, vinculados aos gerentes que foram entrevistados na fase 4 da pesquisa.

4.3 IMERSÃO NO CAMPO

A vida cotidiana não está fora da história, mas no centro do acontecer histórico: é a verdadeira essência da substância social (HELLER, 1989, p. 20).

A observação *in locu* neste estudo assume a importância de aproximação ao cenário de estudo e meio de alcançar os princípios da pesquisa interferência. Foi feito por meio de vivências no cotidiano das unidades assistenciais do hospital, visando a observação dos atendimentos e ações de saúde desenvolvidas, além da rede de relações que se estabelecem entre os vários atores para a concretização do cuidado. Nas idas e vindas ao hospital, foi possível criar intimidade com o processo de trabalho realizado pelos trabalhadores no seu dia-a-dia. Foram realizadas, também, conversas informais na lanchonete em frente ao hospital, corredores e Whatsapp com alguns participantes, e esses momentos permitiram compreender ainda mais os fatos do cotidiano, em particular os "ruídos" que iam sendo observados durante a vivência na unidade.

Foram realizadas visitas e acompanhamento ao Hospital Risoleta Neves no período de setembro de 2019 a junho de 2022. Durante as idas ao HRTN adotou-se a forma de observação

direta, participativa, periférica, descritiva como estratégia de coleta de dados. Esta observação é flexível, permitindo a presença do pesquisador em alguns momentos do cotidiano das atividades analisadas (MALINOWSKI, 1975).

Todas as observações foram registradas em diário de campo. Primeiramente após cada visita, eu ligava o gravador, relatava as minhas observações e posteriormente digitava no diário de campo. Conforme relata Deslandes, Gomes e Minayo (2013), o diário de campo é considerado um instrumento muito rico para registro das percepções, inquietações, questionamentos e informações que não são contemplados por meio do uso de outras técnicas.

Esse processo de descrever o acontecimento em informação detalhada possibilitou reproduzir os momentos vivenciados de forma fidedigna, por meio das conversas, percepções e da interpretação das cenas vivenciadas. O conjunto de dados empíricos destas observações resultou em três meses contínuos de acompanhamento no hospital, no início do trabalho de campo em 2019, e pelas interferências da pesquisadora. Posteriormente, outras idas ao hospital foram feitas ao longo dos três anos seguintes para coleta de dados, totalizando aproximadamente 40 páginas de descrição em diário de campo, no período de setembro de 2019 a junho de 2022 (Quadro 1).

Esse processo de imersão contribuiu para o desenrolar das outras fases que se sucederam com as entrevistas individuais e grupos focais (por meio de oficinas). As reuniões preliminares com as equipes, o acompanhamento de algumas corridas de leito e a participação em discussões de equipes, assim como as entrevistas permitiram conhecer um pouco da realidade e a percepção e perspectivas dos indivíduos entrevistados, possibilitando uma reflexão a partir dos próprios sujeitos sobre a realidade vivenciada. As entrevistas foram orientadas por um roteiro semi-estruturado para explorar a temática em estudo.

Quadro 1 - Descrição dos encontros realizados para coleta de dados

PERÍODO	ENCONTROS
Setembro de 2019	Reuniões com a diretoria, Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC), Gestores da clínica Médica, maternidade e pronto socorro
	Conhecendo o Pronto Socorro
	Conhecendo a Clínica Médica
Outubro e novembro de 2019	Acompanhamento das Corridas de leitos e discussão de casos
	Reunião com a Equipe da Educação Permanente
	Reunião com Gerência de Recursos Humanos
Dezembro de 2019	Entrevistas individuais com lideranças, coordenadores e gerentes
Fevereiro de 2020	Entrevistas individuais com lideranças, coordenadores e gerentes
Junho de 2020	Entrevistas individuais com lideranças, coordenadores e gerentes de forma remota
Junho de 2021	Apresentação da proposta das oficinas/grupos focais com os trabalhadores
Agosto de 2021	Oficinas com os trabalhadores
Dezembro de 2021	Entrevistas individuais com gerentes dos serviços da rede de atenção à saúde do SUS BH
Janeiro de 2022	Entrevistas individuais com gerentes dos serviços da rede de atenção à saúde do SUS BH
Junho de 2022	Entrevistas com assessor técnico da diretoria e referência técnica do Núcleo Interno de Regulação do HRTN Participação no colegiado gestor da diretoria do hospital

Fonte: elaborado pela autora (2022).

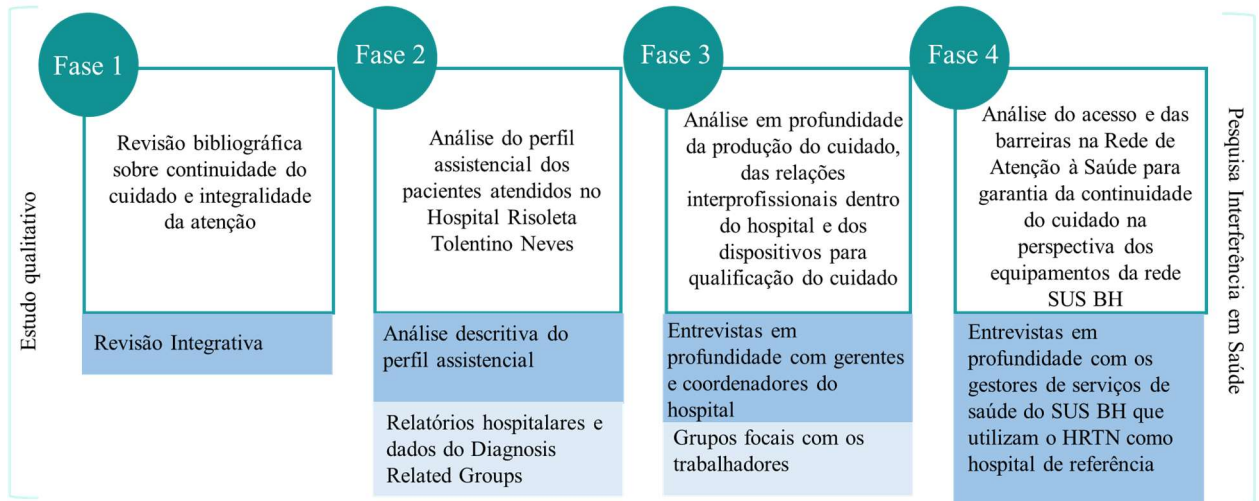
4.4 DESENVOLVENDO A PESQUISA EM MEIO A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Durante a terceira fase da coleta de dados, nos deparamos com a pandemia da COVID-19. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia e em 20 de março, o Ministério da Saúde confirmou transmissão comunitária em todo território nacional. O HRTN, hospital referência para região norte da cidade e dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, definiu que todas as atividades coordenadas pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do HRTN fosse temporariamente suspensa, como forma de promover o isolamento social, medida prioritária de contenção da transmissão, o que comprometeu a continuidade das entrevistas individuais e da realização das oficinas *in loco*. Diante desse cenário foi enviado ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública a solicitação de prorrogação do projeto, uma vez que, apenas em agosto de 2021, foi possível retornar presencialmente ao hospital para a continuidade da coleta de dados. Durante esse período, foram realizadas algumas das entrevistas individuais de forma remota, como forma de garantir o cronograma previsto para a realização da pesquisa. Para isso, na condução das entrevistas realizadas por via remota, utilizamos a ferramenta Google Meet, por ser gratuita, de fácil utilização e permitir interação por áudio e vídeo.

4.5 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista a opção metodológica considerada para este estudo, o percurso metodológico seguido foi estruturado em 4 fases, esquematizadas na Figura 2 e descritas na sequência.

Figura 2 - Percurso metodológico



Fonte: elaborado pela autora (2022).

A triangulação dos dados gerados por diferentes instrumentos e técnicas de pesquisa enriquece e complementa a produção do conhecimento na pesquisa (MINAYO, 2004).

4.5.1 Fase 1 – Revisão bibliográfica sobre continuidade do cuidado e integralidade da atenção, identificando dispositivos e estratégias utilizadas para essa construção a partir do hospital ou na perspectiva do hospital

De forma a captar a produção científica em torno da temática deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa. A revisão integrativa foi selecionada como método por proporcionar impressões gerais sobre um tema, identificando as lacunas do conhecimento em relação ao objeto em estudo. Possibilita também revelar questões centrais de uma área em foco, incluindo marcos conceituais ou teóricos, e apresenta o estado da arte da produção científica sobre um determinado tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES *et al.*, 2014).

Foram definidas para a busca as seguintes bases de dados: PUBMED/Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Localizador de Informação em Saúde (Portal 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 dez 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 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 definidos após análise minuciosa das opções e definições estabelecidas pelos DeCS e palavras-chaves.

A pesquisa foi realizada nos meses de abril a maio de 2021, totalizando 139 publicações encontradas.

Primeiramente foi realizado um teste de elegibilidade para refinar as publicações, excluindo as publicações que não se referiam à temática definida como objeto deste estudo e selecionando as que foram analisadas na íntegra. Essa etapa foi realizada por meio da leitura e análise do título e resumo de todas as publicações e, em alguns casos, os que gerassem dúvida da inclusão ou exclusão era realizada a leitura na íntegra para a definição.

Entre os artigos excluídos estavam aqueles que não se relacionavam ao 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 rede de atenção em seu escopo.

As publicações selecionadas foram analisadas na íntegra buscando identificar as categorias temáticas. Ainda nessa etapa, foram excluídas aquelas que não contribuíam para responder a questão norteadora da revisão. Avaliou-se os aspectos relacionados à metodologia dos estudos, considerando as diferentes fontes teóricas e empíricas para a análise de autenticidade, qualidade metodológica e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

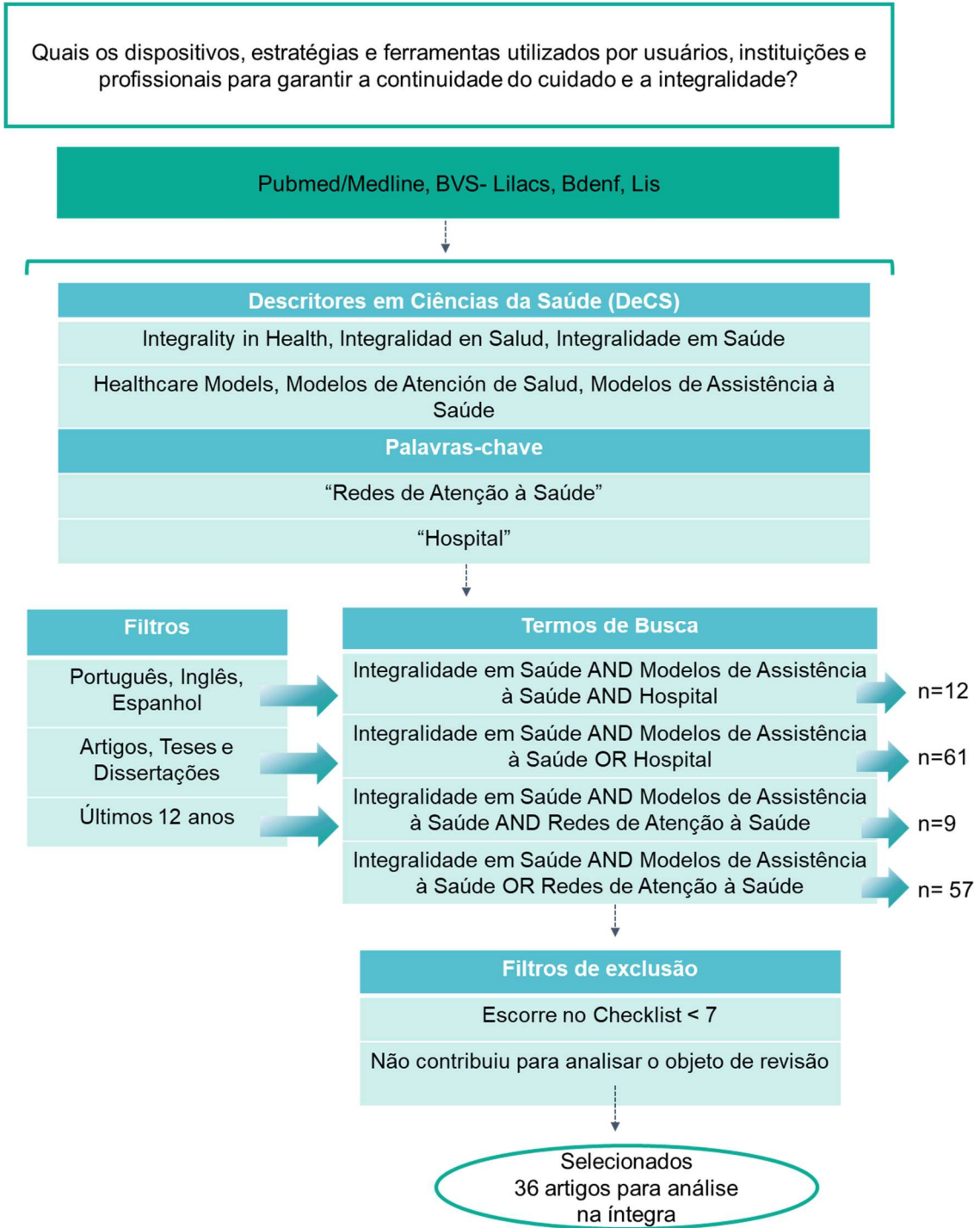
Para tanto, em todos os artigos selecionados foi aplicado o instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (SINGH, 2013), para refinar a análise crítica dos estudos quanto à qualidade, coerência e relevância. Autores que estudam os aspectos metodológicos de revisões integrativas e sistemáticas consideram esta lista como uma potente ferramenta para avaliação da qualidade do texto. Os estudos que responderam positivamente às todas as questões do CASP foram incluídos na amostra.

As referências selecionadas foram analisadas e sintetizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Utilizou-se a análise temática como meio de avaliação dos artigos. Foram agrupados os artigos por meio da construção temática, similaridade de objeto de estudo e resultados. Para isso foi construído um quadro sistemático com as informações sobre título do artigo, ano de publicação, objetivos, estratégias e dispositivos utilizados e principais resultados. Ao final, foram definidas as categorias analíticas para a discussão dos achados.

A descrição detalhada da busca e seleção das publicações encontram-se na Figura 3, a seguir.

Figura 3 - Esquema de seleção dos artigos



Fonte: elaborado pela autora (2022).

4.5.2 Fase 2 – Análise do perfil assistencial dos pacientes atendidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves

Nesta fase foi realizado um estudo retrospectivo, quantitativo, na qual foram analisadas as informações de 18.438 pacientes internados no ano de janeiro a dezembro, de 2019 e 2020, no Hospital Risoleta Tolentino Neves, situado no município de Belo Horizonte. A fonte de informação foi a plataforma *Diagnosis Related Groups* (DRG) Brasil. A metodologia DRG constitui-se em um sistema de classificação de pacientes em grupos homogêneos de acordo com a complexidade assistencial e recursos consumidos. Desta forma, desfechos assistenciais e consumo de recursos tornam-se comparáveis e previsíveis, uma vez que os pacientes agrupados em um mesmo DRG (produto assistencial) possuem características clínicas e de risco similares, determinando uso de recursos (tempo de permanência e consumo de insumos) também similares.

Foram utilizadas para análise as variáveis: condição de alta; procedência do paciente; caráter da internação; permanência prevista; permanência real; especialidade; descrição da Classificação Internacional de Doenças (CID); sexo; idade; município de residência.

Foi realizada uma análise descritiva e calculou-se, para as variáveis categóricas, a frequência, que é o número de valores dentro daquela categoria e sua proporção (frequência sobre o total de casos).

$$\text{proporção} = \frac{\text{frequência (N)}}{\text{soma}}$$

Para as variáveis contínuas foram calculadas a média, desvio padrão, mediana, quartis, mínimo e máximo.

A média é a soma dos valores dividido pelo total:

$$\text{média } (\bar{x}) = \frac{\sum x_i}{N}$$

O desvio padrão é uma medida de variação dos valores em torno da média:

$$DP = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$

E a mediana é o valor central quando os dados originais estão arranjados em ordem crescente de magnitude. Os quartis dividem os valores ordenados em quatro partes iguais, sendo o primeiro quartil (Q1) o valor que separa os 25% inferiores dos valores ordenados dos 75%

superiores, o segundo quartil (Q2) é o mesmo que a mediana e o terceiro quartil (Q3) o valor que separa os 75% inferiores dos valores ordenados dos 25% superiores.

As análises foram realizadas no software Stata Corporation, College Station, Texas (STATA) versão 12.0 e Microsoft Excel (2019).

4.5.3 Fase 3 – Análise da produção do cuidado, das relações interprofissionais dentro do hospital e dos dispositivos institucionais existentes para qualificação do cuidado

Foram realizadas treze entrevistas em profundidade com atores estratégicos que participam diretamente da coordenação da produção do cuidado dentro do hospital. Os participantes das entrevistas foram: um diretor e os gerentes e coordenadores do hospital.

Nas entrevistas, busquei compreender a partir de um roteiro semiestruturado as seguintes questões: Como é a produção do cuidado dentro do hospital e quais os diversos dispositivos intra-hospitalares existentes? Como você percebe atualmente o trabalho interdisciplinar e a integralidade nas Linhas de Cuidado do HRTN? Como é a relação do hospital com a rede de atenção à saúde para o processo de articulação do cuidado após a alta e garantia da continuidade do cuidado?

A escolha da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado para coleta de dados se apoia nas orientações de Minayo *et al.* (1994), que apontam a entrevista como um importante componente da realização da pesquisa qualitativa, sendo que através desse procedimento podem-se obter dados objetivos e subjetivos sobre o objeto investigado.

Para a organização dos dados foi feita a transcrição literal das entrevistas onde os discursos dos sujeitos foram preservados na íntegra, assim como foram garantidos pela pesquisadora os protocolos de transcrição, permitindo analisar o material empírico com os procedimentos interpretativos. Depois de realizadas as transcrições, as entrevistas foram organizadas e analisadas considerando o perfil dos participantes, que retrata a prática social do discurso. Para tanto, preocupada em preservar a identidade dos participantes, foram identificados de E01 a E13 todos os participantes (Quadro 2).

Quadro 2 - Codificação dos participantes das entrevistas individuais

Função	Área de atuação	Tempo de entrevista	Código
Médico	Diretoria	41:41	Entrevista_Ind_E01
Médico	LC Cirúrgica	13:05	Entrevista_Ind_E02
Médico	LC Clínica Médica	49:01	Entrevista_Ind_E03
Enfermeiro	LC Clínica Médica	31:13	Entrevista_Ind_E04
Assistente social	Coordenação de equipe e atuação nas várias linhas de cuidado do hospital	7:57	Entrevista_Ind_E05
Psicólogo	Coordenação de equipe e atuação nas várias linhas de cuidado do hospital	42:00	Entrevista_Ind_E06
Fisioterapeuta	Coordenação de equipe e atuação nas várias linhas de cuidado do hospital	24:22	Entrevista_Ind_E07
Enfermeiro	Pronto Socorro	21:18	Entrevista_Ind_E08
Enfermeiro	Referência técnica da equipe de enfermagem	13:29	Entrevista_Ind_E09
Médico	Pronto Socorro	45:08	Entrevista_Ind_E10
Enfermeiro	Núcleo Interno de Regulação	22:05	Entrevista_Ind_E11
Assessor técnico	Apoio à Diretoria Técnico-assistencial	25:56	Entrevista_Ind_E12
Médico	Pronto Socorro	15:35	Entrevista_Ind_E13
Total		352:50:00	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Ainda nesta fase, foram realizadas as **oficinas que se constituíram em grupos focais** com os trabalhadores da saúde envolvidos no processo de produção do cuidado dentro do hospital. Primeiramente, foi realizada uma apresentação da proposta da oficina com as coordenações de enfermagem da linha de cuidado ao paciente clínico e do pronto socorro, e a diretoria assistencial. Nesse momento, a equipe do HRTN trouxe suas considerações e contribuíram para pensar qual seria o público da oficina. Pensar a oficina junto com algumas

lideranças do HRTN, que também foram participantes das entrevistas individuais da pesquisa, foi importante para modelar uma oficina que também fomentasse a construção de processos de aprendizagem de forma colaborativa e significativa.

Dois grupos focais, foram realizados, em plantões diferentes, com os trabalhadores do hospital, buscando trazer para o estudo suas percepções e concepções sobre o tema do estudo. Foram convidados para cada grupo cerca de 15 participantes, que representassem todas as categorias profissionais atuantes nas linhas de cuidado do hospital. Ao final, participaram dos grupos focais 22 profissionais, entre eles fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliar administrativo e radiologista. As oficinas aconteceram durante a manhã, nos dias 13 e 16 de agosto de 2021 (Figura 4).

Figura 4 - Convite das oficinas com os trabalhadores



Fonte: elaborado pela autora (2022).

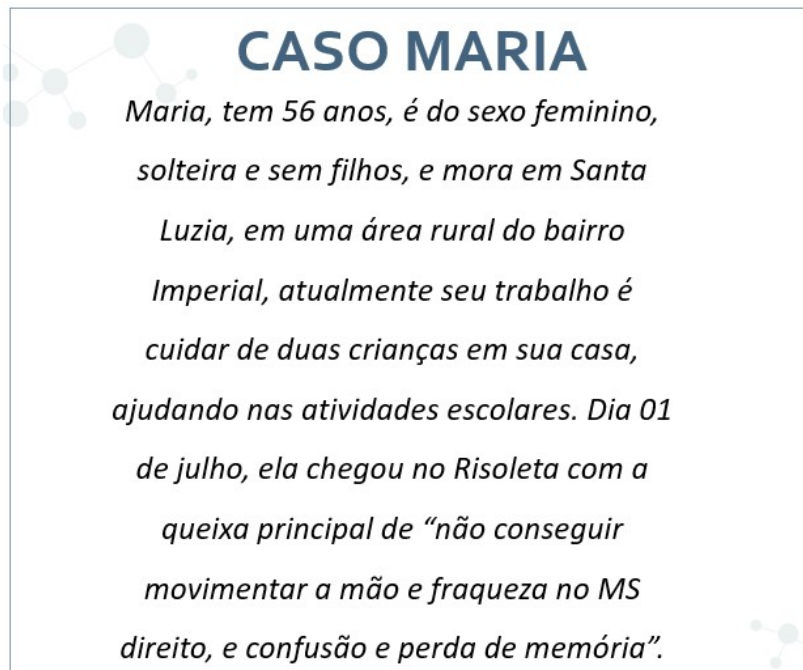
Para a realização da oficina eu contei com o apoio de uma pesquisadora que trabalhava no HRTN, que me auxiliou tanto como facilitadora para o momento do convite aos participantes quanto como observadora durante a oficina. Seu papel foi fundamental, pois após definirmos o perfil dos participantes, ela, por ser trabalhadora do setor de pesquisa e ensino do hospital, foi até cada coordenação, explicou a pesquisa e orientou que cada coordenação estendesse o convite à sua equipe, informando a possibilidade de participação de um representante na oficina. Nos setores que ninguém manifestou espontaneamente interesse em participar, a coordenação indicou a pessoa que poderia mais facilmente desejar participar, e assim foi feito o convite.

O desenvolvimento da oficina se deu a partir da discussão de um caso: Caso da Dona Maria. A proposta de partir de um caso real, permitiu que os participantes “olhando” para o mesmo objeto construíssem uma arborificação das multiplicidades, ou seja, a diversidade da

prática diante de um caso comum aos trabalhadores do Risoleta (DELEUZE; GUATARRI, 1995).

Assim, a proposta metodológica da oficina foi discutir a produção do cuidado dentro e fora do hospital a partir da narrativa de um caso (Figura 5) e daí refletir sobre o próprio cotidiano do trabalho, identificando as percepções sobre as dificuldades e os ruídos existentes nestes processos, bem como os dispositivos institucionais utilizados para garantir o cuidado integral.

Figura 5 - Descrição do Caso Maria



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Ao disparar o caso para os participantes, o meu papel como pesquisadora, foi de moderar a discussão e nortear os participantes com algumas questões, como: Como você vê o trabalho interdisciplinar e produção do cuidado a partir desse caso dentro do HRTN?; como construir a alta responsável e a continuidade do cuidado após o processo de alta? Existem dificuldades nesse processo?

A segunda pesquisadora, que me auxiliou como observadora, teve um papel fundamental para anotar em tarjetas alguns pontos, estratégias, dispositivos de destaque que iam surgindo ao longo da discussão.

As duas oficinas foram transcritas na íntegra, totalizando duas horas e 15 minutos de gravação de grupo focal, preservando a identidade dos participantes, as falas dos participantes serão identificadas conforme código a seguir (Quadro 3):

Quadro 3 - Codificação dos participantes da oficina

Oficina	Duração	Categoria profissional	Código
Oficina 1	01:15:06	Enfermeiro Linha de Cuidado	OF1_Enf_01
		Enfermeiro EMAD	OF1_Enf_02
		Técnico de Enfermagem	OF1_Tec_01
		Psicólogo	OF1_Psi_01
		Fisioterapeuta	OF1_Fisio_01
		Médico	OF1_Med_01
		Fonoaudiólogo	OF1_Fono_01
		Auxiliar administrativo	OF1_Adm_01
		Radiologista	OF1_Radio_01
		Terapia Ocupacional	OF1_TO_01
		Nutricionista	OF1_Nut_01
Assistente social	OF1_AS_01		
Oficina 2	00:59:23	Enfermeiro	OF2_Enf_03
		Enfermeiro	OF2_Enf_04
		Técnico de Enfermagem	OF2_Tec_02
		Psicólogo	OF2_Psi_02
		Fisioterapeuta	OF2_Fisio_02
		Fonoaudiólogo	OF2_Fono_02
		Auxiliar administrativo	OF2_Adm_02
		Terapia Ocupacional	OF2_TO_02
		Nutricionista	OF2_Nut_02
		Assistente social	OF2_AS_02

Fonte: elaborado pela autora (2022).

4.5.4 Fase 4 – Análise do acesso e das barreiras na Rede de Atenção à Saúde para garantia da continuidade do cuidado na perspectiva dos equipamentos da rede SUS BH

Nesta última fase, utilizamos o método do serviço-guia, entendido como o relato da produção do cuidado na perspectiva do serviço que oferta o cuidado para a rede de atenção à

saúde, a qual permite uma narrativa do(s) encontro(s), tendo como parâmetro o equipamento de saúde e suas relações com outros equipamentos da rede. A finalidade foi fazer emergir as intencionalidades e as conexões existenciais desses serviços em seus modos de produzir saúde e produzir a continuidade do cuidado do paciente que está inserido na rede de atenção. Sob essa perspectiva, acredita-se que o serviço-guia permite dar visibilidade no plano macropolítico no território e nos arranjos sugeridos para a continuidade do cuidado integral.

