



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINE REMEDI

ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL:
INTERFACES COM A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ÀS
NECESSIDADES EM SAÚDE DO USUÁRIO

CAROLINE REMEDI

ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL:
INTERFACES COM A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ÀS
NECESSIDADES EM SAÚDE DO USUÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Profª Drª Evelyn Secco Faquin.

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Remedi, Caroline.

Alta Hospitalar Responsável : Interfaces com a integralidade na atenção às necessidades em saúde do usuário / Caroline Remedi. - Londrina, 2026.
175 f.

Orientador: Evelyn Secco Faquin.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2026.

Inclui bibliografia.

1. Alta Hospitalar Responsável - Tese. 2. Integralidade - Tese. 3. Política Nacional de Atenção Hospitalar - Tese. 4. Sistema Único de Saúde - Tese. I. Secco Faquin, Evelyn. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

CAROLINE REMEDI

ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL:
INTERFACES COM A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ÀS
NECESSIDADES EM SAÚDE DO USUÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^a Dr^a Evelyn Secco Faquin.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evelyn Secco Faquin
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr^a. Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte
Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura
Municipal de Londrina

Londrina, 24 de abril de 2026.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, à espiritualidade, aos meus guias guardiões e a toda minha ancestralidade que me guardaram, guiaram-me e permitiram-me, com muita generosidade, chegar até este dia. Que na luz, na prosperidade e na fé, prometeram-me que meu sonho se realizaria. E se realizou. Infinitas graças dou às forças de luz que me acompanham.

Agradeço à minha amada mãe que desde minha pequenez, me ensinou ser grande, ser tudo aquilo que eu quisesse ser. Que me viu brincar de inúmeras profissões, me viu crescer e me ensinou a estudar, e então, sob muitos cuidados e muita fé, viu-me tornar pesquisadora e assistente social. Não sei quantos sonham em ser assistente social; eu, na verdade, sonhava em mudar o mundo. E, sonhando alto, comecei pelo meu. Obrigada, mãe, por me dar asas para voar, por sonhar meus sonhos junto a mim. Dedico toda e qualquer conquista a você!

Agradeço infinitamente à Prof^a. Dr^a. Evelyn Secco Faquin, minha orientadora e parceira. Agradeço por confiar em mim, por acreditar na minha pesquisa, por acreditar na minha potência! Você, prof. Evelyn, me inspirou a ser uma profissional e pesquisadora melhor, desde a primeira vez que assisti à sua aula, ainda na graduação. Saiba que seu compromisso, sua Ética, seu apoio, seu conhecimento e sabedoria transformam muitas vidas. Obrigada por acreditar em mim, especialmente em meus momentos de insegurança, transpassando a orientação à uma escuta qualificada, humana e gentil frente aos meus desesperos (e eram muitos! Haha). Obrigada por tornar essa trajetória mais leve, alegre, e bonita – enchendo-a de acolhidas, bom-humor e gargalhadas. – Obrigada por sua amizade e pela nossa jornada! Esse trabalho só foi possível, pois tive você, uma professora incrível e dedicada ao meu lado.

À minha eterna namorada (e futura esposa), Beatriz Thihara, que ofertou carinho genuíno, apoio e leveza ao longo desta trajetória. Obrigada por, literalmente, pegar na minha mão e me conduzir ao estudo, mesmo quando eu achava que não seria capaz de escrever uma só palavra a mais. Seus abraços, conselhos, paciência, palavras de infinita sabedoria e amor possibilitaram a concretização desse sonho. Sua gentileza, inteligência e força me inspiraram e foram essenciais para me guiar nessa jornada. Obrigada, meu grande amor, por me incentivar diariamente e

acreditar em mim.

Agradeço à minha grande amiga Caroll Oliveira, que chegou no meio de toda essa construção e tornou o processo divertido, me distraíndo dos desafios do cotidiano profissional e mostrando que a vida vai muito além do trabalho. Agradeço por ter me mostrado que surpresas muito boas também acontecem em meio aos desafios. Agradeço pela amizade sincera e por me ensinar que se você for muito sortuda (como eu sou), encontrará pessoas maravilhosas que tornarão sua estrada significativa e vibrarão a cada conquista sua.