Nesse sentido, os representantes do serviços-guia dessa investigação foram os gestores dos serviços que tem como referência o HRTN e compõe a rede de atenção à saúde da regional norte de Belo Horizonte/MG:

- a) Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 1;
- b) UPA 2;
- c) Centro de Saúde 1;
- d) Centro de Saúde 2.

As entrevistas individuais com os gestores dos quatro equipamentos da rede de atenção à saúde foram transcritas e codificadas conforme Quadro 4:

Quadro 4 - Codificação dos participantes das entrevistas individuais

Serviço-guia	Duração	Código
UPA 1	00:12:11	Entrevista_Ind_UPA1
UPA 2	00:14:02	Entrevista_Ind_UPA2
Centro de Saúde 1	00:15:59	Entrevista_Ind_CS1
Centro de Saúde 2	00:11:25	Entrevista_Ind_CS2

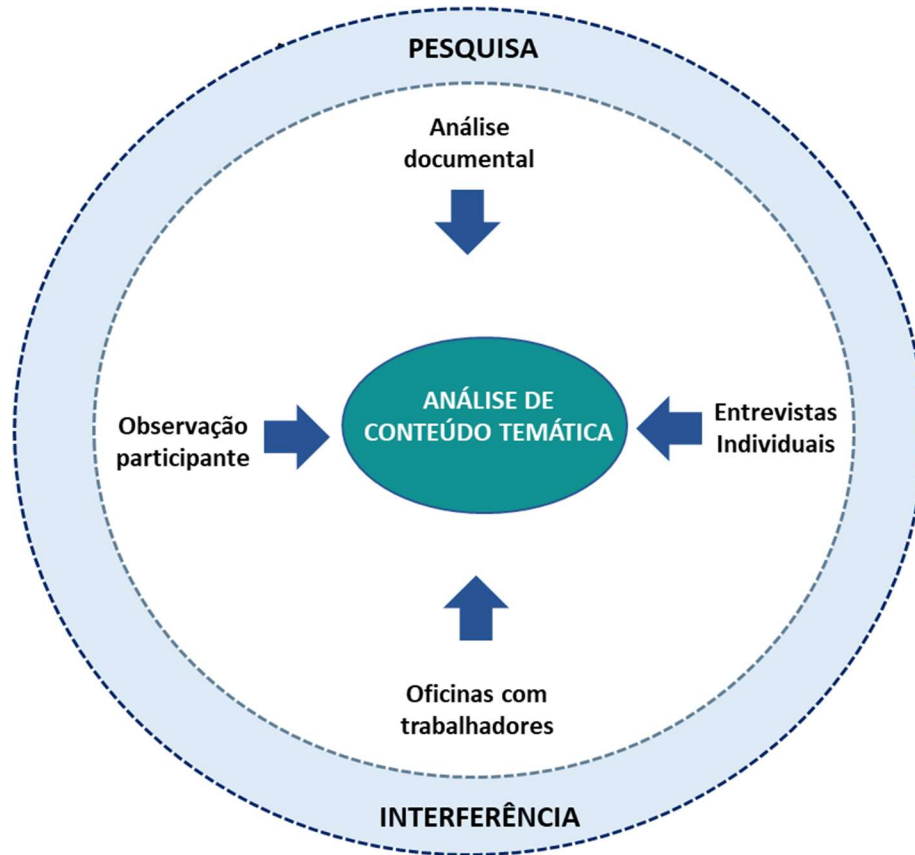
Fonte: elaborado pela autora (2023).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na operacionalização deste estudo, o processo de análise seguiu por: imersão da pesquisadora em cada transcrição e escrita do diário de campo, das entrevistas individuais e grupos focais a partir de leituras exaustivas dos discursos, assinalando e categorizando por temas os conteúdos que respondessem às inquietações da pesquisa. Buscou-se “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência” (MINAYO, 2002, p. 85), articulando com a análise crítica da observação participante a partir do cotidiano da produção do cuidado no hospital e da análise documental. De acordo com Minayo, Souza e Assis (2005), a triangulação como recurso metodológico processa-se por meio do diálogo entre diferentes métodos, técnicas e fontes. A

Figura 6 representa esquematicamente a proposta analítica dos dados, a partir das fontes e técnicas utilizadas neste estudo.

Figura 6 - Esquema analítico dos dados



Fonte: elaborado pela autora (2022).

A discussão dos dados desta tese foi feita à luz da revisão integrativa, realizada como fase inicial do trabalho de doutorado, e dos referenciais teóricos sobre integralidade, produção do cuidado e atenção hospitalar. Todo o processo de análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo temático ancorada na abordagem de Minayo (2010). A sistematização do método consiste na leitura em profundidade e no tratamento das informações contidas nas entrevistas, grupos focais e observação participante buscando apreender o que está por trás do que foi dito, e a partir daí elaborar a sua descrição analítica.

Reforça-se que a análise de análise de conteúdo temática, consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). O processo analítico por esse método parte da elaboração de uma síntese entre a dimensão teórica e os dados empíricos, na qual há um diálogo entre a fundamentação teórica, as narrativas dos pesquisados

e as condições sociais e históricas de produção que lhe deram origem para buscar sentidos mais amplos (GOMES *et al.*, 2005).

As categorias temáticas foram discutidas a partir da articulação entre os dados e a produção científica relacionada, configurando o movimento, ao mesmo tempo, compreensivo e crítico sustentado pelo referencial da pesquisa interferência. Neste processo, os dados empíricos foram comparados e confrontados com as discussões provenientes de outros estudos e referenciais teóricos, de modo a sustentar ou contradizer os achados e análises resultantes desta pesquisa. Na operacionalização deste estudo, o processo de análise foi realizado buscando produzir a inteligibilidade sobre os sentidos e significados da produção do cuidado a partir dos dados coletados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo A), pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves (Anexo C). A coleta de dados primários foi precedida de discussão com os participantes sobre os objetivos e finalidades do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todas as fases deste estudo estão em concordância com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

5 REVISÃO DE LITERATURA – ARTIGO PUBLICADO: “CONTINUIDADE DO CUIDADO E INTEGRALIDADE A PARTIR DO HOSPITAL: DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS”

Apresentamos, a seguir, os resultados dessa pesquisa que se constituem num artigo publicado resultante de uma revisão bibliográfica (Figura 7).

Figura 7 - Artigo publicado: “Continuidade do cuidado e integralidade a partir do hospital: dispositivos e estratégias”

REVISÃO | REVIEW 551

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: 10.1590/0103-1104202113321

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, BDNF 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, BDNF, 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.*

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

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



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

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 constituiu-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

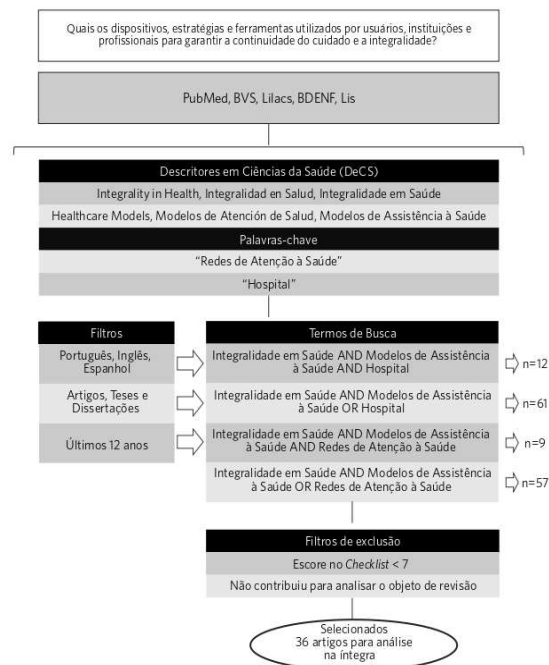
De forma a captar a produção científica em torno da temática deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa. Foram definidas para a busca as seguintes bases de dados: PubMed/Medline, Lilacs, BDENF e LIS. De forma homogênea, os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas 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): *Integrity 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) ³⁰	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 estratégica 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. Consta-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) ³⁶	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 intersetoriais.	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 da 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) ³⁴	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; Contratualização.	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 inclua 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 intersubjetivos¹⁶.

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 sociedade⁹.

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 SMMF (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. Assessment in a risk 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, Cecilio 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, Escalda 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. Percorso 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 DF, 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

Fonte: Belga, Jorge e Silva (2022).

6 DESVENDANDO E CONHECENDO A INSTITUIÇÃO HOSPITAL RISOLETA

O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa. De forma exploratória, foi possível a imersão no hospital e a visualização mais abrangente das descobertas em campo. Estar imerso no cotidiano para apreendê-lo em sua densidade e intensidade, foi importante para provocar interferências e reflexões em mim, junto à gestão e com os trabalhadores desta instituição.

6.1 CONHECENDO A CLÍNICA MÉDICA

Por meio das observações na Unidade de Internação da Clínica Médica foi possível obter informações sobre o seu funcionamento cotidiano dentro do hospital. As impressões descritas, a seguir, fazem parte do acumulado de observações e do conteúdo das entrevistas com os coordenadores das linhas.

Cada uma das Linhas de Cuidado possui 1 (um) coordenador médico e 1 (um) coordenador enfermeiro. Não há hierarquia entre os coordenadores, porém há divisão de tarefas onde a gestão da equipe médica é de responsabilidade do coordenador médico e a da gestão da equipe de enfermagem e as questões administrativas são de responsabilidade do coordenador enfermeiro. Os coordenadores buscam, portanto, manter o foco dos projetos terapêuticos centrados na interdisciplinariedade e na atenção multiprofissional.

O hospital divide seus profissionais médicos e enfermeiros entre horizontais e plantonistas. Os médicos e enfermeiros horizontais possuem carga horária de 30 e/ou 40 horas semanais e estão no hospital de segunda a sexta. Os turnos da noite, bem como os de final de semana, são cobertos pelos plantonistas. Os técnicos de enfermagem trabalham apenas como plantonistas no regime de 12 por 36 horas de trabalho.

A Linha de Cuidado da Clínica Médica está localizada no 5° e no 6° andares do HRTN, contando com 96 (noventa e seis) leitos divididos em 4 (quatro) alas (5°A, 5°B, 6°A e 6°B). Na ala 5°B está localizada a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com seus 24 leitos destinados aos cuidados dos pacientes internados com AVC. A equipe médica, além do coordenador, é composta por 18 médicos horizontais, sendo 14 especialistas em clínica médica e 4 em neurologia. Os especialistas de neurologia atendem aos leitos da Unidade de AVC e possuem 24 médicos Clínicos para apoio de interconsultas. Esta equipe conta, também, com 5 plantonistas clínicos, sendo 3 na parte da tarde e 2 à noite.

A equipe de enfermagem, além de seu coordenador, é composta por 8 enfermeiros horizontais, sendo 2 por ala durante o dia. No turno da noite são 4 enfermeiros plantonistas para o 6º andar e 8 para o 5º andar (devido à Unidade de AVC). Fazem parte da equipe de enfermagem, aproximadamente, 105 técnicos de enfermagem divididos aproximadamente de 6 técnicos por ala em cada turno de 12 horas, numa escala em que eles revezam de 12 por 36 horas.

As tarefas dos técnicos de enfermagem, além daquelas referentes aos cuidados dos pacientes, são distribuídas em escalas quinzenais e ficam fixadas no Posto de Enfermagem para livre consulta. Todos os enfermeiros das alas têm status de supervisores, uma vez que são responsáveis pelo recebimento e passagem de plantão, conferência do quantitativo de profissionais disponíveis por turno, controle e solicitação de materiais para procedimentos e distribuição de tarefas (diárias e quinzenais), além das atividades assistenciais. São compreendidas como atividades de cuidado dos pacientes a corrida de leitos, cuidados essenciais (banho, medicação, troca de curativos, troca de roupa e enxoval), evolução do paciente e monitoramento/manutenção dos cuidados. Cada técnico de enfermagem é responsável por, aproximadamente, 3 leitos durante seu turno.

A equipe multiprofissional da Clínica Médica conta com 2 assistentes sociais (uma por andar) e 2 fonoaudiólogas exclusivas da Unidade de AVC, Cuidado Paliativo e Idoso Frágil. Além desses profissionais há apoio de profissionais da nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Cada uma das alas possui 24 leitos, sendo 22 deles localizados em enfermarias (variando entre 2 e 4 leitos) e os outros 2 em isolamento (2 quartos separados). As áreas encontradas em cada ala estão especificadas na Figura 8 abaixo.

A Clínica Médica acompanha de forma sistemática os indicadores de desempenho de suas atividades. O indicador de “acompanhamento assistencial”, contabilizado em uma planilha preenchida diariamente pelo enfermeiro responsável em cada ala, reflete a quantidade diária de ocorrências ocorridos no período da manhã, tarde e noite correspondente ao total de pacientes das alas com determinado.

Outro indicador acompanhado é o de “liberação de leitos”. Este indicador é sistematizado em planilha alimentada pelas alas a cada alta dos pacientes, viabilizando a contabilização da média de tempo gasto entre a alta do paciente e ocupação do leito novamente. Na referida planilha constam as seguintes informações: data da alta; horário de liberação do leito; tempo gasto para higienização do leito; horário da liberação do leito para admissão do paciente; horário de admissão do paciente.

Também são acompanhados os indicadores de acidentes de trabalho, utilização de materiais e medicamentos (MAT/MED), as contratações/demissões, e as faltas dos funcionários, entre outros. O preenchimento das planilhas que possibilitam o acompanhamento dos indicadores é feito de forma manual. Ao final do mês é realizada uma média de cada indicador e os dados são repassados para uma planilha do Excel. Os relatórios mensais, após aprovação do Coordenador de Enfermagem, são encaminhados à diretoria.

6.2 CORRIDA DE LEITOS

Semanalmente ocorre, pela manhã (às 09:00 horas), a reunião denominada Corrida de Leitos (CL). A reunião é realizada pelos médicos e enfermeiros horizontais, contando com a participação da equipe multiprofissional para discussão dos casos de cada paciente internado, por ala, sob organização do Coordenador de Enfermagem. Essa reunião é essencial para a gestão de leitos da Clínica Médica e definição das ações de continuidade do tratamento dos pacientes (condições clínicas, encaminhamento para exames e consultas específicas). As reuniões ocorrem com a seguinte periodicidade: 5º A (quinta-feira); 5º B (quarta-feira); 6º A (segunda-feira) e 6º B (terça-feira).

A Corrida de Leitos é uma forma de discutir e acompanhar o projeto terapêutico de cada paciente e acompanhar seu reestabelecimento, além de coordenar o gerenciamento de leitos e as altas hospitalares, buscando ativamente os pacientes que podem ser desospitalizados mais rapidamente sem que a alta seja concedida precocemente e, principalmente, sem prejuízos ao tratamento. A participação da equipe multiprofissional é essencial nas reuniões de CL para que os casos sejam discutidos de forma integral e compartilhada. A participação dos membros da equipe de Serviço Social tem importante papel na desospitalização, no cuidado continuado e no auxílio aos pacientes e familiares, por exemplo.

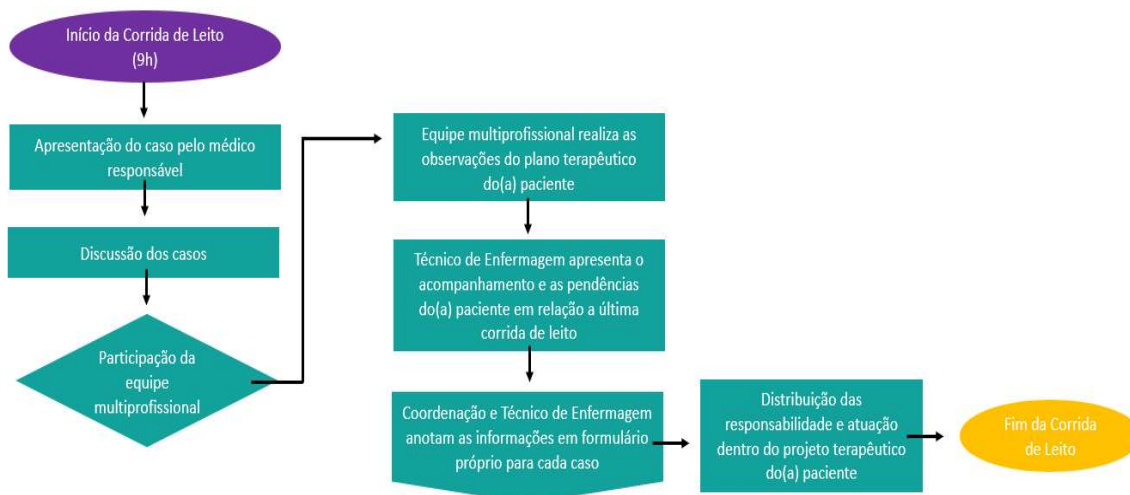
A participação das equipes de psicologia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional são fundamentais para que as intervenções sejam discutidas e harmonizadas, culminando na melhora, no aumento da qualidade do tratamento e na desospitalização, quando possível.

Para participar da corrida de leito, cheguei uma hora antes dela se iniciar. Encontrei a enfermeira na sala de coordenação da enfermagem no quinto andar e ela me conduziu até a sala que teria a corrida de leito. Neste dia ela não participou e me apresentou para a enfermeira horizontal. O médico gerente da linha de cuidado se lembrou de mim, das observações que já havia feito nos andares e leitos do hospital. O médico, esperou uns 5 minutos até o restante das pessoas chegarem. Era uma sala de prescrições, havia poucas cadeiras, alguns estavam em pé, outros encostados na bancada, e após um bom

dia a todos feitos pelo médico que mediava a corrida de leitos, ele foi falando “leito 512 – Seu Antônio, cardiopata, sem desconforto respiratório, ainda em uso de xxx.” Na sequência, ele conduz “Enfermagem, alguma coisa?” e depois “Fisio?, Fono?”¹

O conceito de clínica ampliada traz como objeto de trabalho, além da doença, toda a perspectiva da vida do paciente, seus problemas de saúde (ampliação do risco e/ou vulnerabilidade das pessoas) aos quais estão submetidos os sujeitos, as pessoas em tratamento (CAMPOS; AMARAL, 2007). Para tanto, ressalta-se ser essencial que a clínica contribua para a ampliação do grau de autonomia dos usuários (capacidade de lidar com o próprio sistema de dependências), não ficando apenas centrada na atuação sobre o tratamento da doença. Neste sentido o “Projeto Terapêutico Singular” é uma das ferramentas que possibilita a adaptação dos protocolos clínicos aos sujeitos em tratamento, respeitando suas singularidades.

Figura 8 - Fluxograma Corrida de Leito



Fonte: elaborado pela autora (2022).

A trajetória como pesquisadora, observando e ouvindo sobre a produção do cuidado em saúde, sob o aspecto de quem produz, de quem cuida, nos mostra uma possibilidade de compreensão do *modus operandi* da instituição sob investigação. E nessa compreensão, as questões da saúde nos remetem à necessidade de concretizar a teoria e princípios do Sistema de Saúde que nos rege, de forma a diminuir as injustiças sociais e garantir a equidade em saúde. Nesse percurso enquanto observadora, foi preciso abandonar alguns instintos naturais, enraizados na minha identidade ideológica e aprender a compreender a função do outro.

Em alguns momentos pude perceber que, após a corrida de leito, os profissionais estabeleciam um agir próprio: se organizavam para administrar os problemas do dia a dia, organizar a dinâmica de suas atividades e execução de suas tarefas. A equipe, muito bem entrosada, empregava um jeito de falar próprios, com descrição e ordem comum da forma de dialogar sobre os

¹ Diário da pesquisadora – 4 de dezembro de 2019.

assuntos e condutas referentes a cada paciente. O quadro branco da sala, descrito com o Kanban e as definições clínicas que aconteceriam aquele dia, marcavam aquele universo e a interlocução sobre o processo de trabalho em saúde².

Entre as observações feitas, conhecendo um ou outro dispositivo para integralidade no hospital – corrida de leito, reuniões de equipe, discussão de casos – me permitiu entender o modo de fazer que não se restringe ao produzir manualmente ou por meio de aparatos tecnológicos, mas também ao cuidado para além de habilidades técnicas, ou seja, fundamentada no pensamento crítico e responsável que reconhece as diferenças e limitações existentes no cotidiano. Vivenciar essa pesquisa no cotidiano, me permitiu tecer impressões e concepções do mundo e da ciência, de quem ouve, vê e fala.

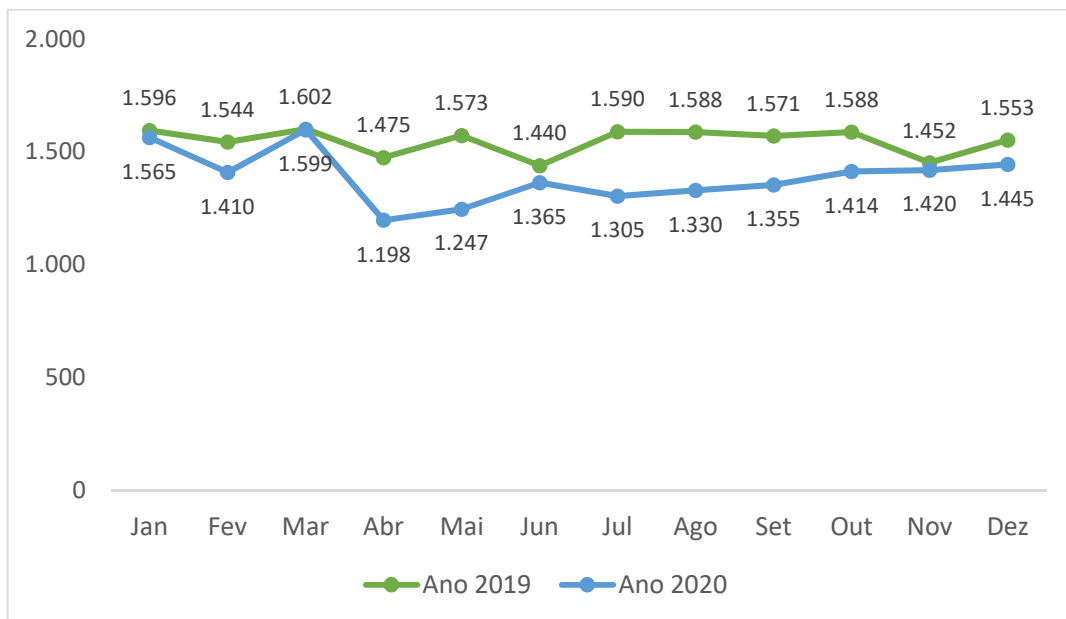
² Diário da pesquisadora – 4 de dezembro de 2019.

7 ANÁLISE DO PERFIL ASSISTENCIAL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES

As análises apresentadas, a seguir, são referentes a 18.438 pacientes internados no ano de 2019 e 16.791 pacientes internados em 2020 no Hospital Risoleta Tolentino Neves, situado no município de Belo Horizonte e visam traçar um perfil das internações realizadas no hospital.

Apresentamos a distribuição das internações ao longo dos meses. Pelo gráfico abaixo percebemos que o mês de novembro foi o que apresentou menor quantidade de pacientes internados, enquanto março apresenta o maior volume de internações. Mas sem grandes variações, estando com média mensal de 1.536 internações no ano de 2019 e 1.399 internações no ano de 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de internações por mês ocorridas no HRTN ao longo de 2019 e 2020



Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

Na Tabela 1 abaixo, apresentamos as variáveis demográficas relativas aos pacientes internados no HRTN, sendo que 54,36% (2019) e 53,77% (2020) dos pacientes são do sexo feminino, a maior concentração de pacientes é a faixa etária produtiva entre 20 e 60 anos, representando uma média de 49% nos dois anos. Quanto ao município de residência, destaca-se Belo Horizonte, seguido por Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia.

Tabela 1 - Análise das variáveis sexo, faixa etária e município de origem das internações do HRTN, no ano de 2019 e 2020

Variável		2019		2020	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	10.023	54.36%	9.028	53.77%
	Masculino	8.413	45.63%	7.762	46.23%
	Ignorado	2	0.01%	1	0.01%
Faixa Etária	0 a 10 anos	3.412	18.51%	2.790	16.62%
	11 a 20 anos	1.462	7.93%	1.188	7.08%
	21 a 30 anos	3.042	16.50%	2.721	16.21%
	31 a 40 anos	2.476	13.43%	2.200	13.10%
	41 a 50 anos	1.780	9.65%	1.740	10.36%
	51 a 60 anos	1.761	9.55%	1.728	10.29%
	61 a 70 anos	1.905	10.33%	2.013	11.99%
	71 a 80 anos	1.545	8.38%	1.455	8.67%
	81 a 90 anos	847	4.59%	803	4.78%
	91 a 100 anos	200	1.08%	150	0.89%
	Acima de 100 anos	8	0.04%	3	0.02%
Município	Belo Horizonte	10.394	56.96%	9.811	58.43%
	Ribeirão das Neves	2.27	12.44%	1.908	11.36%
	Vespasiano	1.818	9.96%	1.189	7.08%
	Santa Luzia	1.817	9.96%	1.416	8.43%
	Lagoa Santa	383	2.10%	250	1.49%
	São Jose da Lapa	223	1.22%	188	1.12%
	Pedro Leopoldo	184	1.01%	134	0.80%
	Contagem	107	0.59%	171	1.02%
	Matozinhos	103	0.56%	118	0.70%
	Sabará	82	0.45%	93	0.55%
Total		18.438	100%	16.791	100%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

Quanto ao perfil etário, quando se olha as diferentes faixas etárias, houve prevalência entre os pacientes de 0 a 10 anos, em decorrência da maternidade, que interna mulheres jovens e pelos nascimentos advindos das gestações. Entretanto, se olharmos os pacientes idosos, ou seja, aqueles acima de 60 anos representam $\frac{1}{4}$ de todo atendimento, demonstrando a representatividade do HRTN no atendimento aos pacientes idosos.

Dos 18.438 pacientes temos uma idade média de 38,10 anos, variando de 0 a 106 anos, com um desvio padrão de 26,35 anos, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva da variável idade para o ano de 2019 e 2020 no HRTN

Variável		N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	2019	18.438	38.10	26.35	0.00	106.00
	2020	16.791	39.73	26,03	0.00	102.00

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

Como pode ser visto na Tabela 3, em relação ao caráter da internação, 89,60% das internações são do tipo urgência, sendo que as de caráter eletivo representam apenas 10% do total, demonstrando o perfil predominante de atendimentos e internações de urgência e emergência no hospital Além disso, visualiza-se que 77,05% (2019) e 76,74% (2020) dos pacientes são procedentes diretamente da comunidade, seguido por 16,02% (2019) e 13,56% (2020) do próprio hospital em movimentos de transferência de uma unidade para outra e apenas 5% dos pacientes são oriundos de UPAs da cidade. Em relação às altas identifica-se que a alta para casa corresponde a 85,16% (2019) e 84,40% (2020) do total, enquanto 6,72% (2019) e 6,82% (2020) dos pacientes são transferidos para continuidade da internação em hospitais de curta duração.

Tabela 3 - Análise das internações do HRTN quanto ao caráter, procedência do Paciente e condição de alta, no ano de 2019 e 2020

(continua)

Variável		2019		2020	
		N	%	N	%
Caráter de internação	Eletivo	1,908	10.35%	573	3,41
	Urgência	16,52	89.60%	16204	96,50
	Emergência	10	0.05%	14	0,08
Procedência do paciente	Comunidade	13,744	77.05%	12885	76,74%
	Próprio hospital	2,858	16.02%	2277	13,56%
	Unidade de pronto atendimento	865	4.85%	761	4,53%
	Transferido de hospital de curta permanência	264	1.48%	193	1,15%
	Instituição de longa permanência	78	0.44%	54	0,32%
	Atenção domiciliar	16	0.09%	12	0,07%
	Transferência para hospital de longa permanência (unidade de cuidados crônicos, reabilitação)	12	0.07%	6	0,04%

Tabela 3 - Análise das internações do HRTN quanto ao caráter, procedência do Paciente e condição de alta, no ano de 2019 e 2020

(conclusão)

Variável	2019		2020	
	N	%	N	%
Casa auto cuidado	15,701	85.16%	14172	84,40%
Transferência para hospital de curta permanência	1,239	6.72%	1145	6,82%
Óbito	844	4.58%	794	4,73%
Atenção domiciliar	384	2.08%	439	2,61%
Evasão	153	0.83%	148	0,88%
Condição da alta				
Transferência para hospital de longa permanência (unidade de cuidados crônicos, reabilitação)	62	0.34%	31	0,18%
Instituição de longa permanência	35	0.19%	44	0,26%
Alta a pedido	20	0.11%	18	0,11%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

De acordo com a Tabela 4, a permanência real dos pacientes é, em média, de 6,56 dias, com um desvio padrão de 10,34 dias. Porém, existem pacientes que permaneceram de 0 a 315,70 dias. Esta alta permanência de alguns pacientes nos faz deparar com a vulnerabilidade social e insuficiência familiar e, em algumas situações a ausência de equipamentos sociais que acolham estes pacientes crônicos e sozinhos para estes casos que efetivamente tem residido por mais de ano no hospital.

Tabela 4 - Análise da permanência em dias dos pacientes internados no Hospital Risoleta no ano de 2019 e 2020

Variável	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	
Permanência real	2019	6.56	10.34	0.00	3.00	315.70
	2020	4.40	13.10	0.00	3.50	611.00

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

Na Tabela 5, temos o top10 dos DRG admissionais com maior volume, sendo que “recém-nascido normal” (15,18%), “parto vaginal sem diagnósticos” (9,46%) foram os dois mais expressivos. Entre as Classificações Estatísticas Internacionais de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CIDs), destacam-se como principais, “criança única, nascida em hospital” (9,56%) e “parto espontâneo cefálico” (8,00%) são os mais representativos. Ao avaliarmos o código por agrupamento do DRG denominado Major Diagnostic Category (MDC), destacam-se “Gravidez, Parto e Puerpério” (18,90%) e “Recém-nascidos e Lactentes com Afecções” (17,13%) são os dois com maior percentual. Todos estes principais DRG, CID

e MDC demonstram a importância da maternidade dentro do Hospital Risoleta, e como este hospital é referência para a porção norte da região metropolitana de BH, visto que cerca de 55 a 60% de todos os atendimentos/internações na maternidade são referentes aos municípios da região metropolitana, sendo BH representado por cerca de 40% dos atendimentos.

Tabela 5 - Lista dos principais DRG, CIDs e MDC relativos às internações do HRTN no ano de 2019 e 2020

Variável	2019		2020		
	N	%	N	%	
DRG admissional	Recém-nascido normal	2.799	15,18%	2128	12,67%
	Parto vaginal sem diagnósticos complica	1,745	9,46%	1634	9,73%
	Fraturas, entorses, distensões e deslocamento	894	4,85%	606	3,61%
	Cesariana com cc/mcc	454	2,46%	346	2,06%
	Parto vaginal com diagnósticos complica	381	2,07%	373	2,22%
	Infecções respiratórias e inflamações com mcc	14	0,08%	456	2,72%
	Pós-atendimento sistema musculoesquelético	297	1,61%	130	0,77%
	Infecções do rim e trato urinário sem m	279	1,51%	273	1,63%
	Cirurgias de membro inferior e úmero ex	277	1,50%	238	1,42%
	Cesariana sem cc/mcc	273	1,48%	213	1,27%
	Hemorragia intracraniana ou infarto cer	254	1,38%	246	1,47%
	CID principal	Criança única, nascida em hospital	1.763	9,56%	1438
Parto espontâneo cefálico		1.475	8,00%	1278	7,61%
Infecção respiratório pelo novo coronavírus (Aguda) - Insuficiência cardíaca cong		269	1,46%	230	1,37%
Parto por cesariana eletiva		253	1,37%	217	1,29%
Outros infartos cerebrais		237	1,29%	198	1,18%
Infecção do trato urinário de localizaç		236	1,28%	231	1,38%
Outras afecções especificadas originada		232	1,26%	174	1,04%
Ruptura prematura de membranas, com iní		209	1,13%	274	1,63%
Código do MDC	Gravidez, Parto e Puerpério	3.485	18,90%	3080	18,34%
	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções	3.159	17,13%	2670	15,90%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Músculo	3.098	16,80%	2446	14,57%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso	1.592	8,63%	1527	9,09%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Circula	1.546	8,38%	1502	8,95%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Digesti	1.078	5,85%	1036	6,17%
	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato	747	4,05%	699	4,16%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Respira	736	3,99%	1132	6,74%
	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatob	489	2,65%	520	3,10%
	Doenças Infeciosas e Parasitárias, Sis	436	2,36%	391	2,33%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

Observa-se também que se destacam os DRG e CID ligados a fraturas, entorses, distensões e deslocamentos e pós atendimentos do sistema musculoesquelético demonstrando também o perfil importante de atendimento do trauma no hospital e o principal MDC mais comum após aqueles relacionados a gravidez e parto. A seguir, tanto nos CID quanto no MDC aparecem os diagnósticos relativos ao perfil de hospital geral identificando como importantes também as doenças e distúrbios dos sistemas nervoso, circulatório, digestivo, rim e trato urinário e respiratório.

Dos 18.438 pacientes, apenas 14% se referiu a internações sensíveis ao cuidado primário. E em relação ao tipo de DRG, temos que 62,43% corresponde a DRG clínico e cerca de 40% de DRG cirúrgico (Tabela 6).

Tabela 6 - Número e percentual de Internações sensíveis ao cuidado primário e Tipo de DRG no HRTN no ano de 2019 e 2020

Variável		2019		2020	
		N	%	N	%
Internação sensível ao cuidado primário	Não	15,854	85,99%	10.649	63,42%
	Sim	2,584	14,01%	6.142	36,58%
Tipo de DRG	DRG clínico	11,51	62,43%	14.305	85,19%
	DRG cirúrgico	6,928	37,57%	2.486	14,81%

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do DRG (2019-2020).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o conceito de atenção hospitalar considera unidades com densidade tecnológica específica, que exigem assistência contínua em regime de internação, com forte caráter multiprofissional e interdisciplinar.

A análise descritiva dos dados reflete a importância do hospital enquanto hospital 100% SUS e referência importante para a Rede de Atenção à Saúde do SUS da região metropolitana de BH. Chama a atenção o fato da maternidade do Risoleta constituir-se na única referência para atendimentos ao parto e nascimento e atenção materno-infantil para os municípios do entorno do eixo norte, à exceção da capital, chegando a 60% o número de atendimentos destes municípios na maternidade. Além disso, por ser hospital geral atende aos diversos perfis de clínica médica e cirurgia geral, representando referência importante também nas especialidades de traumatologia-ortopedia, vascular e neurologia clínica e cirúrgica, assim como atuando como observatório da rede, evidenciando o bom ou mau funcionamento da atenção primária a saúde e das redes de atenção do eixo norte da região metropolitana de BH.

A admissão do paciente, ao lado de outros achados não visualizados neste estudo como a longa permanência e a readmissão são elementos que podem predizer aspectos importantes para análise macroestrutural da atenção à saúde no país.

A análise realizada compreendeu 100% dos usuários do SUS que foram atendidos no Hospital Risoleta nos anos de 2019 e 2020 e que, em sua maioria, pertencem a um extrato social de alta vulnerabilidade socioeconômica presente nas porções norte da capital e região metropolitana, usuários preferenciais e quase exclusivos do SUS e usuários de outros serviços públicos (COSTA *et al.*, 2010; REIGADA; ROMANO, 2019).

A falta de acompanhamento adequado do paciente na rede, a falta da consolidação de um pós-alta efetivo e fatores sociais ou adicionais são aspectos que influenciam na maior admissão e permanência hospitalar. Nesta perspectiva, o fato de ser usuário do SUS é um preditor significativo de uma maior permanência em outros estudos, pois é provável que esses pacientes sejam mais severamente afetados por distúrbios crônicos devido à desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (BARATA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que, neste estudo, encontramos um percentual de 40,4% de pacientes oriundos de outros municípios no PS e quase 60% na maternidade evidenciando uma tendência de deslocamento da população periférica e de pequenos municípios sem infraestrutura na saúde em direção aos serviços hospitalares dos grandes centros. Esse contexto é reflexo e condicionante do papel do HRTN para rede de atenção à saúde da região metropolitana de BH.

Observa-se que o HRTN está executando o seu papel como hospital de referência terciário na rede, uma vez que não há um importante percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Destaca-se como contribuição para saúde pública, a possibilidade de elaborar estratégias que levem em consideração os fatores predisponentes para internação hospitalar, além da indicação de aspectos relativos à descontinuidade do cuidado como hipótese prevalente para readmissão e/ou longa permanência. Acredita-se que os dispositivos de alta segura e projetos terapêuticos alinhados à necessidade do paciente podem contribuir substancialmente prevenir isso.

Do ponto de vista da elaboração de políticas públicas, a redução das iniquidades em saúde nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, pode contribuir para afirmação da produção plena e integral da saúde nos territórios, reafirmando o papel que é legítimo e fundamental dos municípios de garantir o acesso à saúde básica e, por consequência, o hospital assumir sua função definida, de atuar na referência terciária da atenção à saúde.

Essa análise descritiva apresenta informações relevantes para as estratégias a serem definidas para hospitais como o HRTN que tem importantes portas de entrada para a rede. Entretanto, é importante considerar as limitações do estudo: é essencial cautela na generalização dos resultados, pois esta investigação foi realizada em dois anos, sendo um deles durante a

pandemia; não foi objeto desse estudo levantar e classificar as readmissões evitáveis e não evitáveis; e a opção retrospectiva dos dados permitiu identificar o perfil desses pacientes para consequentemente atuar sobre a melhoria e gestão dos cuidados hospitalares e de sua articulação com a rede de atenção à saúde da região metropolitana em que o hospital está inserido.

8 MODELO ASSISTENCIAL NO HRTN: UMA CONSTRUÇÃO EM ATO

Revelar a riqueza escondida sob a aparente pobreza do cotidiano, descobrir a profundidade sob a trivialidade, atingir o extraordinário do ordinário, só era claro e talvez verdadeiro, quando feito com base na vida dos trabalhadores, distinguindo-se, para exaltá-la, a sua capacidade criadora (LEFEBVRE, 1991, p. 44).

A transformação do hospital em espaço de cuidado em saúde está intimamente relacionada à história das políticas de saúde. O hospital passa a assumir sua atual configuração como lugar destinado ao cuidado em saúde, não somente para diagnóstico e tratamento de doenças, mas também como um espaço potente para a formação e incorporação tecnológica (REIS *et al.*, 2021). Ao assumir esse espaço de relevância e simbolismo social, conseqüentemente, esse local destinado às práticas assistenciais se depara com diversas tensões e disputas imbricadas ao modo de funcionamento da instituição hospitalar.

Essa pesquisa une-se à perspectiva da ciência interessada, sobretudo em discutir as estruturas da micropolítica do trabalho em saúde que rege as organizações hospitalares e a pluralidade de modos de fazer entre tantas outras subjetividades que são produzidas no cuidado ao paciente. Neste sentido, a análise do *corpus*, a imersão da pesquisadora *in-mundo* nas práticas de trabalho do HRTN e nas provocações levantadas em todas as fases da pesquisa, permitiu refletir a práxis entre teoria e empiria presentes na prática cotidiana.

As modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos são algumas das formas de conceituar os modelos assistenciais para produzir saúde (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Merhy (2002) utiliza “modelo tecnoassistencial” para orientar o modo de produzir o trabalho, tendo como elementos complementares as “tecnologias do trabalho em saúde” e as “tecnologias do cuidado”. As tecnologias se conformam na prática por três tipos: tecnologias leves, leveduras e duras (BRASIL, 2005; CAMPOS 1994; MERHY, 2002).

O entendimento conceitual de “modelo de atenção” considera o contexto histórico e conceito de saúde ampliado como formas de organizar as ações de saúde. O modelo de atenção reflete as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem nesse processo, incluindo as relações de poder entre os vários atores, processo de trabalho, e a utilização ou não das tecnologias (FEUERWERKER; KALIL; BAUDY, 2000). Outra conceituação relevante constitui-se na que Paim (1999, p. 489 *apud* MALTA *et al.*, 2004, p. 438) apresenta e que se constitui em:

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma

coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda outros que suportem serviços que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente e aqueles que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Vale lembrar que durante a história de saúde pública no Brasil, podem ser identificados quatro modelos assistenciais: o sanitário campanhista do início do século; o modelo clínico liberal, tendo a saúde como valor orientado pela perspectiva mercadológica; o modelo racionalizador/reformista, que antecedeu a constituição do Sistema Único de Saúde, que previa a reorganização e racionalização dos serviços sem mudança da concepção de saúde e de modo de intervenção no processo saúde-doença; e um modelo ainda em construção, que se fortaleceu com a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 e a incorporação das Estratégia Saúde da Família (ESF), que resgata as estratégias formuladas na Conferência Internacional de Alma-Ata e busca consolidar a saúde como direito e os determinantes sociais da saúde como condicionantes do processo de adoecimento da população (BRASIL, 2005; LUCENA *et al.*, 2006).

A discussão sobre o modelo assistencial, perpassa o modo de intervenção na saúde que propõe reconfigurar as formas de operar o cuidado, considerando o desenho organizacional e técnico dos serviços. A compreensão de como o modelo opera inclui o modo como as ações assistenciais e a organização do Estado se desenvolve para dar conta deste processo (BRASIL, 2005; CAMPOS 1994).

O modelo vigente de assistência à saúde até então tem como componente predominante a tecnocracia e uma atenção médico-hegemônica e orientada para a produção de procedimentos, tendo o hospital e o médico como centrais na produção do cuidado em saúde. Vários autores têm mostrado que é necessário superar esse projeto (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1994; MERHY; ONOCKO, 1997), produzindo novos modos de operar a gestão do cuidado e dos processos de trabalho em direção a um modelo tecnoassistencial usuário-centrado, resolutivo, cuidador, que considere as singularidades dos usuários (MERHY, 2015).

Neste sentido, nota-se a necessidade de novos arranjos, atrelado principalmente a tecnologias leves, que sejam capazes de promover mudanças nos atos cuidadores, em que as necessidades dos usuários ocupem lugar central (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Muitas das dificuldades vivenciadas para a consolidação desse novo modelo decorrem de modos de cuidar que não produzem integralidade, não assumem as singularidades dos sujeitos e a possibilidade de produção de projetos terapêuticos que considerem a diversidade de saberes dos trabalhadores e usuários (MALTA; MERHY, 2010).

A partir dessa perspectiva, considera-se que cada equipamento da rede de atenção é uma “estação” fundamental para a integralidade do cuidado. O hospital, como um desses componentes, deve inserir a integralidade como um norteador das práticas cotidianas, suprimindo as necessidades do usuário em todo o período de internação, desde a sua entrada, permanência, até sua alta hospitalar.

A partir dessa análise, pode-se inferir que os resultados encontrados atravessam a discussão sobre modelo de atenção, as ações e serviços de saúde produzidas e mediadas por tecnologias e saberes, e a relação entre os sujeitos que constitui esse modelo, bem como as tensões que são ecoadas.

Destaco, aqui, quatro dimensões que emergiram nesta parte:

- a) As Concepções dos sujeitos: a visão dos trabalhadores e gerentes;
- b) As Práticas de saúde;
- c) As Relações de poder e;
- d) A Articulação interdisciplinar de saberes.

8.1 CONCEPÇÕES DOS SUJEITOS: A VISÃO DOS TRABALHADORES E GERENTES

Nota-se um discurso ampliado do modelo de atenção a saúde, trazendo pelo menos na perspectiva discursiva os saberes provenientes da Saúde Coletiva, do Planejamento e da Gestão. Há indicativos que demonstram a mudança no discurso predominante na saúde, coerente com a perspectiva histórica, de mudanças de longo prazo, buscando superar uma atuação e ações fortemente médico e procedimento centrada, para uma concepção integral. Integralidade pensada a partir da interdisciplinaridade, articulação em rede e incorporação crítica das tecnologias.

O projeto do Risoleta ele já contemplou desde o início um modelo assistencial que buscava favorecer a integralidade, mas com uma **concepção que esta integralidade do cuidado ela é obtida em rede**. E então neste caso a grande mudança de paradigma que a gente podia fazer entre os modelos assistenciais, dos hospitais tradicionais e o Risoleta era o **de trabalhar na concepção de linhas de cuidado e não de especialidades** (Entrevista_Ind_E01).

O essencial é realmente um novo modelo de cuidado que não seja centrado no cuidado médico e do enfermeiro. Para que a gente realmente atue no cuidado interdisciplinar este modelo ele tem que ser rediscutido, para que todos os profissionais possam dar as nuances do seu cuidado e que isso realmente se torne um trabalho interdisciplinar (Entrevista_Ind_E07).

Observa-se uma nova forma de pensar a organização assistencial, em que a hospital é um local para produzir a atenção integral, e não como aquele equipamento exclusivo e a

apartado da rede, sem responsabilização pela continuidade do cuidado em rede e sem a construção de vínculo com o usuário.

A grande mudança de paradigma que a gente podia fazer entre os modelos assistenciais dos hospitais tradicionais era o de trabalhar na concepção de linhas de cuidado e não de especialidades. **Tentando que as linhas de cuidados reduzissem especialmente a fragmentação dos atos dos cuidadores e a descontinuidade desta assistência no ambiente hospitalar** (Entrevista_Ind_E01).

[...] Eu acho que o Risoleta há muito tempo já superou um modelo biomédico mesmo (Entrevista_Ind_E08).

O início do cuidado ele se dá com a inserção do paciente, com a entrada do paciente hoje dentro do pronto socorro, **o paciente hoje, ele é assistido na sua integralidade** (OF1_Enf_01).

O Risoleta é um **ponto da rede e nós não somos o único, por isso que a gente conversa com centro de saúde, UPA, os profissionais sabe? Todo mundo tem que se envolver** (OF2_Med_02).

[...] Eu acho que eu como médica a primeira coisa que eu tenho que fazer é a etiologia da doença da Dona Maria, **investigar se alguma causa por trás, conhecer como é as condições sociais dela, se ela tem alguma comorbidade que antes ela não tinha, entender melhor como é esta questão da vida dela,** como que os sintomas surgiram, se foram de forma mais súbita ou de forma mais arrastado e pedir interconsulta (OF1_Med_01).

Os discursos apresentaram uma dimensão pautada na resolução de problemas e no atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. A concepção de saúde e doença trazida pelos participantes demonstram a visão dos determinantes sociais à saúde como marcadores para definição e conduta clínica a ser lançada ao paciente.

Ademais, observa-se um discurso que tenta reverter o enfoque biomédico, individual e hospitalar, hegemonicamente instituído nos sistemas de saúde, em busca de um modelo que se pretenda integral e territorializado.

Isso é importante de avaliar pois sabe-se que, a rigor, o cuidado sempre é compartilhado (mesmo no lugar de governabilidade mínima do usuário), só que há distintas visibilidades para a disputa, diferentes possibilidades de expressão para quem “recebe” o cuidado (SLOMP JÚNIOR; FRANCO; MERHY, 2022).

8.2 PRÁTICAS DE SAÚDE

Observa-se um consenso no que diz respeito à reorganização das práticas de saúde, na qual privilegiam uma abordagem interdisciplinar articulada à compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos.

Neste sentido, o hospital cenário, incorpora dispositivos de integração intra-hospitalar, que constroem no campo micropolítico processos que ajudam a integrar a prática entre setores e entre trabalhadores, e tecnologias capazes de conduzir a pluralidade de experiências dos profissionais, na construção de novas possibilidades terapêuticas.

Durante a oficina do Caso Maria, os relatos dos participantes corroboram os discursos das entrevistas individuais dos coordenadores do hospital, na qual demonstram que o modo como as equipes se organizam por meio de “algumas ferramentas que a gente consegue instaurar e que facilita também a inserção nessa nova concepção de modelo” (Entrevista_Ind_E09), melhoram a gestão do cuidado no hospital, pois considera no trabalho vivo os saberes distintos.

Quando você tem coordenações multiprofissionais ou de outras categorias inclusive que ficam verticalizadas **na horizontalidade destas linhas nós vamos lembrar a estes grupos que a nossa identidade é o cuidado naquela estrutura**, e não a identidade de grupo (Entrevista_Ind_E06).

A lógica de coordenações multiprofissionais, legitimam o saber multiprofissional diante das práticas em saúde. Romper a organização das práticas centradas em um único saber, permite construção de um projeto que integre o trabalho em equipe de caráter interdisciplinar. Assim, um dos dispositivos que permite isso no HRTN são as corridas de leito, e a organização por linhas de cuidado. Nesse sentido, os profissionais estão voltados para a construção de um projeto terapêutico de um determinado paciente baseada em uma discussão de equipe que tenha por hábito o encontro para avaliação clínica e orientação das ações em cada linha.

Mas o que chama a atenção no processo de cuidado, da interação das categorias para o cuidado com o paciente, é que a condução ela não é focada basicamente na proposta do médico. **O hospital tem um trabalho focado com linhas de cuidado onde o paciente que é o foco da atenção** (Entrevista_Ind_E10).

Trecho de uma fala sobre como o profissional da fisioterapia recebe o paciente: Então eu consigo já ter uma visão do paciente desde que ele chega no PA. Por exemplo, ontem a gente teve corrida de leito eu vou com a Mariana (**nome fictício**), com o médico de referência do cuidado paliativo para a gente ver desde o pronto socorro todos os casos. Então quando o paciente chega para mim, como um caso que eu vi ontem. Ela foi para unidade, mas eu ainda não fiz a admissão, mas hoje eu já consigo ter uma visão de qual é o caso do paciente, eu já sei o que foi proposto ontem no pronto atendimento quando ela chegou, quais eram os objetivos, a proposta, a definição da proporcionalidade terapêutica e então quando ela chega para eu atendê-la na unidade já está tudo mais claro, eu acho que isso agiliza mais o atendimento (OF1_Fisio_01).

Uma linha de cuidado é resultado de um pacto entre os vários serviços e seus vários atores, responsáveis pela assistência realizada (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004). Sua diretriz demonstra a percepção como dispositivo que instrumentaliza a gestão e a

organização do percurso do paciente entre as unidades de produção do cuidado - serviços assistenciais, apoio diagnóstico e terapêutico.

A ruptura de paradigma pela lógica da implantação das linhas de cuidado, supõe colocar o usuário à centralidade do cuidado. É um modelo que orienta o cuidado, a partir das necessidades do paciente, e para isso a coerência da multiprofissionalidade e do cuidado em rede é fundamental. Os participantes reportam à “Linhas de Cuidado” essa mudança, mas é possível romper a lógica biomédica por meio de outros catalisadores de mudanças. Ao certo, não se pode afirmar que o conceito de “Linhas de Cuidado” está de fato capilarizado pelo interior do HRTN, mas é notório o discurso em que a assistência qualificada e integral se faz a partir da legitimidade de todas as profissões.

A **integralidade** para ser construída aqui dentro enquanto não fragmentação ou multidisciplinaridade ela de fato **só acontece na hora que a gente horizontaliza o cuidado de todas as categorias** (Entrevista_Ind_E01).

Só complementando às vezes está tudo nas evoluções, está tudo bem descrito não só pela assistente social, mas está pela TO, pela fisio, e está tudo lá e **às vezes com este olhar biomédico esquecem de olhar as nossas evoluções** (OF1_TO_01).

A residência multi não tem médico na multi. Então eu acho que se inserisse os médicos na multi ficaria mais integralizado ainda. **Porque existe a residência médica e a residência multi. Se dentro da residência multi existisse médicos eu acho que seria um valor ainda maior** (OF2_Fisio_02).

8.3 RELAÇÕES DE PODER

Ao analisarmos as práticas institucionais, em sua maioria do ponto de vista discursivo coerente com as concepções defendidas pelos trabalhadores, ainda se observam disputas pelo papel e importância de cada profissão no cuidado e algumas dificuldades na construção do trabalho interdisciplinar e solidário para os projetos terapêuticos compartilhados.

[...] num trabalho interdisciplinar eu tenho que ceder, o médico tem que ceder aquele lugar, o **enfermeiro tem que ceder aquele lugar e eu tenho que ocupar o meu** (Entrevista_Ind_E07).

Eu tenho um pensamento que eu acho que não é integral ainda. **Eu acho que muitas vezes isso esbarra no pensamento biomédico e então é assim ele já fez o exame e ele já entendeu**, ele está estável e então ele está pronto para ir para casa e aí vem todo mundo sustentando aquele paciente que ele está doente (OF2_AS_02).

Para Carapinheiro (1998), haveria no hospital uma estrutura dual de autoridade: o poder médico e o poder administrativo. Ainda prevalece uma racionalização das práticas médico hospitalares, pautadas no poder de decisão das práticas assistenciais ainda atravessadas pelo “aval” médico. Nesse modelo de racionalidade médica:

É o ideal de uma prática liberal o que os médicos procuram preservar na organização hospitalar. Sua autonomia pode ser caracterizada, entre outras coisas, pela manutenção do direito de selecionar clientela de acordo com os 'casos clínicos interessantes', de reservar leitos, definir horários de trabalho, dedicar-se mais ou menos à assistência direta aos pacientes etc. e, assim, contrapor-se à autoridade administrativa. A manutenção de tal autonomia na sua forma mais ou menos ideal vai depender das diferentes acumulações de poderes na instituição e difere, inclusive, entre os próprios médicos (CARAPINHEIRO, 1998, p. 295).

A interação entre os trabalhadores das equipes no hospital estudado ainda é atravessada de tensionamentos e processos de diferenciação. Nestes atravessamentos, o modelo assistencial ainda permanece organizado pela lógica dos saberes, atravessado pela ótica do modelo médico neoliberal, que conduz a dimensão cuidadora a um papel complementar (MERHY, 2004).