Por fim, agradeço a todas as professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, pelo compromisso, luta e valorização da universidade pública, gratuita e de qualidade. Foi a partir do trabalho impecável e cirúrgico desse corpo docente que tantas produções robustas puderam emergir, dentre tantas, vocês permitiram que a minha se tornasse realidade. Meu mais sincero obrigada.

Dedico todo e qualquer sucesso meu à minha mãe que, sob muito sol, fez-me chegar até aqui à sombra e com água fresca; que me deu suas próprias asas para que eu pudesse voar mais alto.

RESUMO

REMEDI, Caroline. **Alta hospitalar responsável**: interfaces com a integralidade na atenção às necessidades em saúde do usuário. 2026. 175 p. Dissertação de Mestrado (Serviço Social e Política Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

A discussão sobre Alta Hospitalar Responsável, preconizada pela Política Nacional de Hospitalização (PNHOSP) brasileira, está envolta por diversas estruturas que moldam sua efetivação. A PNHOSP está inserida em uma instituição específica – o Hospital. Este, por sua vez, é produto de construções históricas coletivas. O hospital é atravessado ao longo de seu percurso histórico por diferentes configurações de sistemas de proteção social, política social, modelo de saúde, sistemas de saúde, tipos de serviço e rede, decorrentes das dinâmicas de tensionamentos econômicos, políticos e sociais. Atualmente, a Alta Hospitalar Responsável é uma prática inserida em serviços hospitalares de nível secundário e terciário do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Portaria nº 3.390 de 2013 do Ministério da Saúde. Sua articulação deve respeitar a estrutura organizacional do SUS, incluindo suas diretrizes e princípios. O objetivo geral do trabalho é analisar em que medida a Alta Hospitalar Responsável é abordada e orientada pelo princípio da integralidade do SUS nos processos de cuidado, a partir das teses e dissertações indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) de 2013 a 2023. A abordagem metodológica adotada foi a utilização de pesquisa qualitativa, a partir de revisão bibliográfica para construção do referencial teórico e pesquisa bibliográfica nas produções indexadas no Banco de Dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) nos dez anos consecutivos à PNHOSP (2013 a 2023). Para atingir o objetivo da pesquisa, foram desenvolvidas duas estratégias de busca a partir de operadores booleanos, contendo palavras-chave de descritores em ciências da Saúde relativas à temática, seguida de coleta nos arquivos indexados na BDTD. A busca a partir das estratégias retornou o total de dez teses e quarenta e seis dissertações, as quais foram submetidas a dois outros filtros: presença de palavras-chave no título e, sequencialmente, presença palavras-chave no resumo. Assim, foram selecionadas para a fase de análise de conteúdo o total de dezoito produções, sendo duas teses e dezesseis dissertações. Como parte dos procedimentos metodológicos elencou-se, ainda, levantamento documental de normativas, orientações, legislações entre outras matérias semelhantes publicadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e outras organizações de saúde que contribuíssem para compreensão do tema. Os resultados da pesquisa demonstraram que quatro das dezoito produções pautaram-se na PNHOSP para definição de alta hospitalar responsável (AHR); sete, abordam alta hospitalar somente com autores diversos e sete não definiram AHR de forma alguma. Houve destaque no delineamento das atribuições da equipe de enfermagem e medicina para a prática da desospitalização, seguido do serviço social; outras categorias profissionais são brevemente citadas. Sete produções realizaram articulação entre o conceito de alta hospitalar responsável e sua defesa em concordância com o princípio da integralidade. A análise demonstrou que a Alta Hospitalar Responsável além de consolidar o princípio da integralidade do SUS, também se expressa como uma direção profissional e política, tomada frente às necessidades de cuidados em saúde. Seus sentidos são concretizados através de ações profissionais, na gestão dos serviços de atenção à saúde e como respostas

governamentais aos problemas de saúde.