A racionalização das práticas em saúde ainda é presente e atuante. O sentido instrumental ou monológico do cuidado em saúde ainda prevalece, no qual o espaço para uma clínica ampliada ainda é restrito. Em relação às assimetrias implícitas no cuidado, há um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados por cada categoria para o tratamento, com fluxos e protocolos preestabelecidos (AYRES, 2004).

A multiprofissionalidade no modelo assistencial ainda não é suficiente porque **eu tenho ainda alguns nichos que são muito tutelados até pela lei**. CTI é um nicho deste, o que eu tenho que a RDC prevê, médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem e é mais do que isso que a gente precisa e aí coloca nutricionista, coloco fonoaudiólogo e coloco terapeuta ocupacional e não foi uma coisa simples chamar o coordenador médico e falar, agora a sua equipe é maior, é este e este e este profissional. Como assim? O que é que um fonoaudiólogo vai fazer lá no CTI? (Entrevista_Ind_E07).

É presente a lógica que reproduz uma assistência restrita ao atendimento pontual e não ao cuidado integral e longitudinal. Nesta lógica, centra-se o imaginário dos profissionais de saúde e dos usuários em relação a supertecnicidade e ao hospital como o lugar mais adequado para tratar dos seus problemas de saúde. Não obstante, recentemente tal lógica foi reforçada pelas medidas de enfrentamento à COVID-19, quando o governo direcionou como estratégia prioritária a abertura de leitos de Centro de Terapia Intensiva (CTI).

Nesta direção, um trabalho em equipe reproduz a dinâmica das relações sociais dentro da instituição e sociedade. As divisões sociais e técnicas do trabalho apresentam-se como um obstáculo ao desenvolvimento das tarefas de cada profissional de forma mais compartilhada. Desse modo, é no processo de trabalho, na utilização ou não das tecnologias que a interdisciplinariedade, seus ruídos e a divisão social do trabalho fica mais clara, principalmente no contexto da produção do cuidado (MATUMOTO *et al.*, 2005).

Na busca por consolidar a interdisciplinaridade na prática, há nos discursos de alguns participantes o reflexo dos tensionamentos históricos da prática profissional. A lógica de se

apresentar os cuidadores, enquanto sujeitos de saber, reafirma que os profissionais não se colocam apenas como instrumentos de um conhecimento científico, mas são sujeitos com subjetividades nesse processo. Os excertos, a seguir, demonstram as conexões estabelecidas entre todos os atores do cuidado, a partir da perspectiva das coordenações.

Quando eu contraindiquei uma coisa que era indicado por uma coordenação médica e que já havia sido acionada e tinha tudo feito, tinha feita a discussão do caso com esta pessoa, esta pessoa ignorou o que foi dito e na hora que tomou conhecimento que enfermagem **não quis** executar o que mandou em função da contra indicação da minha coordenação eu recebi uma ligação (Entrevista_Ind_E06).

A discussão centrada na necessidade do paciente é uma posição que algumas coordenações de profissionais não sustentam. E faz com que várias posições técnicas que **entrariam em discordância com as posições** que a medicina adota não apareçam no cotidiano de cuidar e por conta disso o paciente perde e perde muito (Entrevista_Ind_E03).

Nesta última fala, evidencia-se que algumas lideranças das equipes multiprofissionais realizam uma crítica ao poder médico em contraposição aos das outras categorias. Explicitam as disputas existentes no cotidiano do trabalho e reafirmam a institucionalização, mesmo que sutil, ou velada da subordinação à hierarquia médica.

As contradições na concepção do modelo assistencial podem ser analisadas pela perspectiva micropolítica. As tensões no cotidiano do trabalho expressam a crítica ao modelo conservador de saber e fazer em saúde³, que mesmo de modo subjetivo, ainda é vista em algumas práticas do cuidado. Por outro lado, à medida em que o profissional vai tecendo o cuidado, é possível localizar a possibilidade de autonomia no trabalho em saúde.

Merhy (2004) destaca a crítica em relação a organização do trabalho em saúde e à subordinação dos demais profissionais a figura do médico. “O modelo assistencial que ainda opera nos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (MERHY, 2004, p. 114).

No discurso das lideranças há a necessidade de um comportamento mais proativo e uma maior autonomia das equipes frente ao gerenciamento do cuidado. Eles apontam que o formato de interconsultas, dificulta a reestruturação da clínica numa perspectiva mais integradora e em uma dimensão ampliada. Em alguns momentos pude perceber que, neste processo de trabalho, os profissionais estabeleciam formas próprias de agir, tanto para administrar percalços do dia a dia, quanto para organizar a dinâmica de suas atividades.

³ Modelo biomédico, hospitalocêntrico, sem possibilidade de participação multidisciplinar na construção do plano de cuidado do paciente.

O médico existe. **E aí neste aspecto eu acho que o erro não é do médico, porque as outras categorias profissionais também se confortam em delegar a liderança do cuidado ao invés de se apresentarem como protagonistas** do cuidado. Muitas vezes elas ficam em segundo plano aguardando que sejam mobilizadas pelo médico (Entrevista_Ind_E03).

Geralmente é o médico que direciona, mas tem a nossa participação da multi também. Nem sempre a médico ouve a gente, a escuta é selecionada, porque se você faz determinada condução pro paciente, ele pode aceitar, ler a minha evolução por exemplo, ou simplesmente isso não acontece, **a conduta médica tá ali regendo direta ou indiretamente** (OF2_TO_02).

Eu não tenho dúvida, que marca muito claramente que existem três polos decisórios e **eu não tenho dúvida que a posição decisória da equipe multiprofissional é excluída e numa escala está abaixo das duas outras, da enfermagem e da medicina**. E isso está refletido na condição de cuidado acho que do SUS em geral. No hospital em que eu trabalho nós temos diferenças (Entrevista_Ind_E06).

Na assistência é comum você ver **o próprio conhecimento do profissional ele estava centrado no conhecimento do médico** (Entrevista_Ind_E07).

A participação ainda incipiente de determinados profissionais pode ser apontada quanto a falta de protagonismo individual ou política da categoria, a falta de incentivo à participação ou a condução do processo ser centralizada em algumas categorias.

Ainda há práticas atravessadas por resistências de cada profissional, saberes sujeitados e inerentes a todo exercício de poder. Os “‘saberes sujeitados’ são blocos de saberes históricos que estavam presentes e disfarçados no interior dos conjuntos funcionais e sistemáticos, e que a crítica fez reaparecer pelos meios, é claro, da erudição” (FOUCAULT, 2010, p. 8).

Nessa perspectiva, abre-se caminho para a disputa por outros desenhos de gestão do cuidado e um novo campo de saber-fazer: os participantes se apresentam como integrantes das relações de cuidados, conformando novas configurações de participação e apontam o campo das micronegociações, como o campo das reorganizações do cuidado em saúde e, sobretudo, do seu fazer no dia a dia do trabalho. Um campo onde forças distintas estão em constante disputa, e os questionamento daquilo que está instituído é interrogado quanto à forma que se opera no cotidiano. Ao mesmo tempo, a prática diária é confrontada pelos interesses pessoais e profissionais, e, na medida em que esses interesses são confrontados, os conflitos vão sendo produzidos.

Nós somos o objetivo final, entenda a assistência como o objetivo final do hospital, porque a gente está com o paciente e o objetivo central do hospital sempre vai ser o paciente. Só que **às vezes a gente tem que estar servindo o pessoal dos apoios como a farmácia que é incapaz de às vezes facilitar o nosso trabalho**. E então a gente deixa de estar assistindo para fazer um trabalho para favorecer e facilitar a vida deles. E então isso me irrita profundamente no hospital (OF2_Enf_03).

Existe uma heterogeneidade na participação. Por exemplo, a fonoaudióloga do andar X, ela participa sempre das corridas de leito, mas ela foi residente nossa lá, então ela viveu isso, ela viveu esta coisa do encontro multiprofissional para falar dos casos. E então ela está sempre lá, ela intervém, ela fala, ela aprendeu fazendo assim. Mas eu não tenho fonoaudióloga, por exemplo, no outro andar, ela não participa lá. E aí cadê a coordenação para garantir que este modelo linha de cuidado com multiprofissionais aconteça? (Entrevista_Ind_E03).

A gente vai conversando. A gente vai conversando um com o outro e a gente vai progredindo mesmo, vamos supor se for uma alta para hoje a gente vai até o médico e pede para segurar até amanhã, porque amanhã eu consigo mudar este paciente ou não, ele consegue sair andando, vou ensinar o que precisa, vou ensinar ele e ele vai embora muito melhor (OF1_Fisio_01).

Eu percebi logo a diferença nos participantes, uma vontade de falar, de contar e compartilhar com quem estava ali. Foi uma oficina mais difícil de moderar, pois um queria complementar o outro e interromper. Os aspectos políticos e de tensões foram muito evidentes, olharem, expressões corporais de críticas foram possíveis de serem observadas quando as pessoas discordavam com determinadas colocações. Esse grupo trouxe muitos aspectos da dimensão histórico social da saúde no Brasil, as diretrizes do SUS e a importância de um equipamento do SUS garantir seus princípios e valores⁴.

Infere-se também que parte dos desafios enfrentados para garantir a integralidade, advém da dificuldade em compreender a atuação do outro em um plano micropolítico movido e mediado por tensões, expectativas e forças, entre as lideranças e a própria expectativa que estas colocam em cooperar com as propostas da direção.

8.4 ARTICULAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE SABERES

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), ao conceituar os hospitais destaca o caráter multiprofissional e interdisciplinar, como eixos condutores para a promoção da assistência. Conforme disposto em seu artigo 3º:

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, art. 3º).

Neste sentido, a Política orienta que as ações promovidas nos hospitais sejam baseadas não apenas na sua capacidade instalada e produção histórica, mas impulsionadas pela articulação dos saberes entre os profissionais, familiares e o próprio paciente. A articulação de distintos saberes contribui para causar rupturas no modelo assistencial hegemônico, apreendido

⁴ Diário da pesquisadora - Oficina 2.

pelos profissionais em sua formação e práticas até então experimentadas, e simultaneamente, podem desencadear a construção de uma consciência coletiva onde o foco seja o usuário e uma alta responsável e segura.

Nas falas de alguns participantes é possível observar um discurso que se aproxima de uma prática integradora e conjunta, que busca por meio da construção do Plano Terapêutico, seja compartilhado ou singular, a depender de sua complexidade, consolidar a articulação de saberes e práticas.

E aí eu vou dizer do lugar de enfermeira e aí é muito rico, você ter a possibilidade de **na mesma mesa discutir com a equipe médica, com a equipe do serviço social, com a equipe da psicologia e cada um ali poder dizer da sua percepção** e poder dizer de quanto ainda precisava avançar para construir este plano, eu acho que este é o maior avanço. É o respeito pelo saber do outro, pelo que o outro tem de contribuição para aquele caso (Entrevista_Ind_E08).

[...] Então é difícil para a gente falar, eu percebo por exemplo, da linha de cuidado da neuro, da unidade de AVC por exemplo, eles produzem, **eles têm a preocupação de produzir um cuidado multi e então ele quer saber da opinião daquele profissional para poder definir a alta**, para poder definir o cuidado com a família (Entrevista_Ind_E07).

[...] Hoje a gente escuta todos os profissionais e elaboramos o projeto terapêutico daquele paciente, eu (médico) não posso mudar uma conduta sem passar pela equipe de enfermagem, de psicologia, por exemplo (Entrevista_Ind_E03).

Morin (2002, p. 14) marca que os modos de produção do conhecimento veem permeado da compartimentalização de saberes, “[...] separar os objetos do seu meio, as disciplinas umas das outras, e a não reunir aquilo que faz parte do mesmo tecido”, compreendendo o mundo como “[...] fragmentos desconjuntados”. De modo geral, as práticas em saúde ainda são predominantemente organizadas segundo essa lógica disciplinar ou de acordo com a perspectiva de especialistas ou categorias profissionais.

A construção histórica do trabalho em saúde não inspira uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe. O processo de trabalho foi fortemente influenciado pelo expressivo avanço tecnológico e pela especialização. A consequência desse reducionismo e da estratificação dos indivíduos é materializada na dificuldade de construir e ressignificar os conhecimentos, que sustentem ações integrais e mais resolutivas e centradas nas necessidades do usuário (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Observa-se no hospital estudado a noção de equipe e a articulação entre as especialidades problematizada entre seus membros. Na micropolítica do trabalho há a construção da decisão compartilhada, sendo possível consolidá-la nas corridas de leitos, na elaboração das altas, nos pedidos de interconsultas, nos momentos de transferência do cuidado

dos pacientes, nas definições de protocolos e nas discussões de casos. Esta produção se entrelaça em dois modos de fazer, o trabalhador enquanto sujeito no mundo e o trabalhador enquanto produtor do cuidado. Assim, o mundo do cuidado e o mundo do trabalho, se modificam à medida em que os atores sociais se relacionam.

Há um respeito de acompanhar e na forma de cuidar destes pacientes entendendo que cada categoria desta tem uma proposição diferente para cada um dos casos (Entrevista_Ind_E10).

Então, não é incomum um paciente ter condições de alta clínica médica, não ter mais necessidades de cuidado da área de enfermagem, **mas o paciente continua na instituição porque a psicologia entende que ainda precisa fechar um cuidado** para poder encaminhar o paciente para a rede de volta (Entrevista_Ind_E10).

Esta questão da entrada das categorias no caso do paciente sem precisar da equipe médica e isso eu acho que foi um acerto, como se fosse uma autorização que foi colocada aqui e que eu acho que foi um acerto muito grande no processo. A psicologia faz isso com muita frequência no pronto socorro (Entrevista_Ind_E03).

Nós trabalhamos com nossa equipe essa **integração**, é uma visão muito clara aqui no Risoleta para que o paciente seja o centro sabe?! E o técnico quando chega aqui ele tem que ser alinhado a essa missão do hospital (Entrevista_Ind_E04).

[...] E então a gente (diretoria) entendeu que este percurso do usuário no ambiente institucional ele seria protegido se nós tivéssemos uma ideia de linhas de cuidado. Que são conceitos que aglutinam, agregam os vários saberes e fazeres a partir da lógica do usuário (Entrevista_Ind_E01).

Destaca-se a divisão técnica do trabalho e o modo como é construído a lógica do trabalho em equipe no HRTN. A equipe do Risoleta, conforme visualizado tanto na observação quanto nas falas dos atores acompanhados, vem buscando promover a integração, construindo espaços de reflexão e negociação, e esse modo de operar contribuiu para a interprofissionalidade. Assim, é destaque entre os participantes o diferencial desse formato em relação ao trabalho desenvolvido em outras instituições de saúde.

O lugar que o Risoleta tem hoje com as equipes multiprofissionais é muito mais empoderado do que em outras estruturas. Jamais em outro hospital um psicólogo seria consultado sobre a mudança de um paciente de leito ou transferência de hospital (Entrevista_Ind_E06).

Eu acho que esta questão da equipe multi aqui é muito interessante porque em alguns locais que eu também já tive a experiência de trabalho tem que ser sempre a partir do médico esta questão da interconsulta. Aqui não, eu posso passar diretamente para a nutrição, para a fisio lá discutirem e formalizarem ou não, às vezes não formaliza e elas me cobram depois você não formalizou a interconsulta. E é muito flexível esta possibilidade da gente poder atuar no cuidado destes pacientes, temos os horizontais, as referências técnicas, plantonistas que ajudam cada um na sua função. **Aqui não é tão hierárquico, a comunicação entre a equipe multidisciplinar aqui é muito boa** (OF2_TO_02).

Eu trabalho em três hospitais em Belo Horizonte e não tem como, a gente compara. E aqui tem este diferencial que você vê que a coisa circula mesmo, é enfermeiro, é médico, você vê todo mundo circulando e procurando saber, cadê o paciente, libera rápido este exame. **E então realmente isso é muito legal aqui** (OF1_Radio_01).

O modelo assistencial e de gestão que marca a história do HRTN, influenciou a construção natural de espaços participativos capazes de fomentar a discussão multiprofissional. E é notório na fala de alguns participantes a pactuação coletiva de objetivos e processos de trabalho diferenciada de outras instituições, e os profissionais reconhecem o impacto positivo na assistência do paciente.

A articulação de saberes na construção do projeto terapêutico do usuário é condutora e condição imprescindível para a superação do modelo médico-centrado e procedimento-centrado. Uma vez que, a tendência natural é cada olhar intervir a partir do seu núcleo de conhecimento, para ter um trabalho verdadeiramente articulado e integrado é necessário sair apenas destes espaços de saber-poder e ir em direção à escuta dos outros saberes e perspectivas de cuidado.

A primeira coisa a dizer é **que a interdisciplinaridade ela não é espontânea. Isso não flui naturalmente.** O paciente embora ele demande um trabalho interdisciplinar a concepção do trabalho nas instituições não é moldada para que este encontro multidisciplinar aconteça. Isso é uma questão cultural histórica dos hospitais. Então não é espontâneo, é algo que precisa ser induzido e eu penso que a instituição tem que induzir este encontro, porque senão acontece através do modelo clássico que é médico centrado. O médico existe (Entrevista_Ind_E03).

Para Morin (1999), ao construirmos práticas segundo uma abordagem interdisciplinar, religamos os conhecimentos de diferentes áreas e propomos uma prática problematizadora e contextualizada. Para alcançar essa dimensão, é necessário reconhecermos a legitimidade do outro na construção social dos saberes, mesmo que tenhamos distintos conjuntos de conhecimentos, valores, interesses e desejos, caso contrário, a prática se torna apenas multiprofissional ou coletiva, sem a ressignificação da clínica e das práticas em saúde (MATURANA, 2005).

[...] E então hoje o trânsito entre todas as equipes ela **se dá com facilidade. Em alguns momentos do cuidado, existe óbvio, as divergências de opiniões, mas a ideia é que as pessoas se assentem para fazer as discussões.** Em algumas especialidades isso fica mais fácil e em outras especialidades nem tanto (Entrevista_Ind_E09).

Quando você começa a criar modelos de cuidados que estão pautados pelo processo biomédico, você descaracteriza os cuidados de especialidade, de por exemplo, de uma ciência que é uma ciência da humanidade como é a psicologia. E isso a mesma coisa com o serviço social. Isso é um desafio para mim dentro do cuidado interdisciplinar. Mas o Risoleta por ter uma coordenação que é de categoria profissional que está diretamente, que tem um

acesso direto ao poder maior decisório que é a diretoria, isso me dá a perspectiva de espaços de fala e de empoderamento do cuidado profissional que eu represento, diferente do que eu teria em outros locais (Entrevista_Ind_E06).

Pensar na construção interdisciplinar e interprofissional, articulando saberes e práticas, é superar o saber territorializado de cada campo profissional, que é enraizado naturalmente e marca a dimensão cuidadora sobre o tipo de ação profissional. Na prática isso é desafiador, mesmo que haja um avanço em favor do trabalho multiprofissional, consolidar a interdisciplinaridade, enquanto orientadora da prática assistencial, requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas (PEDUZZI, 2007).

Em algumas visitas à unidade, acompanhei algumas ações e agenciamentos que tem surtido efeitos na prática assistencial. Entre as conversas, as principais considerações eram que o cuidado promovido pelas equipes do AVC e dos cuidados paliativos era diferenciado quanto às proposições de um cuidado integral e compartilhado. No leito do paciente tem um quadro, que permite a discussão do caso do paciente e o entrosamento da equipe para pontuar o que é melhor para aquele paciente, inclusive coisas pessoais, uma revista, uma visita, ouvir uma música, coisa que ninguém falou pra fazer, mas vem daquele profissional, da sua vivência.

Os participantes consideram a linha de cuidado ao AVC como o modelo de atenção que está mais predisposto a construir a interdisciplinaridade em torno do cuidado do paciente, por ter profissionais que reconhecem a necessidade integral do paciente desde a chegada, internação até a alta. Em torno do relato do caso da dona Ana - *case de AVC* - os profissionais iam construindo a atuação de cada categoria frente ao caso, a equipe de Fisioterapia realizando os exercícios e procedimentos de reabilitação pulmonar, o desmame da ventilação mecânica, a retirada da sedoanalgesia, entre outros. A equipe médica além do acompanhamento de toda evolução, em alguns casos pode ser acionada para traqueostomia. A atuação da Terapia Ocupacional, com foco na melhora da comunicação do paciente. E ao longo da discussão os profissionais iam se vendo na condução do caso, discutindo, apontando seus papéis, destacando a relevância da equipe multiprofissional, colocando em prática a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular.

Eu acho que esta questão da equipe multi aqui é muito interessante porque em alguns locais que eu também já tive a experiência de trabalho tem que ser sempre a partir do médico esta questão da interconsulta. Aqui não, eu posso passar diretamente para a nutrição, para a fisio lá discutirem e formalizarem ou não, às vezes não formaliza e elas me cobram depois você não formalizou a interconsulta (OF1_Enf_01).

E na unidade já faz parte da assistência a lógica multiprofissional e então não precisa ficar buscando interconsulta. O paciente já tem atendimento na unidade da fisio, TO, com assistente social, nutrição, psicologia e aí vai liberando o fluxo à medida que o paciente vai recebendo alta das equipes. E a gente tem uma reunião uma vez por semana para discutir sobre todos os pacientes, na questão de cuidados, de propostas (OF1_Enf_02).

No dos cuidados paliativos a gente tem as interconsultas com a equipe multidisciplinar em todo o hospital, pronto socorro, CTI, em todas as áreas na captação de paciente geralmente através de interconsulta. (OF2_AS_02).

Parte desse diferencial diz respeito à atuação da enfermagem ampliada, orientada pelo cuidado integral, tendo como eixo condutor as demandas dos sujeitos, a singularidade e simultaneamente a prática multiprofissional para a definição de condutas. Há um comprometimento dos profissionais em construir uma alta segura aos pacientes e garantir uma vinculação do paciente na rede de atenção para a continuidade do cuidado, e a enfermagem se sobrepõe nesse lugar, entre a dicotomia do administrar e do cuidar.

A atuação da enfermagem é assistência, cuidado, é ali, na lida diária com o paciente. Eu falo sempre, eu tenho orgulho de estar perto do paciente e fazer o melhor por ele. A equipe multi trabalha muito para controlar e tentar agilizar também os exames que foram solicitados para vir e para evitar complicações, reduzir mortalidade, reduzir tempo de internação (OF2_Enf_03).

Eu acho que a importância da linha de cuidados é que permite ter uma visão mais integralizada do paciente quando ele entra. Então facilita o diálogo entre a equipe. E então se você tem numa equipe uma linha de cuidados facilita o tratamento. **E então se eu já sei que o paciente naquela situação, qual é o papel do enfermeiro, qual é o papel do terapeuta ocupacional para aquela situação** (OF2_Enf_03).

Um facilitador identificado no contexto do HRTN é o fato de ser um hospital de ensino e cenário para as múltiplas residências médicas e multiprofissionais. A potência das residências multiprofissionais centra-se sobretudo na capacidade de formar profissionais críticos e propositivos às práticas assistenciais e do processo de trabalho que fortaleçam a mudança no modelo de atenção à saúde.

Acho que também um **facilitador** é a questão da equipe por exemplo, da **gente receber residente, a proximidade com a universidade** também faz a gente conseguir ter uma abrangência maior, um aprofundamento maior na discussão de casos e então eu acho que isso também é um facilitador do cuidado (OF1_Enf_01).

Residência multiprofissional como transformador, porque significava você ir para alguns ambientes assistenciais aqui dentro onde estava estabelecido uma disputa, uma disputa do modelo médico, enfermagem hegemônico nesta parceria que é absolutamente intrínseca e tem muito mérito, mas que de certa forma reproduz estes espaços de autonomia (Entrevista_Ind_E01).

Onde a gente tem uma fragilidade do conhecer a profissão do outro e o que é que a profissão do outro pode potencializar o meu trabalho. E então eu acho

que o que a gente encontra hoje no cotidiano de trabalho ele é um reflexo inclusive das formações (Entrevista_Ind_E10).

“Diálogo -

OF1_Fono_01: Aqui todos os profissionais são iguais, o que diferencia é seu campo de atuação, mas não tem o que é mais ou menos importante para o paciente sabe.

OF1_Fisio_01: Sim.

OF1_Enf_02: Aham.” (informação verbal)⁵.

Então às vezes uma coisa que o médico não atentou ali na correria, às vezes o residente fala, olha você não acha que poderia se beneficiar da gente chamar por exemplo, a TO porque eu notei isso e então acho que **aqui por ser um hospital escola, às vezes se eu não me atento, às vezes o residente se atenta.** E então e até mesmo busca ativa que eu vejo muito acontecendo. Às vezes antes mesmo da gente pensar nesta questão de pedir uma interconsulta a pessoa de uma outra disciplina já foi lá e já avaliou porque já sabe que teve esta admissão e então é realmente uma comunicação muito boa que a gente tem aqui (OF1_Med_01).

A inserção do residente no mundo do trabalho deve assegurar o aprendizado não só técnico, mas também ético, político e relacional. Neste sentido, as residências multiprofissionais em saúde representam dispositivos capazes de estimular o protagonismo político, ou seja, produzir atores necessários à disputa ético-política vital para a efetivação do SUS (FEUERWERKER, 2014).

Destaque para as diversas intervenções que os residentes fazem: “às vezes o residente fala, olha você não acha que poderia se beneficiar da gente chamar por exemplo a TO”. O olhar que o residente traz para o processo de trabalho, representa a dinâmica multiprofissional, e indica que há uma mudança no processo formativo em relação à consideração de demais conhecimento para formulação de condutas diante do paciente. Essa construção de saberes compartilhados deve iniciar nas instituições de ensino, e perpetuar na prática interprofissional no cotidiano do trabalho.

São propostas orientadas na lógica do trabalho coletivo, que supera a dinâmica tecnicista e compartimentalizada. A concepção teórica por trás da incorporação da residência multiprofissional no HRTN, é um facilitador para que alguns sujeitos exerçam papéis de mediadores no contexto da saúde integral. Isso se torna um facilitador no HRTN, por ser uma instituição que vem discutindo seu modelo assistencial pautado na importância da relação da integralidade e residência multidisciplinar, reforçando a necessidade e valorização desses programas, sobretudo na atenção hospitalar – contrapondo a lógica hegemônica do modelo

⁵ Diálogo entre OF1_Fono_01, OF1_Fisio_01 e OF1_Enf_02.

tradicional. Esta proposta considera a pluralidade das necessidades de saúde, as possibilidades de práticas interdisciplinares e a interação intersetorial com as demais políticas públicas.

Entretanto, trazer todos esses profissionais para a formação conjunta e para construção multidisciplinar do trabalho em saúde, só será possível com métodos que sustentem essa prática ao longo do tempo, pois, mesmo tendo em seu escopo o caráter multiprofissional, nem sempre há construção prática da interdisciplinaridade.

8.5 PERSPECTIVA PARA UM NOVO O MODELO ASSISTENCIAL HOSPITALAR

A mudança do modelo assistencial em curso ainda exige novas formas de produção do cuidado que operem na ampliação da autonomia e da possibilidade do trabalho vivo em ato por parte das equipes como forma de resgatar e construir a cooperação, complementariedade e a solidariedade na prática profissional (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Essa singularidade reforça a importância das tecnologias leves para a superação dos desafios frente à produção do cuidado.

Logo, para a superação do modelo technoassistencial hegemônico ancorado na racionalidade médica⁶, o HRTN vem construindo tanto em seu discurso quanto em sua prática um processo de desterritorialização, ou seja, as falas das lideranças fortalecem novas práticas de cuidado que tensionam o campo da saúde, estimulando desvios e rupturas com este velho e “enraizado” território. Entretanto, é importante estar alerta para não dicotomizar a biomedicina como um mal a ser superado em nome da saúde coletiva que deveria ser exaltada. Sabemos que há disputas dentro do campo e que ainda persistem valores biopolíticos inclusive dentro da saúde coletiva. A força biopolítica atravessa diferentes relações, seus valores são efetivados e protagonizados por diferentes atores sociais e não somente pela categoria médica, mas também por outras categoriais profissionais da saúde associadas ao complexo médico-industrial (MERHY; FEUERWERKER, 2017).

⁶ Racionalidade médica, termo desenvolvido por Madel Therezinha Luz, foi construído a partir do ideal weberiano. Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia). Através dessa delimitação, precisa e específica, pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina tradicional chinesa e terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados, como os florais de Bach ou a iridologia, que hoje proliferam na cultura alternativa do pós-anos 60 e da nova era (LUZ, 1995, 2000).

E por outro lado, esse novo modelo organizativo transversaliza o cuidado e o saber profissional, fortalecendo o manejo clínico de cada especialidade para a construção das linhas de cuidado. A lógica inversa, que pensa nas profissões enquanto centralidade, transfere o protagonismo que é do paciente para o interesse de cada categoria. O mais importante das linhas de cuidado é garantir um andar pelo conjunto dos serviços e ofertas de forma mais articulada e integrada do pronto atendimento à internação e até a alta responsável, ao invés da lógica do cuidado por unidades produção ou na lógica das profissões (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Na perspectiva de mudança do modelo assistencial, o cuidado orientado pelas linhas de cuidado como dispositivo mobilizador para mudança do paradigma biomédico, pressupõe uma escuta qualificada, com transferência do paciente sendo feita de forma segura e com a comunicação efetiva entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, de modo que seja possível acompanhar todo o percurso do usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Por isso, há ainda muito a se construir e consolidar, pois um novo modelo que se pretenda integral, interdisciplinar e usuário-centrado para o hospital contemporâneo passa por se pensar novas práticas, sentidos e significados para este equipamento. Ademais, há a necessidade de se inovar para garantir uma maior efetividade em sua missão assistencial, de ensino e pesquisa, pois ele se constitui em uma estação cuidadora dentro de uma rede de serviços. Ou seja, apesar de ter um papel importante e diferenciado, o hospital somente opera de forma singular e articulada se junto e articulado aos outros equipamentos da rede de atenção à saúde, ao cumprir plenamente sua finalidade de atender e assistir adequadamente a seus usuários.

A construção do novo modelo assistencial dentro do hospital, embora seja relatado como desafiador e descrito como ainda fragmentado por alguns participantes, também é identificado como o caminho para a ruptura com o trabalho hierarquizado e setorializado, no qual se mantém uma perspectiva de unidade e articulação.

Eu acho que esta questão da equipe multi aqui é muito interessante porque em alguns locais que eu também já tive a experiência de trabalho tem que ser sempre a partir do médico e da interconsulta. Aqui não, eu posso passar diretamente para a nutrição, para a fisio [...]. E é muito flexível esta possibilidade de a gente poder atuar no cuidado destes pacientes, e nós temos os horizontais, as referências técnicas, plantonistas que ajudam cada um na sua função. **Aqui não é tão hierárquico, a comunicação entre a equipe multidisciplinar aqui é muito boa** (OF2_TO_02).

É importante considerar que existem diversos modelos quanto à compreensão das necessidades do paciente e essa pluralidade orienta as práticas. Não há modelos certos ou errados, segundo Merhy (2002, p. 2):

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

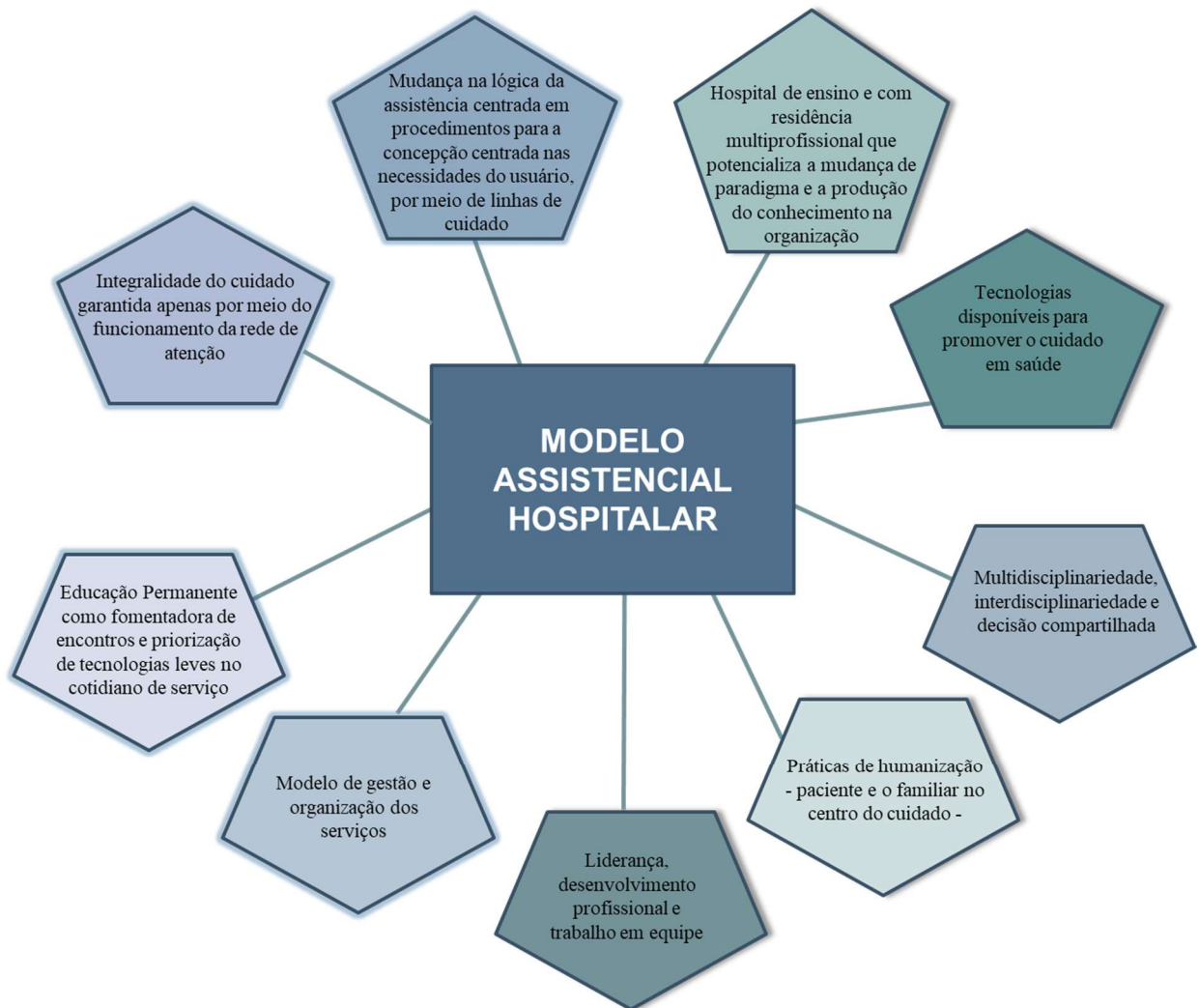
Todavia, é positivo para a produção do cuidado, ter nos postos de chefia atores que defendem a escuta dos profissionais e os orientem para a escuta dos usuários, para que a concepção de integralidade, humanização e qualidade da atenção, não seja apenas um valor ou princípio, mas que esteja de fato nas práticas assistenciais e na reestruturação do trabalho.

Considerando os discursos dos participantes e o arcabouço teórico sobre modelos assistenciais, sabe-se que, na prática, o mesmo é difundido de forma polissêmica, para orientar a organização do serviço de saúde, as diretrizes para a prática cotidiana do trabalho, considerando seu contexto histórico-social. Entende-se que no processo de configuração de um “modelo assistencial hospitalar” vários elementos se articulam e influenciam a definição das práticas assistenciais.

Ainda é preciso destacar a necessidade de articular e integrar o hospital com a rede de atenção à saúde. Ou seja, é necessário possibilitar encontros nos quais as equipes hospitalares passem a se responsabilizar pela construção de projetos terapêuticos mais cuidados e compartilhados com os demais equipamentos da rede de atenção, de forma horizontal e sinérgica.

Nessa perspectiva, a Figura 9, buscou sintetizar os elementos centrais, destacados ao longo da pesquisa, como orientadores para um novo o modelo assistencial hospitalar.

Figura 9 - Concepções do modelo assistencial hospitalar



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Por fim e somado a isto, tem-se a grande ameaça contemporânea relacionada à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde, decorrentes de políticas de austeridade fiscal com insuficiência de recursos para garantir os princípios e diretrizes fundantes do sistema universal de saúde, como a universalidade, a integralidade do cuidado e a equidade (BELTRAMMI; REIS, 2020; LIANG; TUSSING, 2018). Contextos de escassez de recursos podem agravar a fragmentação da rede de atenção.

Assim, avançar no modelo assistencial hospitalar é pensar novos sentidos e significados para esses serviços. O hospital pode assumir um papel importante e diferenciado, se operado de uma forma singular diante de todos os equipamentos da rede, promovendo novas práticas de cuidado.

9 DISPOSITIVOS INTRAHOSPITALARES E PRÁTICAS DE CUIDADO: IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

As estruturas de pensamento, inscritas culturalmente nos seres humanos, comandam inconscientemente seu modo de conhecer, pensar e agir (MORIN, 1998, p. 22).

O artigo a seguir foi aprovado para publicação na revista *Texto e Contexto de Enfermagem*, e faz uma análise dos dispositivos intra-hospitalares identificados dentro do Hospital Risoleta para a produção do cuidado integral em saúde.

RESUMO

Objetivo: analisar a produção do cuidado em um hospital público e os dispositivos utilizados para a atenção integral. **Método:** trata-se de uma pesquisa interferência em saúde, em que a coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2019 a junho de 2022. Foram realizadas observações e registros em diário de campo do pesquisador, entrevistas individuais com coordenadores e gerentes, e grupos focais com trabalhadores de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais. O material empírico foi submetido à análise de conteúdo temático. **Resultados:** foram identificados dispositivos que contribuem para a construção de novas práticas de gestão e cuidado, como o projeto Lean nas Emergências (ferramentas do *Fast Track*, *Kanban* e *Huddles*); o Núcleo Interno de Regulação; a atuação dos médicos hospitalistas, comanejadores e coordenadores de plantão; a atuação da equipe de atenção domiciliar dentro do hospital; e os dispositivos para a gestão interdisciplinar, como as corridas de leitos interprofissionais, discussões de casos e a construção compartilhada dos projetos terapêuticos. **Conclusão:** verificou-se que os dispositivos implementados contribuem para a transformação do modo de produção em saúde e do processo de trabalho em favor da integração do hospital ao sistema de saúde.

Descritores: Integralidade em Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Modelos de Assistência à Saúde. Reestruturação Hospitalar. Redes Comunitárias de Saúde.

INTRODUÇÃO

A história das políticas de saúde aponta as transformações nas instituições hospitalares que passaram a assumir sua atual configuração como lugar destinado ao cuidado em saúde¹.

Nessa direção, o hospital passa a ser visto não apenas exclusivo para diagnóstico e tratamento de doenças, mas também como um espaço potente para a formação e incorporação tecnológica². Nesse espaço, há diversas tensões e disputas relacionadas ao modo de funcionamento hospitalar².

No modelo de atenção hospitalar hegemônico, prevalece a preponderância das corporações profissionais, especialmente a médica, a gestão focada na eficiência, a racionalidade médica curativista e fragmentada e a incorporação veloz das tecnologias, que se interpõem entre o cuidador e o sujeito usuário.

Torna-se, portanto, um desafio superar o modelo assistencial hospitalocêntrico, baseado na lógica biomédica, organizado de maneira fragmentada e isolada, produzindo a segmentação do cuidado em especialidades e núcleos de saberes que não se articulam e nem compartilham as necessidades de saúde dos usuários³. E, ainda, superar os desafios da articulação e integração do hospital com a rede de atenção à saúde.

Por conta disso, torna-se imperativa a reestruturação da atenção hospitalar, capaz de transformar o modelo e as práticas, produzindo um cuidado centrado nas necessidades do usuário. Para que a reforma do hospital aconteça, há uma série de dispositivos e ferramentas de gestão e de cuidado que são capazes de estimular essa transformação, potencializar a utilização dos recursos, a valorização do trabalho interdisciplinar e a articulação em rede⁴. Diversos dispositivos para a gestão e produção do cuidado em saúde têm sido utilizados e passaram a ser fomentados pelo Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)^{5,6}. Compreende-se dispositivos não apenas enquanto estratégias e/ou tecnologias, mas como variados elementos que se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim, no caso, a transformação, ampliação e qualificação do cuidado em saúde. O dispositivo não é estático, duro, mas dinâmico e com uma função estratégica dominante, capaz de transformar sujeitos, relações e práticas no trabalho¹.

Portanto, além das políticas destacadas, é necessário possibilitar encontros e utilização de tecnologias nos quais as equipes hospitalares passem a se corresponsabilizar pela construção de projetos terapêuticos mais cuidados e compartilhados com os diversos profissionais envolvidos, assim como com os demais equipamentos da rede de atenção, de forma horizontal e sinérgica. Tal aposta reforça a premência de práticas cuidadoras pautadas na integralidade e o provimento da lacuna de garantia de transferência segura de cuidado entre os diversos equipamentos da rede^{2,6,7}.

Desse modo, como forma de refletir sobre a gestão hospitalar e investigar quais dispositivos contribuem para a integralidade do cuidado dentro do hospital e o conectam, de forma mais adequada, à rede de atenção à saúde, é que se propõe uma investigação empírica em um hospital de grande porte no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Este artigo retrata achados desta investigação cujo objetivo foi analisar a produção do cuidado dentro de hospital público e os dispositivos utilizados para a atenção integral.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde⁸. A investigação qualitativa considera a complexidade histórica, o contexto e a implicação do pesquisador na sua relação com o objeto em estudo⁹. A pesquisa interferência tem como princípio a desconstrução, pois questiona enfoques tradicionais e produz intervenções radicais no campo da micropolítica⁹. Busca captar os efeitos produzidos no campo de estudo a partir das interferências do e com o pesquisador, capturando as conexões e ruídos percebidos, problematizando o discurso institucional e pessoal, e produzindo múltiplos sentidos que ultrapassam as certezas da ciência hegemônica¹⁰. Neste tipo de pesquisa, a construção da metodologia se dá no transcorrer do processo do estudo, estando o pesquisador alerta ao que o campo pede^{8,10}. Portanto, é um processo flexível que incorpora diferentes técnicas e procedimentos.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), instituição pública, geral e de grande porte, localizado no município de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. O hospital possui cerca de 400 leitos, incluindo porta aberta 24 horas no Pronto-Socorro (PS), maternidade e unidade de atendimento aos sintomáticos respiratórios nos anos de 2019 a 2022, durante a pandemia de Covid-19. Destina seu atendimento exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para cerca de 1,5 milhões de pessoas da porção

norte da região metropolitana de Belo Horizonte, além de ser hospital de ensino e campo de práticas de universidade pública federal^{11,12}.

O modelo institucional integra assistência, gestão, ensino e pesquisa, e está fundamentado em quatro Linhas de Cuidado (LC): clínica, cirúrgica, materno infantil e intensiva, definidas conforme as necessidades de saúde da população da área de abrangência¹¹.

Procedimentos metodológicos

A investigação que originou esse manuscrito teve seu trabalho de campo desenvolvido no período de setembro de 2019 a junho de 2022, período em que foram realizadas diversas interferências com os atores do campo em estudo. Previamente ao trabalho de campo, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, identificando dispositivos utilizados para essa construção a partir do hospital.

A revisão integrativa foi realizada nos meses de abril a maio de 2021, totalizando 139 publicações. Os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado nos últimos dez anos, e conter no título, resumo ou palavra-chave os seguintes 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. A revisão permitiu identificar dispositivos intra-hospitalares, pressupondo práticas organizativas e relacionais para atingir um cuidado integral em hospitais brasileiros e em outros países¹³.

Coleta de dados

A produção dos dados se deu por meio de diferentes técnicas: entrevistas individuais com roteiros semi-estruturados, grupos focais, observação e registro em diário de campo do pesquisador.

A primeira fase do estudo consistiu na imersão na instituição para compreender a realidade e contexto local. Nessa fase, foram realizadas observações: do cotidiano do trabalho dos profissionais, coordenadores e gestores; dos momentos de reuniões de colegiados gestores; dos atendimentos da enfermagem e dos demais profissionais nas linhas de cuidado; das ações de educação permanente desenvolvidas no hospital; dos atendimentos no pronto socorro; e das corridas de leitos nas unidades de internação - momento de encontro no leito do paciente entre os vários profissionais que o acompanham por meio da discussão multidisciplinar do caso e construção do projeto terapêutico compartilhado.

Posteriormente, outras visitas ao hospital foram feitas ao longo dos três anos seguintes para coleta de dados, totalizando aproximadamente 40 páginas de descrição em diário de campo do pesquisador, que se constituiu de registros e anotações da vivência, contemplando acontecimentos, impressões e relatos de como se conformavam as relações dos participantes no cotidiano.

Na segunda fase do estudo, foram realizadas treze entrevistas em profundidade, conduzidas pela pesquisadora principal, com gestores e coordenadores do hospital, selecionados por serem condutores e coordenadores da gestão do cuidado dentro do hospital. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital e orientadas por um roteiro semiestruturado com questões que buscavam captar a percepção do entrevistado quanto ao trabalho interdisciplinar, produção do cuidado, dispositivos intra-hospitalares utilizados e relação com a rede de atenção.

Também foram realizados dois grupos focais, em plantões diferentes, com os trabalhadores do hospital, com o propósito de trazer para o estudo suas percepções e concepções sobre o tema do estudo. Foram convidados, para cada grupo, cerca de 15 participantes, que representassem todas as categorias profissionais atuantes nas linhas de cuidado do hospital. Ao final, participaram dos grupos focais 22 profissionais, entre eles fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, auxiliar administrativo e radiologista.

O convite aos participantes do grupo focal foi livre e destinado a todos os profissionais das linhas de cuidado. Nos casos de não adesão de alguma categoria, foi feito um convite ao profissional sugerido pela coordenação da linha. Os grupos focais tinham um roteiro com questões provocadoras sobre o trabalho interdisciplinar, as facilidades e dificuldades da produção do cuidado e os dispositivos que os profissionais utilizam para promover a atenção integral. Para estimular a discussão, foi apresentada uma situação problema referente a um

paciente com quadro agudo de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essa situação foi identificada durante a fase de observação, retratando recorrências comuns no hospital. Esse exercício possibilitou que os profissionais refletissem sobre o próprio trabalho, tendo o mundo do cuidado como lugar de operar dispositivos e de produzir redes de conexões³.

Organização dos dados

As entrevistas e os grupos focais foram gravados em áudio, totalizando, respectivamente, seis horas e duas horas e 15 minutos de gravação, uma média de 30 minutos para as entrevistas e uma hora para os grupos focais. Posteriormente, as gravações foram transcritas pela pesquisadora.

Na apresentação dos resultados, os excertos das falas dos entrevistados/grupos focais foram identificados como: Entrevista_ind de E01 a E13 para as entrevistas individuais, e para os grupos focais um ou dois (GF1 ou GF2, respectivamente), seguido da categoria profissional, e da numeração 01 para o primeiro profissional dessa categoria, 02 para o segundo profissional dessa categoria a participar, e assim por diante. As narrativas das observações da pesquisadora foram identificadas como “diário de campo da pesquisadora”, seguidas da data do acontecimento.

Vale destacar que este trabalho foi atravessado pela pandemia da Covid-19, o que impossibilitou, durante uma boa parte do tempo, a atuação no campo, concorrendo para atrasos, mas sem prejudicar de forma relevante o estudo.

Análise dos dados

No procedimento de análise dos dados, foi realizada imersão da pesquisadora em cada transcrição e escrita do diário de campo, a partir da leitura exaustiva na íntegra do material, assinalando e categorizando por temas os conteúdos que respondessem às inquietações da pesquisa. Todo o processo de análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo temático⁹. Para discutir os dados, foram utilizados os referenciais teóricos de integralidade e produção do cuidado, e os estudos encontrados na revisão integrativa, realizada como etapa inicial da investigação¹³.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Hospital cenário. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução 466/12.

RESULTADOS

O estudo foi constituído por 35 participantes, sendo 13 deles coordenadores ou gerentes que foram entrevistados individualmente e 22 que participaram dos dois grupos focais realizados. Em relação à categoria profissional, participaram oito enfermeiros (22,9%), sete médicos (20,0%), três psicólogos (8,6%), três fisioterapeutas (8,6%); três assistentes sociais (8,6%), dois (5,7%) representante das seguintes categorias: fonoaudiólogo, auxiliar administrativo, nutricionista, técnico de enfermagem e terapeuta ocupacional, e uma técnica em radiologia (2,9%). Dos 35 participantes, 62,9% representaram trabalhadores da saúde, 25,7% estavam em cargo de coordenação ou gerência, 5,7% assumiam alguma referência técnica, 2,9% eram da diretoria e 2,9% assessoria da direção.

No processo de construção de um modelo assistencial integrado e interdisciplinar, o hospital vem implementando dispositivos que têm contribuído para o desenvolvimento de novas práticas de gestão e cuidado e reestruturação do modo de executar o trabalho cotidiano. Entre os dispositivos de gestão do cuidado, os participantes deram ênfase ao Projeto Lean nas Emergências com as ferramentas do *Fast Track*, *Kanban* e *Huddles* institucional e setorial; ao Núcleo Interno de Regulação (NIR); à atuação dos médicos hospitalistas, dos comanejadores e dos coordenadores de plantão no pronto socorro; à atuação das equipes de atenção domiciliar da secretaria municipal de saúde dentro do hospital; e aos dispositivos voltados para a gestão do processo de trabalho como corridas de leito multidisciplinares, discussão de casos, construção compartilhada de projetos terapêuticos, preparação dos cuidadores familiares e encaminhamentos responsáveis para a rede SUS de Belo Horizonte e municípios do entorno.

Projeto Lean nas Emergências e suas ferramentas

O Projeto Lean nas Emergências foi desenvolvido com apoio do Ministério da Saúde e faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), sob coordenação do Hospital Sírio Libanês. É um projeto que dispõe de várias ferramentas para melhorar o desempenho das emergências, entre elas: *Kanban*, *Fast Track*, *Huddles*, Unidade de Decisões Médicas (UDM), Unidade de Curta Permanência (UCP) e Plano de Capacidade Plena (PCP).

Desde a direção até o técnico, limpeza [...] a equipe toda aqui do Risoleta está alinhada num propósito único que é o cuidado do paciente, e as mudanças que o setor propõe são certamente para atender ao paciente, igual quando a gente fala: “vamos fazer um Hudlle, um Kanban” (GF1_Enf_01).

[...] ele (enfermeiro) estava falando de quando o Fast Track ou Projeto Lean iniciou. A proposta era a redução da fila de espera e a agilidade no atendimento do pronto-socorro e, como consequência, o giro de leitos no pronto socorro e nas unidades [...] você acelera, entre aspas, o atendimento desse paciente e otimiza a organização de todo o funcionamento do pronto socorro [...] com a superlotação na porta de entrada, e muitas das vezes, reflexo do que a cidade está passando no momento, seja um surto de dengue, influenza, covid, ou até mesmo uma multiplicidade de causas, a recepção vai enchendo, os corredores vão enchendo, e o hospital inchando [...] a ideia é não perder a “eficiência do PS, é fazer girar com qualidade e segurança” (Diário de Campo da pesquisadora – 14 de janeiro de 2020).

O foco de melhoria pôde ser visualizado no atendimento da emergência, viabilizado por meio da implantação do *boarding* (pacientes que estão à espera de leito para internar) e do Plano de Capacidade Plena (PCP), que apoiaram a melhor gestão de leitos no hospital, reduzindo os problemas de superlotação e má distribuição de pessoal nos postos de trabalho. Além do destaque para o projeto em si, os participantes ressaltaram a resolutividade de dispositivos específicos de *Kanban* e *Huddles* que atuam de forma eficaz na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, por meio da redução dos tempos de espera e no aumento da eficiência.

A aposta que a equipe faz ao implementar o Kanban é a mudança estratégica das tomadas de decisão internas no hospital buscando identificar os verdadeiros problemas que atrasam a assistência ao paciente e o seu acompanhamento.

O Kanban veio para ajudar um pouco, outras ferramentas também [...] são ferramentas da gestão clínica que estavam faltando, hoje está bem visível (Entrevista_Ind_E01).

Podemos, em equipe, avançar ainda mais na organização do trabalho e qualidade assistencial no Risoleta, usando as estratégias do Lean. E, para alcançar bons resultados, precisamos do envolvimento de todos os trabalhadores (Entrevista_Ind_E09).

E agora a gente está vendo, esta é uma ferramenta que está nos facilitando, a gente consegue ver o que está prendendo o paciente aqui e agir mais rápido (GF1_Enf_02).

Outras estratégias significativas do projeto, ainda em fase de implementação, são a unidade de curta permanência (UCP) e a unidade de decisão médica (UDM). A primeira destina um cuidado especial aos pacientes, com média de três dias internação, permitindo um giro de leito melhor e um cuidado mais adequado à realidade desse paciente. A segunda estabelece uma avaliação clínica criteriosa, definindo o destino mais rápido do paciente dentro do hospital.

A filosofia Lean apresenta-se como sendo um fator contribuinte na gestão, sanando deficiências encaradas neste cenário e fornecendo estratégias visando melhorar a eficiência da prestação de serviço aos pacientes, aumentando assim a eficácia das equipes, redução do tempo de espera no atendimento de urgência e emergência. E vem contribuindo para produção do cuidado centrado nas necessidades do usuário, uma vez que centraliza o atendimento de forma oportuna e em consonância com as diretrizes assistenciais e gerenciais da instituição.

É oportuno que os gestores hospitalares acompanhem os indicadores, frente ao monitoramento e avaliação das implementações efetivadas, e que, mediante a análise desses indicadores, procurem alternativas que resultem em benefícios no cuidado destinado ao paciente, considerando a realidade complexa do sistema de saúde.