Palavras-chave: Alta Hospitalar Responsável; Integralidade; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Sistema Único de Saúde; Desospitalização.

ABSTRACT

REMEDI, Caroline. **Responsible hospital discharge**: interfaces in comprehensive care addressing users' health needs. 2026. 175 p. Master's thesis (Social Work and Social Policy) – Center for Applied Social Sciences, State University of Londrina, Londrina, 2026.

The discussion on Responsible Hospital Discharge, recommended by the Brazilian National Hospitalization Policy (PNHOSP), is surrounded by various structures that shape its implementation. PNHOSP is part of a specific institution—the hospital. This, in turn, is the product of collective historical constructions. Throughout its history, the hospital has been affected by different configurations of social protection systems, social policy, health models, health systems, types of services, and networks, resulting from economic, political, and social tensions. Currently, Responsible Hospital Discharge is a practice implemented in secondary and tertiary hospital services of the Brazilian Unified Health System (SUS), regulated by Resolution nº 3.390 of 2013 of the Ministry of Health. Its articulation must respect the organizational structure of the SUS, including its guidelines and principles. The overall objective of this study is to examine the extent to which Responsible Hospital Discharge is conceptualized and guided by the principle of integrality in the context of care processes within the Brazilian Unified Health System (SUS), based on theses and dissertations indexed in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) from 2013 to 2023. The methodological approach adopted was qualitative research, based on a literature review to construct the theoretical framework and bibliographic research in the publications indexed in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) database for the ten consecutive years following the PNHOSP (2013 to 2023). To achieve the research objective, two search strategies were developed using Boolean operators, containing keywords from health science descriptors related to the theme, followed by collection from the files indexed in the BDTD. The search using these strategies returned a total of ten theses and forty-six dissertations, which were subjected to two other filters: presence of keywords in the title and, sequentially, presence of keywords in the abstract. Thus, a total of eighteen publications were selected for the content analysis phase, including two theses and sixteen dissertations. As part of the methodological procedures, a documentary survey of regulations, guidelines, legislation, and other similar materials published by the Brazilian Ministry of Health and other health organizations that contributed to the understanding of the topic was also conducted. The results of the research showed that four of the eighteen publications were based on the PNHOSP to define responsible hospital discharge (AHR); seven addressed hospital discharge only with other authors, and seven did not define AHR at all. There was an emphasis on the delineation of the duties of the nursing and medical teams for the practice of dehospitalization, followed by social work; other professional categories are briefly mentioned. Seven publications linked the concept of responsible hospital discharge and its defense in accordance with the principle of integrality. The analysis showed that Responsible Hospital Discharge, in addition to consolidating the principle of integrality of the SUS, is also expressed as a professional and political direction, taken in view of health care needs. Its meanings are realized through professional actions, in the management of health care services, and as government responses to health problems.

Keywords: Responsible Hospital Discharge; Integrality; PNHOSP; Unified Health System; Dehospitalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Teses e dissertações seleccionadas para análise de conteúdo	19
Figura 2 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	76
Figura 3 – As diferenças entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária de uma rede	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	24
2.1	MODELO BISMARKIANO E BEVERIDGIANO: PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DE POLÍTICA SOCIAL	24
2.2	POLÍTICA SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	33
2.3	NEOLIBERALISMO E IMPACTOS NA EXECUÇÃO DO SUS	59
3	A ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL	66
3.1	NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO SUS	66
3.1.1	Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica	66
3.1.2	Nível Secundário ou Média Complexidade no SUS	75
3.1.3	Atenção Hospitalar no Nível Terciário ou Alta Complexidade do SUS	84
3.2	ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DO SUS ..	93
4	A ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (AHR) E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE – ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DA BDTD (2013-2023)	103
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO PARA DEFINIÇÃO DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (AHR)	103
4.2	ABORDAGEM OU DEFINIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES MULTIPROFISSIONAIS PARA DESHOSPITALIZAÇÃO	108
4.3	ARTICULAÇÃO DA AHR EM CONCORDÂNCIA COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DO SUS	130
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
6	REFERÊNCIAS	168

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa investigou em que medida a Alta Hospitalar Responsável (AHR) é abordada e orientada pelo princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nos processos de cuidado, a partir das teses e dissertações indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) de 2013 a 2023.