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O NIR foi mencionado por vários participantes como um dispositivo que agregou as equipes do hospital cenário, estabelecendo um espaço de coordenação do cuidado e gestão mais eficiente dos leitos de forma compartilhada dentro do hospital. Para o funcionamento do NIR no HRTN, a equipe conta com uma enfermeira coordenadora, outro enfermeiro atuando 24 horas por dia, com apoio de equipe administrativa e suporte do médico coordenador de plantão do pronto-socorro. Esse arranjo de profissionais orienta a microrregulação dos leitos intra e extra-hospitalar (articulada com as centrais de regulação de Belo Horizonte e municípios do

entorno), estabelecendo regras para agilizar e reorganizar o atendimento dos pacientes no PS e unidades de internação, e também para seu referenciamento ou encaminhamento, quando necessário.

O núcleo interno de regulação do hospital faz não só a gestão de leito, do ponto de vista do leito como recurso, mas ele é um ponto estratégico da gestão do cuidado dos pacientes, especialmente preparando junto com as equipes a desospitalização, o NIR levantou uma possibilidade de a gente estabelecer um contrafluxo com a rede (Entrevista_Ind_E01).

Médico hospitalista, médico comanejador e coordenador de plantão do pronto-socorro

Outras estratégias mencionadas pelos participantes se referem ao investimento na assistência horizontalizada por meio dos médicos hospitalistas (aqueles que atuam em jornada diária de segunda a sexta-feira), aos comanejadores, que são os médicos clínicos responsáveis pelo comanejo da assistência aos pacientes tanto do pronto-socorro quanto das unidades de internação do hospital e aos coordenadores de plantão no pronto-socorro. O médico hospitalista, por ter atuação diária e horizontal (e não na forma de plantões), monitora o cotidiano dos planos assistenciais e projetos terapêuticos compartilhados, sendo capaz de coordenar o cuidado e fazer a gestão do caso destes pacientes e orquestrar a construção das estratégias terapêuticas e do cuidado integral pelas linhas de cuidado dentro do hospital.

O médico hospitalista faz a moderação das corridas de leito; ele já conhece este paciente desde o pronto socorro porque já vem participando dessas corridas. E essa transição, ela é feita de maneira muito cuidadosa porque a gente já tem ali uma construção das demandas que este paciente tem, um desenho mesmo do plano terapêutico dele, e isso é entregue para ser sequenciado no andar (Entrevista_Ind_E08).

O médico coordenador de plantão do pronto-socorro é um representante da diretoria, da instituição [...] quando a coordenação de enfermagem do NIR não estiver aqui, e ele é a pessoa que vai fazer a gestão da porta da clínica, da geral, da ortopedia, do bloco cirúrgico, de vaga de CTI, de vaga de enfermagem [...] é quem vai fazer esta interlocução com todas as áreas (Entrevista_Ind_E01).

Esse cuidado da passagem de caso, por exemplo, para a terapia intensiva, ele é feito pelo médico comanejador. O que é muito particular, aqui no hospital, pois, geralmente, é um paciente que tem pouco tempo de entrada, a história nem sempre está esclarecida ainda ou, se ela está esclarecida, ainda precisa de outras informações mais específicas, e aí o médico faz essa passagem do cuidado para a terapia intensiva in loco (Entrevista_Ind_E10).

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

Os participantes revelaram a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar como um dos principais dispositivos responsáveis por legitimar e garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde do SUS.

A gestão do hospital, junto com a Secretária Municipal de Saúde, implementou duas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar dentro do hospital. Essa modalidade permite a discussão cotidiana com as equipes assistenciais por meio das corridas de leito interdisciplinares do hospital, orientando os demais membros da equipe, a família e o paciente quanto à alta segura e compartilhada após a alta para o território e domicílio do paciente (Diário de Campo da pesquisadora – 16 de agosto de 2021).

Com a expansão das EMADs, que são as equipes de atenção domiciliar, a gente consegue fazer uma ponte melhor entre o hospital e outro ponto de atenção na rede através do acompanhamento domiciliar (GF1_Enf_02).

Complementarmente à EMAD, foram citados procedimentos que acompanham o processo de trabalho das equipes, que sequenciam, na prática, a continuidade desse cuidado, de forma que não haja obstáculos para o paciente. Como exemplos desses procedimentos estão os tratamentos sequenciais oral e venoso para casa ou para hospitais municipais do entorno e as altas programadas com reuniões com as famílias ou equipes do paciente na rede.

Agora, do ponto de vista das ferramentas externas, e acaba que elas são internas para o externo, hoje, a gente faz a questão do TSO que é o tratamento sequencial oral. Quando o paciente necessita fazer uso de antibiótico, mas a gente consegue fazer essa transição para a casa, o hospital disponibiliza este antibiótico para o paciente finalizar o tratamento em casa hoje (Entrevista_Ind_E09).

As nossas altas, elas são todas altas programadas, a gente sempre comunica com a família um dia antes e, no cuidado paliativo, a gente ainda tem um cuidado maior. A gente faz uma reunião com as equipes da rede antes da alta porque são pacientes que vêm com um prognóstico ruim, mesmo que a gente já saiba, e, então, a gente está ali para controlar sintomas (Entrevista_Ind_E04).

Dispositivos voltados para a gestão dos processos de trabalho

O hospital, em seu modo de operar, guarda diversos dispositivos que fortalecem a gestão dos processos de trabalho, e que estão presentes nas práticas interdisciplinares, no trabalho vivo e em ato e na organização do processo de trabalho. Uma das formas de operacionalizar esses mecanismos é fortalecendo a equipe interdisciplinar por meio de uma sistemática de reuniões, rotinas de buscas ativas, corridas de leitos, discussões de casos clínicos, comunicação pelo *WhatsApp*, comunicação assertiva pelo prontuário e com usuários e familiares, entre outros.

E então, e até mesmo durante a busca ativa, é que eu vejo muito acontecendo. Às vezes, antes mesmo da gente pensar nesta questão de pedir uma interconsulta, a pessoa de outra disciplina já foi lá e já avaliou (GF1_Med_01).

Hoje em dia, acontecem nas unidades da clínica médica e clínica cirúrgica reuniões semanais com a equipe multi. Essas reuniões são um momento muito enriquecedor, pois possibilita a discussão de perfis e definição de referenciamento, pensando na alta segura do paciente (Entrevista_Ind_E05).

E aí tem uma comunicação via Whatsapp, tem reunião de equipe; a gente se reúne em equipe e a gente tem uma reunião da nossa equipe semanalmente (GF2_TO_01).

DISCUSSÃO

O hospital, uma instituição complexa, apresenta desafios cada vez mais emergentes, como a racionalização crescente das práticas médico-hospitalares, que tendem, por exemplo, à priorização da especialização e da tecnologia¹⁴. Se, por um lado, temos hospitais públicos e privados cada vez mais alinhados às atividades econômicas globais e permeáveis à avaliação de custo-efetividade, por outro, tem-se a necessidade de investir em estratégias que deem conta de atuar nas consequências dessa especialização crescente da prática clínica^{2,15}.

Nesse sentido, o enfrentamento da fragmentação do processo assistencial hospitalar passa pela compreensão e atuação do corpo gestor da instituição e dos trabalhadores em direção a um novo modelo assistencial para o hospital. O HRTN conseguiu implementar os dispositivos citados, buscando um projeto mais compartilhado de cuidado. Não é possível promover a ruptura do paradigma médico-hegemônico, perpetuado nos hospitais tradicionais se não houver um alinhamento interno capaz de estabelecer nas práticas cotidianas um fazer multidisciplinar e compartilhado.

Os dispositivos implementados no HRTN modelam a reestruturação da atenção hospitalar, pois contribuem tanto para uma nova racionalidade da lógica da gestão como também para uma nova racionalidade da lógica do cuidado. Pois, se forem empregadas apenas ferramentas para incidir sobre a lógica racionalizadora da gestão sem a produção de

transformações efetivas nas práticas de cuidado, se tornam estratégias limitadas à redução de custos e aos aspectos administrativo-burocráticos da gestão. E isso não é efetivo para a transformação dos modelos de gestão e atenção dentro do hospital.

O Projeto Lean nas Emergências vem sendo cada vez mais incorporado nas instituições de saúde, uma vez que propõe discutir, com os trabalhadores, a autonomia da equipe frente à tomada de decisão e a incorporação de ferramentas que fortaleçam a qualidade e segurança assistencial, reduzindo custos e o tempo dos processos¹⁶.

Já a implantação do Núcleo Interno de Regulação orienta-se nas diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O NIR se consolidou a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS e, desde então, é uma estratégia para organizar o acesso às consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos, bem como aos leitos disponíveis para internação⁶.

Por meio das falas dos sujeitos investigados e observações realizadas, identificou-se que o NIR favoreceu a gestão do cuidado dentro desse hospital, melhorando a comunicação interna com todos os setores e visando à agilidade e segurança na transição do paciente entre as unidades de cuidado. Parte do sucesso do NIR no hospital deve-se ao apoio da diretoria no reforço para que este núcleo efetivamente assuma a coordenação de todo o processo regulatório e ainda à relevante interação do núcleo com outros dispositivos implantados. Vale destacar a articulação do NIR com os *Huddles* Institucionais e setoriais, o *Kanban*, o *Fast Track* e todos os setores do PS e unidades de internação, assim como com todo o hospital, por meio de uma comunicação mais próxima e eficiente com as unidades de apoio, como ouvidoria, higienização e limpeza, serviço social, entre outros, que, ao participar e interagir coletivamente, por exemplo, nos *Huddles* Institucionais diários, que ocorrem três vezes ao dia (às 9, 15 e 21 horas), se articulam e fortalecem a capacidade de regulação interna e externa do NIR.

Um das estratégias que otimizaram uma maior comunicação interna foi a incorporação dos médicos comanejadores, responsáveis por facilitar a conversa e articulação junto às equipes assistenciais na transição de cuidado, atuando no cogerenciamento do plano terapêutico do paciente^{17,18}. Além disso, a participação dos médicos horizontais em todas as unidades de cuidado dentro do hospital, garantindo a melhor gestão dos casos e cuidado no cotidiano dos serviços e a articulação do médico coordenador de plantão do pronto-socorro com o NIR, tem produzido uma dinâmica diferenciada para o processo regulatório interno e externo e a gestão estratégica assistencial no âmbito hospitalar.

Tais experiências foram vivenciadas em outras instituições e constituem uma inovação na assistência hospitalar, como a horizontalização do cuidado, a ampliação do suporte clínico e a melhoria de fluxos e acompanhamento dos pacientes, representando maior apoio às transições assistenciais. Observa-se que essas intervenções apresentam melhores resultados nos indicadores de tempo de permanência, taxa de ocupação, média de pacientes internados e produção hospitalar global, além de melhoria da qualidade assistencial dentro do hospital^{13,18}.

Somam-se ainda os dispositivos voltados para a melhoria da gestão dos processos de trabalho (reuniões multidisciplinares, corridas de leitos, discussões de casos clínicos, e várias outras ferramentas cotidianas de articulação interdisciplinar para compartilhamento de projetos terapêuticos assistenciais mais cuidadores para os usuários). A utilização desses dispositivos é importante para o desenvolvimento das ações em saúde e também por serem norteadoras da assistência, refletindo a realidade, e atuando como potencializadores da produção do cuidado¹⁹. Além disso, o caminho escolhido pelo hospital estudado foi o de amplificar um modo de fazer a gestão pautado na democratização e participação. A descentralização das decisões é outro fator que pode fortalecer e potencializar o sucesso dos dispositivos implementados, pois contribui para a transformação do hospital tradicional, fortemente centralizador^{2,4}.

A efetivação dessa integração e articulação internas, ao lado de um processo e uma visão descentralizadora, resulta em benefícios, em especial na relação que a instituição hospitalar estabelece com os pacientes, pois permite a ampliação da possibilidade do usuário e de seus familiares participarem do processo de decisão sobre os seus projetos terapêuticos, o que é um diferencial para esse modelo de decisão compartilhada²⁰. Outros estudos relataram a articulação desses dispositivos com a prática da clínica ampliada, clínica do sujeito e/ou gestão da clínica como formas de promover o cuidado, a partir da implicação dos sujeitos em suas próprias questões e alinhado às suas necessidades^{13,21}.

Nesse contexto, com vistas a ampliar as possibilidades de cuidado aos pacientes com doenças crônicas, alguns países têm investido em tecnologias de telemonitoramento como dispositivos para melhorar a eficácia clínica e o rastreamento territorial desse paciente pela equipe assistencial^{22,23}.

Reconhecendo os diversos dispositivos para a produção do cuidado, a atenção domiciliar tem se mostrado uma relevante possibilidade de inovar a produção em saúde^{13,25}. A existência das equipes do EMAD dentro do hospital estudado é uma oportunidade para articular e integrar o hospital à rede de serviços, produzindo capacidade de gerenciar itinerários de entrada e de saída dos pacientes em toda a complexidade da rede. Se bem implementado e

alinhado à construção de uma alta segura, reduz os desafios da utilização excessiva ou da ausência de destinos assistenciais que garantam o cuidado seguro e adequado aos pacientes^{2,24,25}.

Há de se pontuar que, para além da implantação de dispositivos para uma melhor gestão em saúde voltada para a melhoria do desempenho institucional, emerge a necessidade de discussão sobre o sentido do cuidar e quem é esse usuário que necessita de atenção. Processos de governança e gestão centrados na qualidade e no usuário apresentam bons resultados, se implicados com o compromisso de cuidar de forma integral e compartilhada, seja com as equipes assistenciais, seja com os usuários e familiares^{25,26}.

O hospital pode ser visto como um componente estruturante para fomentar um cuidado ampliado, tendo em vista o princípio da integralidade^{2,26}. É uma “estação de cuidado” que o sujeito percorre para obter a integralidade em saúde. Contudo, para que tal premissa seja alcançada, há de se pensar em dispositivos que o conecte de forma mais adequada à rede de serviços, pois, por melhor e mais especializado que seja, não consegue garantir a integralidade sozinho, mas apenas se efetivamente articulado em rede.

A integralidade do cuidado no contexto hospitalar perpassa pela revisão e transformação da sua dimensão cuidadora e pode acontecer na combinação de dispositivos e tecnologias em saúde. Os profissionais, ao se apropriarem desses dispositivos, podem ampliar a capacidade de produzir o cuidado, equilibrando a racionalidade instrumental, comunicativa e a percepção do sujeito como ser real e protagonista do seu próprio processo saúde-doença²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados demonstram avanços no processo de construção de um novo modelo assistencial e práticas dentro do hospital e a contribuição dos dispositivos de gestão do cuidado implementados. Com isso, pode-se afirmar que o cuidado integral e integrado à rede é uma prática possível, mas depende do modo como o hospital recorre a conhecimentos e tecnologias já sistematizados e a novos modelos de atenção à saúde e novos modos de pensar e fazer a gestão, para além da dimensão centralizadora e racionalizadora hegemonicamente estabelecida nas instituições hospitalares.

Ademais, para que o hospital, enquanto estação cuidadora, se constitua como equipamento articulado com os diferentes e diversos serviços de saúde da rede, é preciso que

os trabalhadores e a direção da instituição estejam sintonizados aos princípios que sustentem o modelo de atenção usuário centrado, interdisciplinar e integral, e orientados para que, na prática, haja a integração e articulação. Caso contrário, não haverá a superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico, tampouco a transformação nas práticas cotidianas do hospital.

Por fim, enquanto fator de limitação, apesar de vários problemas e desafios comuns a todos os hospitais contemporâneos, vale referir que este estudo foi realizado em apenas um hospital que tem especificidades e contexto local único, não podendo ser extrapolado ou refletir a realidade do conjunto de instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1995.
2. Reis AAC, Furtado LAC, Beltrammi DGM, Souza MP. *Atenção hospitalar no SUS*. In: Santos TBS, Pinto ICM (orgs.). *Gestão hospitalar no SUS*. Salvador: EDUFBA; 2021.
3. Cecílio LCO, Merhy EE. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate*. 2003; 27(64):110-22.
4. Beltrammi DGM, Reis AAC. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. *Saúde Debate*. 2020; 43(5):94-103.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n ° 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). Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
7. Wright M, Mainous AG 3rd. Can continuity of care in primary care be sustained in the modern health system? *Aust J Gen Pract*. 2018; 47(10):667-669.

8. Figueiredo EBL, Andrade EO, Muniz MP, Abrahão AL. Research-interference: a nomad mode for researching in health. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(2):598-603.
9. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação.* 2018; 40: 139-153.
10. Moebus RLN. Como se constitui o campo numa pesquisa em acontecimento? In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H (orgs.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Editora Hexis; 2016. p.83-6.
11. Costa MA, Mota JAC, Figueiredo RCP, Antunes MIS, Torres HOG, Coutinho AP, Ribeiro ML. Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo linhas de cuidado. In: Magalhães Júnior HM (org.) *Desafios e inovação na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008.* Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010. p.549-70.
12. Jorge AO, Costa MA, Couto VR. Os desafios para manejo da pandemia da Covid-19 em um hospital de Belo Horizonte e sua relação com a APS. *Rev. APS.* 2021; 3(1):24-31.
13. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate.* 2022; 46(133):551-570.
14. 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.
15. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. 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.
16. Costa LBM, Godinho FM, Rentes AF, Bertani TM, Mardegan R. Lean healthcare in developing countries: evidence from Brazilian hospitals. *Int J Health Plann Mgmt.* 2017; 32(1): e99-e120.
17. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(3).

18. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, Matta GC, Miranda L, Graboys V. 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.
19. Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(6):2817-24.
20. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):849-59.
21. Nakata L, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira, JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna. Nery.* 2020; 24(2):2019-54.
22. Tierney AA, Payán DD, Brown TT, Aguilera A, Shortell SM, Rodriguez HP. Telehealth Use, Care Continuity, and Quality: Diabetes and Hypertension Care in Community Health Centers Before and During the COVID-19 Pandemic. *Med Care.* 2023; 61(1): S62-S69.
23. Wu C, Wu Z, Yang L, Zhu W, Zhang M, Zhu Q, Chen X, Pan Y. Evaluation of the clinical outcomes of telehealth for managing diabetes: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(43):e12962.
24. Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. *Health Rep.* 2018; 29(11):3-11.
25. Santos JLP, Pereira LC; Pedreira JBA, Silva VA, Pereira A, Aguiar ACSAA. Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28.
26. Beltrammi DGM, Camargo VM. Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal. São Paulo: HUCITEC; 2017.
27. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu).* 2019; 23.

10 O HOSPITAL E SUA (DES) ARTICULAÇÃO COM A REDE

Desde o processo de construção do SUS, a gestão pública na saúde vem desenvolvendo estratégias para apoiar o planejamento de suas estruturas e o atendimento das necessidades do indivíduo e da coletividade. Durante a década de 1990 foi iniciado o processo de descentralização e regionalização do SUS. Posteriormente, com a publicação das normas operacionais (NOAS) e do Pacto pela Saúde, foi possível avançar em políticas de saúde regionais e, conseqüentemente, qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015; VIANA *et al.*, 2019).

Considerando o avanço da regionalização como diretriz do SUS e o eixo estruturante do Pacto pela Saúde, em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 4.279/2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). A partir desse contexto, ampliaram-se as estratégias e políticas públicas com foco na articulação dos pontos de atenção, de forma dinâmica e complementar, apresentando-se como ferramenta importante para a superação do modelo fragmentado de assistência à saúde (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015; VIANA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, é importante considerar o papel social que o hospital apresenta à sociedade, muitas vezes como estação cuidadora definida como primeira escolha para os usuários mediante suas necessidades de cuidados à saúde e completamente desarticulada dos outros equipamentos de saúde. Em meio à alta demanda para assistência à saúde em nível hospitalar, é fundamental o debate sobre o papel dos hospitais na Rede de Atenção.

Além do papel do controle social no funcionamento, entendimento, participação e fiscalização. O conselho local de saúde do HRTN dá acesso à participação das pessoas na gestão, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações, sendo um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania para a consolidação, as melhorias e os avanços do SUS e do Hospital. O Conselho é o espaço de luta coletiva e vem conseguindo diversas melhorias para assistência à saúde e para o hospital, sobretudo a garantia do repasse financeiro junto aos órgãos competentes para a sustentabilidade das ações do hospital.

Como forma de compreender *a produção da integralidade e continuidade do cuidado, articulada com todos os pontos da rede de atenção*, utilizamos o método do serviço-guia, entendido como o relato da produção do cuidado na perspectiva do serviço que oferta o cuidado para a rede de atenção à saúde, de quatro equipamentos de saúde, que atuam na área de referência do hospital investigado e são eles: duas UPAs e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além das entrevistas com os gerentes dos serviços-guias, fizeram parte dos materiais

de análise dessa categoria, o material empírico coletado com a equipe interna do hospital cenário.

Os achados das entrevistas com os serviços-guia, articulado aos achados do trabalho interno no HRTN demonstram a busca da construção da articulação na rede, pautada em mecanismos que favoreçam a integralidade do cuidado, considerando a articulação com equipamentos e serviços para continuidade do cuidado. Embora, ainda sejam destacados vários desafios relacionados aos diversos componentes da rede, no que tange ao aperfeiçoamento dos dispositivos regulatórios e na comunicação efetiva entre os serviços/equipamentos da rede.

O processo de construção da continuidade do cuidado deve se iniciar com a chegada do paciente no serviço. A chegada pode acontecer de algumas formas no HRTN via paciente - pelas portas de entrada do pronto atendimento e maternidade -, transferência de UPA e demais serviços da rede via regulação, e ainda trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Observam-se fluxos pré-estabelecidos, envolvendo as centrais de regulação, que são necessários para organizar a oferta de serviços intermunicipais em um território limítrofe.

Geralmente este paciente é transferido para lá com um relatório médico, ou então uma autorização para internação hospitalar. O médico da unidade já emite o documento de internação hospitalar e este paciente é transferido para lá. Este paciente pode ir para o Risoleta por duas formas, contato direto ou via central de internação. O contato direto é para aqueles quadros mais graves e via central de internação são os casos que podem aguardar para serem transferidos (Entrevista_Ind_UPA2).

Então o caso chega na unidade e é avaliado pela equipe e depois que a equipe avalia e verifica a necessidade de transferência para uma unidade hospitalar de acordo com a grade de urgência a gente faz contato com o coordenador do plantão através do celular corporativo e este paciente é transferido para lá (Entrevista_Ind_UPA1).

No momento que o paciente adentra no hospital, já é pensado e articulado internamente seu processo de alta segura. A tentativa de planificação de alta é elaborada pela equipe multidisciplinar sendo orquestrada pela equipe de enfermagem. A enfermagem estabelece conexões e agenciamentos para minimizar o vai e vem dos pacientes, e assim, reduzir os desafios que eles virão a enfrentar. No modelo pragmático de rede de atenção, com perfis definidos e trajetórias ordenadas, a enfermagem se apresenta como mediadora desse processo.

Olha, vai precisar de um dispositivo de ventilação mecânica. Vocês vão precisar de tentar isso no estado, vai precisar de oxigênio. Mas o que é que o lado de lá está me entendendo? Então assim, este movimento da alta para mim ele começa na internação e não daqui há 20 dias, como a gente raciocina. Cortei o antibiótico aqui e mais 48 horas, ou 24 [...] (Entrevista_Ind_E07).

O acompanhamento terapêutico seja no domicílio ou na rede, precisa que o paciente e a família tenham o entendimento do seu tratamento e também a

unidade de atenção que ele for, se esse acompanhamento não é feito é bem provável um retorno desse paciente para mesma rede (Entrevista_Ind_E08).

A nossa enfermeira, ela alinha com o posto toda a linha de cuidado que a gente gostaria que ele tivesse pelo menos até o retorno. E então ela liga e fala, oi tudo bom, tem um paciente que vai ter alta e ele mora aí na sua região e ele precisa de fazer um curativo no pé com um medicamento chamado Hidro gel, vocês têm este medicamento aí? Vocês conseguem fazer o curativo dele de dois em dois dias. Posso mandar? (Entrevista_Ind_E02).

Garantir a continuidade na rede requer avançar na compreensão das necessidades em saúde dos usuários, entretanto, é um conceito complexo e encontra dificuldades em fazer parte da prática de trabalho dos gestores. Cecílio (2001) considera quatro dimensões para promover a integralidade em saúde segundo as necessidades do sujeito, são eles: boas condições de vida, necessidade de acesso, criação de vínculos entre usuário e serviço, e a necessidade de o sujeito desenvolver autonomia para o cuidado de si. A chamada taxonomia proposta por Cecílio (2001), expressa-se como demanda por serviços. A proposta desenvolvida pela equipe assistencial sobre a alta segura é um dispositivo produtor da integralidade, uma vez que sua proposta inicia na entrada do paciente pelo pronto socorro, considerando a escuta qualificada do usuário e familiar, até a busca por outros serviços de saúde que garantam a continuidade do cuidado.

A continuidade do atendimento por meio de uma linha de cuidado para além do hospital pressupõe a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário. Essa transferência de cuidado, exige uma abordagem responsável, em que todos os atores envolvidos sejam capazes de apoiar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos (BOUSQUAT; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; HAGGERTY, 2012).

A ligação do Risoleta para a unidade básica isso acontece muito em casos de gestantes e puérperas que eles encaminham para a gente dar esta continuidade no cuidado a puericultura, ao atendimento para o bebê e para esta puérpera, a para o hospital também a partir de uma ligação com o atendimento (Entrevista_Ind_CS1).

A gente faz apenas dos pacientes que estão com internação hospitalar. Nós encaminhamos para a unidade uma informação de que ele esteve aqui internado com a gente. Agora os pacientes que são atendidos rotineiramente e que não geraram internação hospitalar a gente não faz qualquer tipo de comunicação não (Entrevista_Ind_UPA2).

Há protocolos bem definidos que orientam o encaminhamento dos usuários na rede, como relatórios médicos, ligações telefônicas para passagem do caso, protocolos baseados na sistematização da assistência de enfermagem, para planejamento da alta hospitalar. Embora se constituam em dispositivos e tecnologias intra-hospitalares para promover a continuidade do

cuidado, ainda há desafios quanto a efetivação do processo de desospitalização, sobretudo em relação a ausência e/ou dificuldade de acesso às políticas públicas eficazes.

Neste contexto, a implantação de equipes de Atenção Domiciliar dentro do HRTN é um diferencial para o atendimento hospitalar e em rede. A organização da assistência domiciliar inicia-se na internação hospitalar, e é construída junto à equipe multidisciplinar no processo de cuidado e planejamento da alta do paciente. O cotidiano de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) no Risoleta representa a consolidação de um modelo de integralidade que envolve a rede de serviços de saúde da região norte de Belo Horizonte. A EMAD amplia a comunicação com a unidade básica de referência do paciente e estreita o vínculo com o cuidado/familiar/acompanhante que será parte do cuidado.

A gente conta com a equipe do EMAD de dentro do Risoleta para o acompanhamento do egresso dependendo da situação para cuidados especiais mesmo [...] **E aí tem toda uma transferência do cuidado para o centro de saúde. Então eles mandam o acompanhamento, todo o processo de cuidado para o centro de saúde.** E aí a equipe do centro de saúde acolhe, faz visitas, para ter uma continuidade do cuidado (Entrevista_Ind_CS2).

O EMAD para mim, esta questão de eu ter uma equipe de ligação, porque nós temos uma equipe dentro do Risoleta. **Esta equipe de ligação, a facilidade que eles têm até desta conversa com a unidade, com a família e com o paciente.** Mas o ponto mesmo é o EMAD e esta proximidade para o paciente, proximidade do território porque tem casos em que o paciente vai para o Celio de Castro, mas isso traz várias atribulações, a distância, isso faz muita diferença (Entrevista_Ind_CS1).

Como colocado por Beltrammi e Camargo (2017), um *novo normal* é preciso, ou seja, é urgente repensar o hospital como um espaço solidário que seja distensionado, e que estabeleça relações intra-hospitalares e para além dele com um foco comum, a prática do bom cuidado.

A dimensão organizacional do cuidado hospitalar deve ser compreendida em uma perspectiva mais ampla, incluindo os serviços assistenciais como um todo, tendo como eixo articulador a produção do trabalho coletivo, como: o trabalho em equipe, territorialidade, as atividades de gerenciamento, planejamento, e os princípios da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, coordenação do cuidado e solidariedade (CECÍLIO, 2011; MEEHAN *et al.*, 2019).

Os achados desta pesquisa evidenciam experiências com ferramentas da gestão clínica e arranjos organizacionais favoráveis à articulação com a rede de atenção à saúde do entorno do Hospital Risoleta Toletino Neves. Há uma preocupação do território para que esse paciente seja bem assistido, desde o acesso ao transporte até a garantia de insumos e medicações para a continuidade do tratamento pós alta. No entanto, a perspectiva dos serviços da rede de atenção

do entorno frente ao gerenciamento dos pacientes de alto risco, demonstram alguns desafios neste processo.

Agora eu acho que com relação aos pacientes que são mais rígidos falta uma melhor contra referência da alta complexidade. Não só do Risoleta, mas de outras instituições. Eu acho que a contra referência tem como melhorar, de ter um contato mais fortalecido com a equipe mesmo de que este paciente está saindo e do que é que seria interessante para o acompanhamento, isso eu não vejo tanto. [...] Por exemplo, às vezes é o próprio familiar que dá a notícia para a gente e aí a gente marca consulta e mantém a continuidade na unidade. (Entrevista_Ind_CS2).

Nos casos que exigem um cuidado maior, na verdade o paciente ele é encaminhado para a UPA e da UPA que é encaminhado para o Risoleta, ele não vai direto. **Então a transferência não é direta, mas é isso eu acho que falta um pouco mais de comunicação talvez esta comunicação seja melhor da UPA para o Risoleta, não sei, mas quando o paciente retorna para o território eu acho que falta um pouco de comunicação com a unidade**, isso poderia melhorar (Entrevista_Ind_CS1).

Eu acho que se tivesse, **seria bom se tivesse mais disponibilidade de acompanhamento em domicílio** (Entrevista_Ind_CS2).

Mesmo promovendo um cuidado pautado em tecnologias de gestão do cuidado que visam reduzir a fragmentação do cuidado e a descontinuidade da assistência, ainda há um distanciamento na comunicação e no compartilhamento de informações entre os profissionais e a família, para que a rede primária, secundária ou domiciliar realize o plano de cuidado conforme o programado em seu planejamento de alta hospitalar (CECÍLIO, 2011; MEEHAN *et al.*, 2019).

Evidencia-se a necessidade constitutiva de uma rede articulada e integrada, como definido pela dimensão da integralidade. A alta segura é desenhada considerando os serviços de saúde disponíveis para assegurar a trajetória do usuário nesta rede, de acordo com as suas necessidades e ao longo da sua vida (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Eu acho que existe um distanciamento da rede da atenção primária com a atenção terciária. O EMAD ele está inserido dentro da instituição, ele é um veículo de comunicação, porém eu acho que se a gente conseguisse criar uma ponte entre a rede de atenção à saúde e as instituições hospitalares (Entrevista_Ind_E09).

A gente não consegue este acompanhamento com especialista pós alta e este paciente muitas vezes acaba se internando sempre pelo mesmo motivo. Então acho que isso infelizmente é um problema que a gente tem (OF1_Med_01).

O hospital tenta se constituir enquanto observatório da rede, ou seja, a partir da demanda apresentada pelo usuário e das lacunas da rede, o hospital busca se organizar para articular estas necessidades, como forma de assegurar a continuidade do cuidado para dentro e para fora do hospital.

E ao longo dos anos o Risoleta foi criando alternativas para devolver este paciente para a rede de uma maneira responsável, **mas assumindo muito mais do que o papel dele**. As vezes a gente fornece a medicação para ele ir embora. As vezes a gente fornece curativo para este paciente levar, porque a unidade a qual ele é vinculado não tem nenhum tipo de material. E então eu acho que a gente evolui nisso a cada dia, porque eu acho que é um processo muito difícil (Entrevista_Ind_E08).

Eu vejo muita dificuldade na rede de saúde, no processo de continuidade, e as vezes eu acho que com isso os hospitais vão ficando numa posição também de linha de conforto. Se testar mais e dizer, olha, já que eles não resolver, nós vamos resolver do nosso jeito, e aí eu vou criar o ambulatório (Entrevista_Ind_E06).

Essa dificuldade se acentua em contextos hospitalares inseridos em regiões de saúde com alta vulnerabilidade social e com barreiras de acesso. Um estudo realizado nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, destacam os impactos da escassez de assistência hospitalar, em áreas cuja distribuição de leitos por habitante se aproxima de zero (ROCHA *et al.*, 2017). Nesses cenários, a reavaliação contínua e o refinamento do plano de cuidados, muitas vezes é feito de forma desordenada, desarticulada dos demais serviços e não atendendo as demandas da população.

Associado a este desafio, tem-se a continuidade do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, condição cada vez mais comum na população em virtude das transições demográfica e epidemiológica, bem como seu manejo, acesso e qualidade assistencial (BOUSQUAT; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017). Este cenário exige uma abordagem em saúde robusta, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário, tornando-se urgente a necessidade de implementar políticas públicas que contemplem um modelo assistencial capaz de orientar o cuidado ao paciente crônico, observando a sua especificidade e singularidade.

Os modelos de gerenciamento da cronicidade das doenças pressupõem uma nova perspectiva para o cuidado, com abordagens que elaborem um plano terapêutico de fato integral e ativo, na qual as condutas ou práticas terapêuticas, já sejam inseridas no tratamento do paciente ainda no período de internação, como forma de acelerar de forma segura o processo de recuperação, prevendo e gerenciando os riscos de um possível período de fragilidade pós-alta (SOUSA, 2017).

A construção da alta hospitalar visando a continuidade do cuidado ao paciente crônico, deve ser compreendida como processos de responsabilidade também no âmbito hospitalar. Ao pensarmos no paciente crônico e sua inserção na rede, ele passa a ser e estar presente em todas as portas de entrada, sendo todos os equipamentos corresponsáveis, capazes de iniciar as ações integradas para esse sujeito, e também observatório da rede de atenção a esses pacientes. Como forma de ampliar sua efetividade, o processo da alta hospitalar, quando iniciado sua construção

a partir do momento da admissão, permite orientar para a construção do plano terapêutico, bem como para a vigilância do tempo de permanência desse paciente na instituição.

O HRTN instituiu o ambulatório de egressos, seu acesso é realizado por meio do pedido de retorno médico. O ambulatório configura-se um dispositivo para a continuação do vínculo, com capacidade resolutiva, assegurando ao paciente egresso a disponibilidade de exames e serviços fundamentais, em tempo oportuno. Ademais, tal dispositivo pode contribuir para redução do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e assegurar continuidade do cuidado em busca do princípio da integralidade. No entanto, essa atuação tem que ser feita em tempo limite para que não haja a transferência do papel dos outros pontos da rede no cuidado.

Quando é o paciente fragilizado sempre tem um cuidado maior, mas o paciente crônico que acaba chegando a este nível de atenção, quando ele retorna para casa às vezes eu acho que falta um cuidado maior deste retorno para que a gente consiga acolher bem também. Eu acho que precisaria fortalecer e eu estou falando da minha parte também, enquanto centro de saúde, a gente também precisa se fortalecer em relação a isso. **Mas eu acho que precisa melhorar a comunicação neste ponto para aumentar a sua responsabilização** (Entrevista_Ind_CS2).

Eu até fico chateada pela questão dos pacientes da vascular por exemplo e eu como endócrino mais chateada ainda, porque a gente vê que são pacientes muito descompensados por exemplo do ponto de vista do diabetes. Eles vêm quando são diabéticos, amputam um pedaço do pé e a gente referência para o centro de saúde para as orientações e etc., **mas este paciente por N motivos ele não consegue manter este cuidado e aí ele volta novamente descompensado ou amputa mais um pouco** (OF1_Med_01).

A gente tem uma fila muito extensa, principalmente da pneumologia e está mais ligada aos pós Covid, mas a gente consegue. Assim a gravidade do caso, a particularidade do caso é sempre levada em consideração para conseguir que isso seja mais rápido. Mas tem a assistência da unidade básica, a equipe está sempre assistindo, cuidando, realizando visitas nos casos mais necessários (Entrevista_Ind_CS1).

Com vistas a ampliar as possibilidades cuidado aos pacientes com doenças crônicas, alguns países têm investido em tecnologias de telemonitoramento, para o controle de sinais e sintomas, além de outros componentes da saúde, como forma precoce de avaliar a piora clínica e ajudar os pacientes a controlar melhor seus sintomas crônicos, incentivando comportamentos positivos de saúde. Apesar dos avanços na estruturação da rede de atenção à saúde, a articulação e comunicação entre os serviços de saúde ainda são insuficientes, refletindo, em alguns contextos, em transferências de cuidado sem a devida responsabilização e vínculo com os usuários.

Outro instrumento para a transição do cuidado, desenvolvido em Colorado, Estados Unidos, é o Care Transition Measure (CTM), elaborado com o intuito de entender a experiência

dos usuários na transição do cuidado. O instrumento busca considerar os itens de preferências para o gerenciamento do cuidado, o Plano de cuidados, e o entendimento crítico do processo de desospitalização. Assim, o CTM é utilizado, muitas vezes, como indicador de intervenções na transição de cuidado em serviços de saúde, analisando a preparação para alta hospitalar, o plano de cuidado, o acompanhamento domiciliar, podendo ser também por telemetria, no pós-alta (ARBAJE *et al.*, 2010; HUNG *et al.*, 2013).

A continuidade do cuidado é uma experiência importante tanto para o usuário e seu cuidador e/ou familiar, quanto para o profissional da saúde que fará a continuidade desse cuidado. O profissional de saúde, nesse caso o Agente Comunitário de Saúde, em seu processo de trabalho cotidiano conta com a construção de relação do *socius* e da realidade apresentada. Em um movimento contínuo, é possível verificar a liberdade do trabalho vivo em que o agente de saúde vai promovendo o cuidado na medida em que as necessidades dos sujeitos são colocadas a ele, incluindo cooperação, solidariedade e cuidado com a vida.

O próprio paciente com o relatório de alta, ele procura a unidade básica para a gente fazer o agendamento ou também pelo ACS, porque como o ACS também está muito atento as questões do território ele detecta isso muito rápido e aí já passa para a equipe os cuidados que necessitam (Entrevista_Ind_CS1).

A presença do Risoleta aqui perto, para deslocamento. Nós temos um território aqui de muita carência, um território muito vulnerável, muito vulnerável do ponto de vista social mesmo. **Então tendo um equipamento hospitalar próximo aqui facilita muito para este deslocamento e até para este acesso deste usuário** (Entrevista_Ind_CS2).

Não apenas os desafios da rede e dos processos vinculados a desospitalização devem ser considerados, mas a continuidade do cuidado requer também o apoio efetivo da família e da rede de proteção social, e se não efetivada pode resultar em danos para a segurança desse paciente. Uma vez que a estrutura familiar é sempre um ponto a ser analisado, em casos de vulnerabilidade social, é imperativo o alinhamento da equipe multidisciplinar intra-hospitalar com a oferta de equipamentos e serviços para proteção social desse paciente. O direcionamento para rede, que engloba as dimensões sociais são encaminhamentos feitos exclusivamente pelo serviço social ou psicologia.

O serviço social trabalha muito centrado nas necessidades do usuário. Buscando muito minimizar a fragilidade da rede, tendo um papel mediador entre paciente, cuidador e rede de saúde (Entrevista_Ind_E05).

Às vezes até aqui dentro mesmo, quando isso não é possível eles são encaminhados para unidade de cuidados, CREAB com sede em Belo Horizonte, ou no município até para a secretaria de saúde mesmo para ter uma continuidade do cuidado, ou domiciliar se for o caso ou uma possível reabilitação. E com o atendimento multidisciplinar que lá na unidade é muito forte (OF1_Fisio_01).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A APS do SUS, em especial a ESF, com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial tem apresentado ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009), e papel decisivo na rede assistencial de cuidados e para a continuidade do cuidado.

Entretanto, observa-se que isso precisa ser aprofundado e amadurecido, necessitando ainda reestruturar os arranjos organizativos e o modelo assistencial que sustenta a política pública de saúde no Brasil, para resgatar o caráter assistencial da APS enquanto uma abordagem territorial e comunitária. O que vem sendo produzido, na prática, em vários municípios e realidades se aproxima de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Para que haja de fato a continuidade do cuidado na rede, ainda é preciso a disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade. Os recursos incluem tanto o financiamento orçamentário para as demandas crescentes do sistema, incrementadas pelos desafios demográficos e a dificuldade de acesso aos serviços pela população, quanto fluxos facilitados para os todos os pontos da rede, principalmente os de média complexidade. Infere-se que uma das dificuldades esteja na regulação da assistência e no investimento desigual entre entes federados para as políticas de saúde.

Nem sempre a gente consegue resolver o problema de saúde do paciente na internação. E aí fica a cargo do território. **A gente ter um suporte melhor em Belo Horizonte que também tem as suas fragilidades. Quando de outros municípios dificulta muito para a gente** (Entrevista_Ind_E05).

Os centros de reabilitação da rede, Belo Horizonte e tudo o mais, eles têm uma capacidade que eu diria até funcional. **Mas eu acho que a gente não faz a interseção adequada. Esta história que eu encaminho para o posto de saúde e o posto de saúde direciona, eu perco uma linha de cuidado** (Entrevista_Ind_E07).

A gente sabe que a gente não está tratando a causa base, por exemplo, os pacientes da cirurgia vascular que a gente sabe que é o diabetes descompensado e que a gente sabe que é uma realidade que infelizmente alguns médicos do centro de saúde eles não se sentem aptos realmente a conseguir manejar de maneira adequada. Às vezes este paciente precisa de um especialista (OF1_Nut_01).

Um dos importantes desafios trazido pelos participantes, consiste em conciliar a demanda, que se apresenta maior que a capacidade de atendimento dos serviços de saúde, embora reconheçam que a presença conjunta do EMAD tem sido o principal facilitador para o manejo desse paciente e as definições das melhores práticas.

Outro desafio para continuidade do cuidado em rede vai ao encontro da definição exposta na Portaria nº 2.979, na qual se revogou os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e criou um novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo programa “Previne Brasil” (BRASIL, 2019).

Além das mudanças do modelo de financiamento que impactaram diretamente a disponibilidade de recursos e a oferta de serviços da rede de atenção, o estabelecimento de políticas públicas que garantam a continuidade e o gerenciamento de doenças crônicas neste contexto, tornou-se cada vez mais complexo. Desta forma, o componente multiprofissional vem sendo enfraquecido também pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes.

Outra dificuldade mencionada é a falta de um sistema de prontuário eletrônico unificado, mesmo tendo algumas estratégias para melhorar a comunicação e integração entre o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) desde a criação do SUS. A integração entre sistemas no SUS permitiu um maior avanço a partir da implantação da Estratégia e-SUS AB, e em Belo Horizonte a proposta Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação (SIGRAH) - sistema unificado de prontuário eletrônico para Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) ainda não plenamente implementada corresponde a uma dificuldade para o desenvolvimento da agenda de política de informação e informática do SUS (COELHO NETO; ANDREAZZA; CHIORO, 2021).

Com a pandemia isso dificultou um pouco, porque hoje a gente não tem mais **tanto tempo hábil para um efetivo cuidado. Então está uma montanha russa mesmo o centro de saúde, tem dia que está mais tranquilo, tem dia que está um fluxo muito intenso.** Então às vezes a equipe se programa para a visita, ela já sabe quais os pacientes que são de egressos e que se programam para estas visitas, **mas às vezes não dá tempo** (Entrevista_Ind_CS2).

A dificuldade maior é que nem todas as unidades utilizam o mesmo sistema de informação. Então fica difícil para a gente saber o que acontece com o usuário por exemplo, lá na atenção primária. O que ele está fazendo de acompanhamento com especialista. **Se a gente não tem um sistema de informação único...** Está sendo falado agora o Sistema de informação unificado no SUS que é tipo o MV que a gente utiliza atualmente também na atenção primária e isso vai facilitar e muito o cuidado (Entrevista_Ind_UPA1).

A falta de um prontuário eletrônico unificado impacta porque pode interferir na conduta uma vez que a gente não conhece o histórico clínico todo do paciente e isso é importante (Entrevista_Ind_UPA1).

Neste sentido, Magalhães Júnior (2014) reconhecem que, além da insuficiência de bases normativas para a efetivação da coordenação e troca de informação entre os níveis assistenciais, também existe insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre

profissionais dos diferentes pontos de acesso para que se efetivem lógicas de coordenação e continuidade do cuidado. Mesmo em um contexto fragmentado entre as dimensões micro e macro da saúde, observa-se o atravessamento de políticas e práticas assistenciais segmentadas e com pouca comunicação no contexto sociocultural de indivíduos e coletividades.

A categoria “o Hospital e as des (articulação) com a rede” apresenta a coexistência de dois modos de articulação e continuidade do cuidado dos usuários pela rede. Uma forma racional de produzir essa relação são as iniciativas institucionalizadas ou politicamente instituídas a favor dessa articulação, como o sistema unificado de informação, implementação das Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, Centros de Reabilitação (CREAB), e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde. A outra forma são as relações intersubjetivas, definidas como estratégias que fogem à burocracia inerente à transferência do cuidado necessárias ao estabelecimento da rede, mas ainda insuficientes, e entre elas destacam-se: matriciamento, relatórios médicos, ligações telefônicas para passagem do caso, protocolos baseados na sistematização da assistência de enfermagem, para planejamento da alta hospitalar.

Assim, vou tecendo reflexões, e inquietações, ao retornar a um dos objetivos específicos desta pesquisa sobre os “acessos” e “barreiras” da produção do cuidado, particularmente, da continuidade e integralidade do cuidado na rede de atenção. Ao longo do caminho, meu olhar já visualizava, indícios de ruptura da continuidade quando o paciente sai do hospital. Mais que as barreiras encontradas, os hospitais ainda se mantem como uma “bolha” e muitas vezes como “soberano” entre os demais serviços da saúde. Essa lógica ainda fragmentada e hierarquizada, confirma as dificuldades da coordenação do cuidado, apesar dos mecanismos/dispositivos criados e desenvolvidos para criar essa passagem, configurando um olhar periférico e marginal, para romper certas “estratégias normativas” que acabam interditando ou limitando as possibilidades de continuidade e integralidade da atenção.

O hospital ocupa na engrenagem da rede de serviços de saúde um papel importante, e é parte do processo de produção da integralidade. Entretanto, mesmo que haja um movimento que impulse o funcionamento bem definido, com fluxos, protocolos e regras que orientam o processo de desospitalização, será preciso que tanto os profissionais quanto os pacientes se organizem conforme as múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS, (re) criando rotas assistenciais que são desenhadas por eles, para a condução do cuidado integral.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega o momento em que é preciso encerrar a caminhada e tecer considerações sobre o percurso vivido desde o início dessa tese. Apresento aqui alguns caminhos experimentados para a compreensão da produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia do cuidado integral, que expressam não só o olhar externo de pesquisadora, mas também de um sujeito que participou e provocou movimentos e interferências.

Tendo como diretriz norteadora na condução dessa tese, a integralidade do cuidado, retoma-se esse princípio como norteador do Sistema Único de Saúde também no cotidiano hospitalar, entendendo que a coordenação do cuidado e integração da rede de serviços são requisitos para compor uma efetiva linha de cuidados.

Promover a integralidade e produzir um cuidado contínuo em rede requer produzir ações de saúde que atuem com foco na centralidade do usuário neste processo, reconhecendo o paciente em suas múltiplas relações, e que de fato isso se manifeste como uma praxis no cotidiano dos serviços. Neste âmbito é preciso que a prática clínica seja reinventada, e os projetos terapêuticos sejam construídos em conjunto e numa perspectiva interdisciplinar. Para isso, pode-se lançar mão de dispositivos orientados e indutores da integralidade em saúde.

É importante que cada hospital incorpore, em seu cotidiano, dispositivos de gestão do cuidado, para que esse processo alcance capilaridade, de forma que o cuidado integral emergja na prática, transformando a clínica tradicional à ampliada, construindo planos terapêuticos compartilhados com os diversos saberes multiprofissionais, numa lógica interdisciplinar para promover a superação da superespecialização e da desarticulação dos modos de fazer em saúde.

Os resultados encontrados demonstraram avanços no processo de construção de novo modelo assistencial e práticas dentro do hospital com a invenção e implementação de alguns dispositivos de gestão do cuidado. Com isso, pode-se afirmar que o cuidado integral é uma prática possível, mas depende do modo como o hospital recorre aos conhecimentos, construindo novos modelos de atenção à saúde e novos modos de pensar e fazer a gestão, para além de sua dimensão centralizadora e racionalizadora hoje hegemônicas.

Os achados desta tese permitem afirmar que os dispositivos utilizados no Hospital Risoleta tem contribuído para a construção de novas práticas de gestão e cuidado e para a reestruturação do trabalho, como: o projeto Lean nas Emergências com suas ferramentas (Fast Track, Kanban e Huddles); o Núcleo Interno de Regulação (NIR); a atuação dos médicos hospitalistas, comanejadores e coordenadores de plantão; a atuação da equipe de atenção domiciliar dentro do hospital discutindo os casos para a desospitalização; e os dispositivos para

a gestão interdisciplinar como as corridas de leito multidisciplinares, discussões de casos, construção compartilhada dos projetos terapêuticos, preparação dos cuidadores familiares e os encaminhamentos responsáveis para a rede de BH e municípios vizinhos.

Esses dispositivos articulados com a atuação dos profissionais são potentes para produzir um cuidado integral, sendo possível um cuidado centrado no paciente quando a comunicação entre o enfermeiro e a equipe multiprofissional ocorre de forma efetiva, contribuindo para a interdisciplinaridade. Além disso, a interação entre o profissional e o usuário é o principal elemento para a continuidade do cuidado, e a incorporação dos dispositivos encontrados permitem a compreensão das ações para o cuidado, a comunicação e interação entre os profissionais e o trabalho em equipe, favorecendo o processo de continuidade do cuidado, provendo autonomia para o planejamento da alta desde o ingresso do paciente.

Contudo, encontrou-se também que há necessidade de discussão sobre o sentido do cuidar e quem é esse usuário que necessita de atenção dentro do hospital. É necessário investir no aprimoramento desses dispositivos, apostando em processos de educação permanente no e para o trabalho, como forma de desenvolver os trabalhadores e gestores preparando-os para todo o tipo de situações mais complexas como a como a mediação de condições mais sensíveis envolvendo a transição de cuidados, bem como no manejo do cuidado e continuidade da atenção a pacientes complexos.

Constatou-se que há dificuldades dos profissionais em compreender a atuação dos colegas em uma perspectiva mais micropolítica movida e mediada por tensões, expectativas e forças, entre as lideranças e as próprias expectativas que estas colocam em cooperar com o projeto institucional. Um exemplo, é a participação ainda incipiente de determinados profissionais na coordenação e construção dos projetos terapêuticos, sugerindo a falta de protagonismos, ou a falta de incentivos à participação mais compartilhada

Quanto à continuidade do cuidado na rede de atenção, ainda se observam desafios, como o manejo do cuidado ao paciente crônico, a transferência de cuidados de casos mais complexos, principalmente os pacientes com doenças pulmonares, pneumonias e insuficiência cardíaca. Além das reinternações e fragilidades no cuidado dos pacientes pós alta, identificou-se a dificuldade de financiamento, organização da oferta e regulação dos serviços da rede, a fragilidade na comunicação resolutiva entre os equipamentos da rede, e ainda a desarticulação da rede de serviços, devido à ausência da contrarreferência, impactando na continuidade do cuidado.

Neste contexto, Belo Horizonte vem avançando com a implementação do SIGRAH, como alternativa para transferência de informações entre o hospital e os demais serviços e a

continuidade da assistência, articulada à regulação do acesso. Essa ferramenta pode proporcionar a implementação do prontuário eletrônico único do cidadão em todos os pontos da rede.

Outros avanços encontrados foram as equipes multidisciplinares de atenção domiciliar, que produzem um novo modo de cuidar, contrário ao modo hegemônico. A proposta de desinstitucionalização do paciente via atenção domiciliar traz uma aposta para que as conexões e encontros da rede de atenção se façam presentes.

Contudo, ainda é evidente a importância de as instituições hospitalares designarem um profissional para coordenar o processo de alta hospitalar do paciente, promovendo *advocacy* para o paciente, no sentido de coordenar a transição do cuidado com os diferentes serviços e níveis de atenção para que o sistema de saúde funcione em rede. Outra contribuição relevante seria a implementação de um fórum permanente para a discussão do cuidado em rede, buscando que profissionais e gestores se coloquem como parte integrante da rede, sendo responsáveis por provocar e estimular a articulação e integração entre os serviços.

Além disso, recomenda-se o investimento em indicadores de gestão capazes de acompanhar o impacto do cuidado integral e contínuo na rede, como o estudo da readmissão, das internações por condições sensíveis à atenção primária, e a experiência do paciente em relação a qualidade da assistência e a continuidade dos cuidados. E a Educação Permanente dos trabalhadores do SUS para o fomento de habilidades e competências para essa função de interligação entre os níveis assistenciais.

Ademais, para que o hospital atue enquanto estação cuidadora articulado com os diferentes e diversos serviços de saúde da rede, tendo como objetivo a busca pela continuidade do cuidado aos usuários, os trabalhadores e a direção devem estar sintonizados aos princípios que sustentem o modelo de atenção usuário centrado e integral, e orientados para que, na prática, haja essa integração e articulação. Caso contrário, não haverá a superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico, tampouco a transformação nas práticas cotidianas do hospital.