A alta hospitalar responsável foi parametrizada, no âmbito do SUS, pela primeira vez por meio da Portaria nº 2.809 de 2012 do Ministério da Saúde. Este ato normativo regula a organização dos Cuidados Prolongados nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Conforme a normativa, a AHR requer uma avaliação global dos aspectos psicossociais, econômicos, ambientais e familiares do usuário, promovida por equipe multidisciplinar horizontal, com vistas ao preparo adequado para continuidade de cuidados, promoção de autonomia assim como estabelecimento de estratégias mais adequadas à reintegração social e familiar do usuário (Brasil, 2012).

A Portaria elenca ainda os objetivos gerais dos cuidados prolongados partindo da necessidade de assistência integral e humanizada ao usuário, em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência à saúde no âmbito do SUS.

A alta hospitalar responsável, embora mencionada inicialmente em 2012 em portaria específica voltada aos cuidados prolongados, adquire status de política nacional e geral para todo o âmbito do SUS no ano subsequente. Através da Portaria nº 3.390 de 2013, do Ministério da Saúde, é instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que estabelece as diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A PNHOSP possui por diretriz referências aos princípios do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização, entre eles estabelece a “[...] garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar”, acresce o “[...] modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar”, assim como “[...] atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização” (Brasil, 2013).

A alta hospitalar responsável, que deve ser balizada pela perspectiva

do cuidado integral e multiprofissional, é entendida como transferência do cuidado e que, conforme a Portaria, deve ser realizada por meio de:

- I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
- III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

O princípio da integralidade, por sua vez, é abordado pela Lei nº 8.080/1990 que regulamenta o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nela consta que integralidade se trata do “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Para além da legislação, o presente trabalho adota a concepção de integralidade tal qual amplamente pesquisada e problematizada por especialistas da área da saúde, compreendendo-a como “traço da boa medicina” (Mattos, 2009, p. 48). Nessa perspectiva, a integralidade remete à superação de práticas biomédicas fragmentadas e reducionistas, orientando-se por uma abordagem ampliada do cuidado, considerando o sujeito em sua totalidade.

[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem [...] a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (Mattos, 2009, p.60-61).

O princípio de integralidade que abrange uma concepção ampliada de saúde deve ser efetivado em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. O planejamento de alta hospitalar ou desospitalização de forma responsável deve conter, de mesmo modo, tal perspectiva em atendimento às normativas vigentes.

A alta hospitalar responsável, configura-se como o momento de transferência de cuidados, responsabilidades e orientações, realizado quando observado que o usuário reúne condições para dar continuidade aos cuidados pelos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou até mesmo em sua

própria residência, considerando-se a adequação entre a complexidade da demanda de saúde apresentada e o nível correspondente de atenção no sistema de saúde¹.

Azevedo (2010) contribui para o entendimento de desospitalização quando aborda que esta se trata de uma prática na saúde em âmbito hospitalar e que devido ao avanço da medicina, tecnologias associadas e segurança de novas medicações, pode contribuir para uma conduta de tratamento do usuário fora de regime de internações, em seu lar e junto à família; ampliando “a oferta de leitos hospitalares para casos que realmente necessitam de tratamento nesse ambiente” (Azevedo, 2010, p. 275), assim retomando a mencionada proporcionalidade entre complexidade de demanda apresentada e nível organizacional de atenção em saúde.