Esta tese demonstrou que ainda há muito a ser investigado quanto à produção e continuidade do cuidado e à articulação em rede. Os resultados do estudo servem também como um convite para outras pesquisas: Quais as inovações nos dispositivos para o monitoramento de pacientes crônicos? Tem existido um processo efetivo de regulação sobre os prestadores ambulatoriais e hospitalares para garantir de um atendimento integral? Como as políticas públicas para atenção especializada tem contribuído para a produção do cuidado integral? A atenção primária tem sido efetivamente a ordenadora e gestora do cuidado no território, articulando-se inclusive com os hospitais para processos de garantia da continuidade do cuidado

pós-alta? Como superar o subfinanciamento e promover políticas de saúde integral? E por fim, como superar o modelo de gestão hospitalar hegemônico, enraizado em modos que não valorizam a gestão compartilhada e democrática junto aos trabalhadores visando um novo modelo e práticas efetivamente cogestoras mais compartilhadas?

Estes são alguns questionamentos para futuras pesquisas, que assim como esta, poderão contribuir para a reestruturação dos hospitais, dos seus papéis dentro da rede, bem como para produção de conhecimento a favor da reestruturação dos processos de trabalho e melhoria das práticas assistenciais. Finalizo a tese, com um agradecimento coletivo, por todos os encontros e conexões vivenciados, conexões essas que forjaram enlaces potentes a favor de um Sistema Único de Saúde real e possível.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em Saúde e Micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/nV9LbfrSj7vnMfpZgG6mKfG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

AGAMBEN, G. “O que é um dispositivo?” Trad.: Nilceia Valdati. **Outra travessia**, [s. l.], n. 5, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Texto preparatório para o Abrascão 2019: Coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, [s. l.], 2018. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Almeida-Medina-Fausto-Giovanella-et-al%20Coordenacaodocuidado2019-1.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **Am J Public Health**, [s. l.], v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19008516/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

ARBAJE, A. I. *et al.* The geriatric floating interdisciplinary transition team. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, n. 2, p. 364-270, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20370860/>. Acesso em: 13 set. 2020.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc**, [s. l.], v. 2013, n. 3, p. 16-29; 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BARATA, R. B. *et al.* Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 4, n. 47, p. 647-655, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7VmBQBcpYV7Py9dQ48gZk5b/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2021.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. A. Mudanças nos padrões de morbimortalidade. *In*: MONTEIRO C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, abr./jun. 2021.

BELTRAMMI, D. G. M.; CAMARGO, V. M. **Práticas e saberes no hospital contemporâneo**: o novo normal. São Paulo: Hucitec, 2017.

BELTRAMMI, D. G. M.; REIS, A. A. C. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 94-103. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/94-103/>. Acesso em: 4 jul. 2021.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Interventions to solve overcrowding in hospital emergencyservices: a systematic review. **Rev Public Health**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19578565/>. Acesso em: 10 set. 2021.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFyqtqkwtS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 122, 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Duas Faces da Mesma Moeda**: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. (Normas e Manuais Técnicos, Regulação e Saúde 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 252, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 220, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 250, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 5 nov. 2021.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, jan. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WC7GKD4py6Cq7cLdRvDZx3H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma da Reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: CAMPOS, G. W. S. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 53-60.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. P. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwzQ865pBS/>. Acesso em: 12 out. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; RATES, S. M. M. Segredos e Impasses na Gestão de um Hospital Público. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 279-283; 2008. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/504>. Acesso em: 12 out. 2020.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CARVALHO, S. M.; SANTOS, N. L. P.; MATIAS, P. S. A (método-)lógica e a experiência na pesquisa interferência no campo da saúde. In: MERHY, E. E *et al* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 158-162.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: Um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: Editora ENSP, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, [s. l.], v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p. 113-26.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COELHO NETO, G. C.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. **Rev Saude Publica**, v. 55, n. 93, 2021.

COSTA, M. A. *et al.* Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo linhas de cuidado. *In*: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (org.) **Desafios e inovação na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 549-570.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed: Bookman, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora34, 1995.

DESLANDES; S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VnySD7xrN57bZFmssX3R5wj/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 965-971, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GTVTDR4xXB4nMJsmYJYRfYR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Home care's contribution to alternative health care networks: deinstitutionalization and transformation of practices. **Rev Panam Salud Pública**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 180-190, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; KALIL, E. E.; BAUDY, R. J. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede Unida. **Divulg Saúde Debate**, [s. l.], v. 22, p. 49-62, 2000.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. Aula de 7 de janeiro de 1976. *In*: FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Tradução: Galvão MEAP. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 1-19.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: MACHADO, R. (org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984a. p. 79-98.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: MACHADO, R. (org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984b. p. 99-111.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1995. p. 56-87.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996. (Organização de Roberto Machado).

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-762, jul-set 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. e Saúde Colet.**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0003-1430-6951gio>. Acesso em: 16 abr. 2021.

GOMES, M. C. P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JVZTQDsmnZynwvGvQr8VCSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2020.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO**: Um estado da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GOMES, O. C. **História da medicina no Brasil no século XVI**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de História da Medicina, 1974.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. *In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

HAGGERTY, J. L. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. **BMJ**, [s. l.], v. 345, 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e5915>. Acesso em: 16 jul. 2021.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

HRTN. Início. **HRTN**, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/>. Acesso em: 4 jun. 2021.

HUNG, W. W. *et al.* Evaluation of the mobile acute care of the elderly (MACE) service. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 11, p. 990-999, 2013.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 2002. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/281497>. Acesso em: 10 out. 2021.

JORGE, A. O. *et al.* Entendendo os Desafios para a Implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: Uma Análise Crítica. **Revista Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n.52, p. 125-145, 2014.

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno.** Tradução de Alcides João de Barros. São Paulo: Editora Ática, 1991.

LIANG L. L.; TUSSING A. D. The cyclicalities of government health expenditure and its effects on population health. **Health policy**, [s. l.], v. 123, n. 11, p. 1021-1134, 2018.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. S, CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 39, n. 104, p. 65-75, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jq9pktPZk5xQ8vfrvP6F5Jr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

LOPES, M. L. S. *et al.* Sim: é possível fazer conexões entre as equipes de atenção básica e domiciliar. *In: MERHY, E. E et al (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Políticas e Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 210-214.

LUCENA A. F. *et al.* Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. *In: CANESQUI, A. M (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico.* São Paulo: Hucitec 2000. p. 181-200.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, [s. l.], v. 7, p. 109-128, 1995.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brasil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **Journal of Medicine**, [s. l.], v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. Saúde Debate**, [s. l.], v. 52, p. 15-37, out. 2014.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciências & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mmgByPns79gxBYyNVRZYLtk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2021.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2020.

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ChkVtthQcgsNKwdVXPzCGXq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2020.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/rNrN8QYGBq65CLXrnQvcSPD/?lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2020.

MEEHAN, E. *et al.* Comprehensive care programmes for children with medical complexity. **Cochrane Database Syst Rev**, [s. l.], v. 5, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jq9pktPZk5xQ8vfrvP6F5Jr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 17, n.4, p. 758-64, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saude Publica**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 1620-25, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jjYrqX6JTYN8cDWFdNXKtYC/?lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2021.

MERHY, E. 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 Saude Debate**, [s. l.], v. 52, p. 153-64, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redets_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_ua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_do_conhecimento_em_saude. Acesso em: 16 nov. 2022.

MERHY, E. E. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias de bem comum. **Revista Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 44-54, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4HfSzHdLttQczZfLJpDvx9m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2021.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 305-314, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

MERHY, E. E. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B. *et al.* **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45.

MERHY, E. E. **Saúde**: Cartografias do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saude em Debate**, [s. l.], v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676222/v27-n64-maioago-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-110-122.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, E. E *et al* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. *et al.* (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In:* MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 125-142.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social. *In:* MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do Pensamento**: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-108.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. (org.) **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa interferência desde Heisenberg. **Diversitates International Journal**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 54-61, 2015. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93/71>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. O Usuário Cidadão Como Guia. Como Pode a Onda Elevar-se Acima da Montanha. *In:* MERHY, E. E *et al* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 43-53.

MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, E. **O método 4**: as ideias. Porto Alegre: Sulina, 1998.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. *In:* PENA-VEGA A.; NASCIMENTO, E. P. (org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamo, 1999.

OMS. **Global Forum for Health Research**: The 10/90 Report on Health Research. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 11 nov. 2021.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In:* PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS, 2007. p. 161-177.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. Productive restructuring in the area of health and obstetric nursing. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 23, n. 4, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PdZwR7RF9j5GbyHynvgtjNG/?lang=en>. Acesso em: 4 jul. 2021.

- REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis**, [s. l.], v. 28, p. 280-316; 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6mk4Hsqvwf9kKcdfKFKMv6y/abstract/?lang=pt#:~:text=Percebeu%2Dse%20um%20estigma%20associado,apropriaram%20do%20SUS%20como%20di-reito..> Acesso em: 10 ago. 2021.
- REIS, A. A. C. dos *et al.* Atenção hospitalar no SUS. In: SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. de M. (org.). **Gestão hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021.
- REIS, A. A. C.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772011.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ROCHA, T. A. H. *et al.* Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil. **Int J Equity Health**, [s. l.], v. 16, n. 1, 2017.
- RODRIGUES, A. T. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?**. 2013. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/750M.PDF>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- SAMPAIO, J. *et al.* Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta. In: MERHY, E. E *et al* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 228-233.
- SANTOS-PINTO, C. D. B.; MIRANDA, E. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. "Kit-covid" and the Popular Pharmacy Program in Brazil. **Cad Saude Publica**, [s. l.], v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624699/>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.
- SINGH, J. Critical appraisal skills programme. **Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics**, [s. L.], v. 4, n. 1, p. 76-77, 2013.
- SLOMP JÚNIOR, H.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.
- SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- SOUSA, S. M. *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 70, n.3, p. 504-10, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/SxRVC7KHLpjH4b5ygnsSV9f/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2020.

SOUZA, P. F.; FURLAN, R. A questão do sujeito em Foucault. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 325-335, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/4kkKdt5mwfDcGJXtjZZ4jRF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2022.

VECINA NETO, G.; MALIK A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, p. 825–839, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xC8dssym88RmTyNMJ6nZBrP/#:~:text=Resumo%20do%20cen%C3%A1rio%20e%20principais,em%20equipamentos%20quanto%20em%20processos..>
Acesso em: 16 jul. 2021.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciênc. Saúde coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1751-1762; 2019.

VIANA, A. L. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/>. Acesso em: 10 set. 2021.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Blackwell Publishing Ltd, J Adv Nurs**, [s. l.], v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 10 set. 2021.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA OFICINA

Participantes: (Incluir nomes e locais de trabalho de cada um e solicitar assinatura do TCLE)

Linhas de cuidado/locais de trabalho:

Data: ___/___/___

PERGUNTAS DISPARADORAS DA DISCUSSÃO NA OFICINA

1. Da sua percepção como se dá o trabalho interdisciplinar e produção do cuidado nas Linhas de Cuidado do hospital?
2. Quais as principais facilidades e acertos que tem conseguido conquistar?
3. Quais as principais dificuldades e o que precisa ser aprimorado?
4. Em relação à alta responsável e à construção da continuidade do cuidado após o processo de alta, quais as principais dificuldades?
5. O que mais poderia ser feito para que o usuário tivesse o cuidado adequado e continuado depois de sua alta?
6. Como é a relação do hospital com a rede de atenção à saúde para a garantia da articulação e continuidade do cuidado?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES E
COORDENADORES DO HOSPITAL E DA REDE SUS BH**

Identificação

Participante:

Cargo e função:

Formação:

Tempo de atuação no cargo:

Data: ___/___/___

PERGUNTAS DISPARADORAS

1. Da sua percepção como se dá o trabalho interdisciplinar e produção do cuidado neste serviço de saúde?
2. Quais as principais facilidades e acertos que tem conseguido conquistar?
3. Quais as principais dificuldades e o que precisa ser aprimorado?
4. Em relação à alta responsável e à construção da continuidade do cuidado após o processo de alta, quais as principais dificuldades?
5. O que mais poderia ser feito para que o usuário tivesse o cuidado adequado e continuado depois de sua alta?
6. Como é a relação deste serviço com a rede de atenção à saúde para a garantia da articulação e continuidade do cuidado?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O HOSPITAL ENQUANTO ESTAÇÃO CUIDADORA E OBSERVATÓRIO DA REDE:
análise de dispositivos para a integralidade e continuidade do
cuidado em saúde

Pesquisador: ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19600719.0.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.613.338

Apresentação do Projeto:

Este projeto se propõe a realizar um acompanhamento do Hospital Risoleta Tolentino Neves – HRTN e do Hospital das Clínicas, ambos hospitais públicos sob gestão da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, buscando trazer à tona as especificidades e complexidade destas instituições, considerando as conexões que estas realizam com outros serviços e a intensa produção de conhecimentos envolvida nos processos e dispositivos que possibilitam essas articulações.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 Objetivo Geral

Investigar a instituição hospitalar enquanto uma estação cuidadora e observatório da rede de cuidados em saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os dispositivos que contribuem para garantir a integralidade do cuidado dentro do hospital;
- Analisar o processo e dispositivos que possibilitam a articulação e integração do hospital à rede de serviços para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;
- Identificar e acompanhar alguns usuários-guia na sua trajetória pela rede de serviços a partir do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.613.338

hospital e avaliar os aspectos referentes à integralidade e continuidade do cuidado;

- Identificar a potência e autonomia do usuário para traçar seus próprios caminhos e redes existenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder às entrevistas e participação nos grupos focais. Caso não se sinta confortável o participante deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da entrevista ou grupo focal. Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.

Benefícios:

Os possíveis benefícios referem-se a proposta desse projeto tornar possível o aprimoramento dos modelos de atenção e gestão nos hospitais estudados. Considera também, que os métodos empregados no projeto possam demonstrar possibilidades concretas da atuação dos hospitais enquanto observatório e estação cuidadora da rede de serviços do SUS. Além da geração de cenários que propiciem o diálogo e reflexões sobre as práticas profissionais podendo contribuir para a formação e educação permanente dos trabalhadores e gestores. Os benefícios da pesquisa possibilitarão a produção do conhecimento sobre a gestão hospitalar e o trabalho da saúde em rede e sua influência na definição de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde, ancorado na análise de discurso crítica (ADC) de Fairclough. Tendo em vista a opção metodológica considerada para este estudo, o percurso metodológico a ser seguido está estruturado em 5 fases:

Fase 1:

O Hospital para Dentro - Identificação dos dispositivos intra-hospitalares que contribuem para a integralidade, qualidade assistencial e articulação em rede.

Nesta fase serão realizadas entrevistas individuais ou grupos focais com gestores e trabalhadores dos hospitais investigados para a identificação dos dispositivos adotados pela instituição para a garantia da integralidade e qualidade assistencial, além de análise documental e de indicadores hospitalares.

Fase 2 –

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.613.338

O Hospital para Fora - Identificação dos dispositivos que contribuem para a garantia da integralidade, continuidade do cuidado e articulação em rede. Serão realizados encontros e entrevistas em profundidade com gestores e profissionais dos hospitais sob investigação e também de outros serviços da rede com os quais estes demandam ou geram articulação. Poderão ser incluídos serviços como Unidades de Pronto atendimento, Centros de saúde, outros hospitais, Central de regulação, Serviços de atenção domiciliar, bem como serviços da assistência social, entre outros. Fase 3 – O Ponto de vista dos Usuários - Serão identificados alguns usuários-guias na Fase 1 e 2 do estudo para o seguimento de suas trajetórias na produção do cuidado após a alta responsável hospitalar que demandarão ações de saúde ou intersetoriais na rede pública de serviços para a garantia da continuidade do cuidado e articulação em rede. Poderão ser usuários que tiveram "sucesso" ou "insucesso" na produção do cuidado integral, apontados pelos serviços. Nesta fase serão realizadas entrevistas com os usuários, familiares e seus contatos com o objetivo de reconstruir a trajetória existencial destas pessoas na busca da continuidade e atendimento integral de suas necessidades. Fase 4 – Das interferências às articulações para garantia do cuidado - Será realizada nova rodada de encontros com os trabalhadores do hospital, da rede e com os usuários buscando construir alternativas para potencializar os pontos de interação e integração e superar os desafios ou lacunas entre as perspectivas dos serviços e dos usuários para a garantia do cuidado integral, contínuo e articulado em rede. Fase 5 - Consolidação e Elaboração de Relatório Final - A última fase consistirá da consolidação de todo o material analítico e reflexão sobre os achados, sendo necessário para isso uma sistematização com consequente escrita e elaboração do Relatório final da Pesquisa. Neste processo de síntese será também realizado um Seminário final com a participação dos sujeitos dos hospitais envolvidos para apresentação e reflexão sobre os achados da pesquisa. A análise dos dados será orientada pela Análise de Discurso Crítica (ADC) proposta por Fairclough (2001, 2008).

Foram solicitadas as seguintes alterações:

No TCLE:

a) numerar as páginas, incluir campo para rubrica do participante e dos pesquisadores responsáveis nas páginas que não contém assinatura, incluir e-mail do pesquisador responsável, informar que o termo se encontra em duas vias(uma de participante e uma de pesquisador): ATENDIDAS.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.613.338

b) Informar onde, por quanto tempo, o material ficará arquivo: ATENDIDA.

c) Se houver entrevista com familiar e/ou outra pessoa providenciar TCLE para esse outro participante: atendida

2- Incluir roteiro de entrevista: ATENDIDO.

3- Acrescentar o parecer consubstanciado que gerou a aprovação declarada no ofício: ATENDIDO

4- Acrescentar o TCLE destinado aos participantes do HC: ATENDIDO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram revistos, tais como informações básicas, anuência das instituições envolvidas, TCLE (todas as pessoas envolvidas receberão TCLE e assinarão o mesmo).

Recomendações:

Ver conclusões e pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as pendências foram resolvidas, o projeto é relevante e de interesse à área da saúde, sou pela aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1285520.pdf	15/09/2019 19:24:12		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_A_PARTIR_DO_PARECER.pdf	15/09/2019 19:22:55	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Outros	PARECER_PROJETO_PROF_ALZIRA_JORGE.pdf	08/09/2019 19:13:34	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Outros	APENDICES_rotatorios_de_entrevistas.pdf	08/09/2019 19:11:34	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.613.338

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_anexo_03.pdf	08/09/2019 19:10:54	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_anexo_02.pdf	08/09/2019 19:10:41	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_anexo_01.pdf	08/09/2019 19:10:28	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Parecer Anterior	Anuencia_NEPE_HRTN.pdf	17/08/2019 14:11:21	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Parecer Anterior	Anuencia_Gep_HC.pdf	17/08/2019 14:11:03	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Hospital_como_observatorio_da_rede.pdf	17/08/2019 14:07:16	ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE	Aceito
Folha de Rosto	folha_plataforma.pdf	13/02/2019 21:55:13	Stephanie Marques Moura Franco Belga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

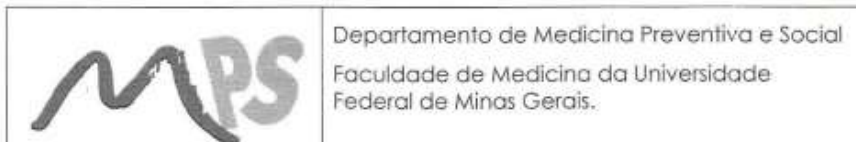
BELO HORIZONTE, 01 de Outubro de 2019

Assinado por:

**Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
E SOCIAL DA FACULDADE DE MEDICINA**



MPS/FM/Ofício 98/2018

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2018.

Informo que o Projeto de Pesquisa – intitulado “**O Hospital como observatório da rede: Uma Possibilidade a ser construída**”, foi aprovado em reunião da Câmara Departamental realizada no dia **07 de dezembro de 2018**.

A Orientação é da Professora **Alzira de Oliveira Jorge**, e co-orientação da Professora **Kênia Lara Silva**, da Doutoranda **Stephanie Marques Moura Franco Belga** com Parecer da Professora **Andrea Maria Silveira**.

Atenciosamente,


 Palmira de Fatima Bonolo
 Subchefe do Depto. de Medicina
 Preventiva e Social
 Insc. 277096/1647284

Profa. Palmira de Fatima Bonolo
 Subchefe do Departamento Medicina Preventiva e Social
 Faculdade de Medicina / UFMG

Avenida Alfredo Balena 190 – Bairro Santa Efigênia – Sala 803 8º Andar.

Contato :3409 9812 – fax 3409 9804 - <http://medicina.ufmg.br/mps/> dmps@medicina.ufmg.br

ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES



Parecer de Projeto de Pesquisa

Belo Horizonte, 15 de março de 2019.

PROCESSO Nº 01/2019

Título do Projeto: O Hospital como observatório da Rede: Uma possibilidade a ser construída.

Pesquisadores: Profª Dra. Alzira de Oliveira (FM/UFMG), Profª Dra. Kênia Lara Silva Jorge (FM/UFMG), Stephanie Marques Moura Franco Belga (Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva, FM/UFMG).

Descrição/Objetivos: O projeto visa estudar a micropolítica do trabalho em saúde, a continuidade do cuidado e a integralidade nos quais se propõe o desenvolvimento de modelos de cuidados integrais e estruturados nas necessidades dos usuários. Os resultados desses estudos evidenciam que a continuidade do cuidado requer maior integração e coordenação dos serviços da rede e o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a comunicação entre os diversos profissionais, de forma a possibilitar a articulação dos saberes necessários à integralidade do cuidado. Para isso, os pesquisadores farão, por meio de entrevistas e participação nas reuniões clínicas, analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia do cuidado integral, o processo de alta e a continuidade do cuidado após a saída na perspectiva dos atores sociais que os constituem cotidianamente. O estudo abrangerá pacientes atendidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves com idade acima de 18 anos, desde sua entrada, até a alta hospitalar. O cronograma de trabalho contará com 4 fases de coleta de dados:

- **Fase 01:** Análise do perfil assistencial dos pacientes atendidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves e dos indicadores estratégicos da gestão.
- **Fase 02:** Análise em profundidade da produção do cuidado, das relações interprofissionais dentro do Hospital e dos dispositivos institucionais existentes para qualificação do cuidado.
- **Fase 03:** Análise do acesso e barreiras na Rede de Atenção à Saúde no processo da alta responsável
- **Fase 04:** Análise da produção de cuidado, a partir de usuários guia que identificarão o estabelecimento de vínculos, responsabilização e co-responsabilização pela produção do cuidado e continuidade do cuidado dentro e fora do hospital após sua alta e reinserção na rede de atenção.

Hospital Risoleta Tolentino Neves – Rua das Gabirobas, 01 - Bairro Vila Clóris – BH-MG
Cep: 31.744-012 – Tel.: (31) 3459-3266
www.hrtn.fundep.ufmg.br

RQU NGQ Ver. 02/2017



HOSPITAL

RISOLETA TOLENTINO NEVES

Portanto, trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde, ancorado na análise de discurso crítica.

Relevância/ Metodologia: Projeto de grande relevância, com alto potencial de auxílio às demandas de assistência integralizada. Boa descrição metodológica. Seu desenvolvimento não trará nenhum ônus financeiro à Instituição onde será desenvolvido (HRTN). O TCLE está anexado e se encontra adequado ao Projeto proposto. Como se trata de projeto multisetorial, há necessidade de que os setores a serem estudados sejam comunicados da realização da pesquisa.

Parecer: Com a apresentação da documentação solicitada atendendo às exigências, o Colegiado do NEPE posiciona-se favorável à realização da pesquisa nas dependências do HRTN.

VIGÊNCIA DO PARECER: 05 (cinco) anos a partir da data do parecer final.

O Colegiado do Nepe informa que não é permitida a impressão de prontuários e demais documentos necessários para a pesquisa nas impressoras do HRTN.



Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: O HOSPITAL COMO OBSERVATÓRIO DA REDE: UMA POSSIBILIDADE A SER CONSTRUÍDA

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é analisar a produção do cuidado dentro do hospital e os dispositivos utilizados para a garantia do cuidado integral, o processo de alta e a continuidade do cuidado.

A pesquisa é orientada pela Professora Doutora Alzira de Oliveira Jorge, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG e coorientada pela Professora Doutora Kênia Lara Silva, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG e executado pela Doutoranda Stephanie Marques Moura Franco Belga. E a coleta de dados será desenvolvida em 4 fases: Fase 1) Análise estatística dos pacientes internados e reinternados no Hospital Risoleta Tolentino Neves e dos indicadores da gestão; Fase 2) Análise em profundidade da produção do cuidado e das relações interprofissionais dentro do hospital, e dos dispositivos institucionais existentes para qualificação do cuidado; Fase 3) Análise do acesso e barreiras na Rede de Atenção à Saúde no processo desospitalização; Fase 4) Análise da produção de cuidado, a partir de serviços guia que possibilitará o relato da produção do cuidado na perspectiva do serviço que oferta o cuidado para a rede de atenção à saúde, a qual permite uma narrativa do(s) encontro(s), tendo como parâmetro o equipamento de saúde e suas relações com outros equipamentos da rede.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, por ser um profissional/gestor **da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte**. Convidamos você a participar de uma Entrevista ou Grupo Focal respondendo a questões sobre a produção do cuidado no hospital e a articulação para a garantia da continuidade do cuidado na rede.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será áudio-gravada para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder à entrevista. Caso não se sinta confortável você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da entrevista.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, pela doutoranda Stephanie Marques Moura Franco Belga, telefone: (031)997016654, e-mail: stephaniebelga@gmail.com, ou pela professora Doutora Alzira de Oliveira Jorge, telefone: (031) 999116866, e-mail: alzira.o.jorge@gmail.com.
- Em caso de dúvidas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde esta pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto a dúvidas ou questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte situado à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte/MG. CEP: 30.720-000. Telefone: (031)3277- 5309. E na UFMG foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG localizado na Av. Antonio Carlos, 6627 – Pampulha CEP 31270-901 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Telefone 031 3409 4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: 09:00 as 11:00 / 14:00 as 16:00. Todos eles podem ser acionados caso considere necessário.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Será garantida a indenização aos participantes diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

- Nossos encontros poderão ser feitos na modalidade virtual e on-line para a realização das entrevistas de 1 hora de duração e poderão, caso tenha seu consentimento, serem áudio-gravados ou filmados para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas/discutidas. Quando acontecer a gravação ou a filmagem você será questionado se concorda com este procedimento.

- Todo o material coletado durante a pesquisa ficará arquivado, pelos próximos cinco anos a partir deste ano, no Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde, na Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 818, Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte - MG - Brasil - Cep 30130-100.

Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Informamos que o termo se encontra em duas vias (uma de participante e uma de pesquisador).

Atenciosamente,

Stephanie Marques Moura Franco Belga
Pesquisadora

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisadora _____ sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. A Coordenadora da Pesquisa e ou, o COEP UFMG e ou o COEP SMSA poderão ser contatados a qualquer momento, em caso de dúvidas ou esclarecimentos necessários.

_____, _____, _____ de 20 ____.

Nome/ assinatura do participante

Data ____/____/____