O Ministério da Saúde também apresenta a conceituação na cartilha “Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional” (2020), na qual a desospitalização é compreendida como um processo que pressupõe articulação entre diversas especialidades e atores sociais, atuantes no âmbito intra e extra-hospitalar:

[...] com a finalidade de garantir a continuidade do cuidado e evitar a desassistência após a alta hospitalar [...] desospitalizar ultrapassa a concepção de uma simples alta do paciente após o período de internação. Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, os cuidados precisam ser coordenados em rede, ao longo do percurso assistencial, desde a entrada do usuário no sistema até os cuidados ao fim da vida [...] Portanto, compreende-se a desospitalização como estratégia de cuidado, em que o paciente está no centro da atenção, variando apenas os níveis e o cenário da intervenção (Brasil, 2020, p.13).

Considerando o acima exposto, a presente investigação ancora-se na qualificação das intervenções dos profissionais da saúde nos processos de desospitalização. Tal problematização emerge das aproximações cotidianas da pesquisadora, com o trabalho multiprofissional em hospital de nível terciário no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja dinâmica institucional revelou limites e tensionamentos à efetivação do princípio da integralidade nos processos de

¹ Conforme as regulamentações atuais do SUS e explicadas pelo Ministério da Saúde, a atenção de nível básico compreende as demandas menos complexas em saúde, realizam atendimentos de prevenção e promoção à saúde. No nível secundário, encontram-se serviços de atenção especializada de média complexidade, podem ser acessados serviços por meio de hospitais e ambulatórios e Unidades de Pronto Atendimento, contendo maior tecnologia e especialidades profissionais. Já o nível terciário comporta o maior volume de complexidade, tecnologia e especialidades, tratando-se de locais que atendem demandas que não puderam ser atendidas dentro dos equipamentos dos níveis anteriores de saúde (Brasil, 2022).

desospitalização de usuários internados.

O presente estudo justifica-se, ainda, pela necessidade de fortalecimento em torno da concepção ampliada de saúde contemplada pela Lei nº 8.080/1990 e Política Nacional de Humanização no SUS (2003). A primeira, regulamenta o Sistema Único de Saúde no Brasil estabelecendo seus fundamentos legais e organizativos; a segunda, por sua vez, ratifica os princípios estruturantes do SUS, bem como orienta as práticas de atenção e gestão em saúde. Entre suas diretrizes, destaca-se o princípio da integralidade ao preconizar o “[...] o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004, p. 12).

Como etapa inicial de aproximação à temática, procedeu-se a uma revisão exploratória da literatura em bases digitais – Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico – entre novembro e dezembro de 2023, a partir das palavras-chave “alta segura”, “integralidade” e “desospitalização” combinadas entre si. Foram identificados cinco artigos e um trabalho de conclusão de curso, publicados entre 2006 e 2021. As produções abordaram processos de internação, transição do cuidado e planejamento de alta/desospitalização responsável, com destaque para a atuação multiprofissional e para as especificidades do trabalho do serviço social e enfermagem.

À luz dos resultados preliminares da revisão exploratória realizada, a presente proposta de pesquisa justificou-se na potencialidade de aprofundamento e atualização da produção de conhecimentos acerca da temática, por meio de metodologia mais robusta e sistematização estratégica de busca e análise de produções *stricto-sensu* brasileiras.

Por fim, a presente pesquisa contribui para o aprofundamento teórico acerca da Alta Hospitalar Responsável à luz da concepção ampliada de saúde e como processo indissociável do princípio da integralidade do SUS, qualificando a prática profissional no Sistema Única de Saúde.

O presente trabalho definiu por objetivo geral analisar em que medida a Alta Hospitalar Responsável é abordada e orientada pelo princípio da integralidade do SUS nos processos de cuidado, a partir das teses e dissertações indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) de 2013 a 2023.

Os objetivos específicos da pesquisa foram examinar os conceitos de

Alta Hospitalar Responsável presentes nas produções acadêmico-científicas – teses e dissertações – indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)², no período de 2013 a 2023; identificar de que modo essas produções abordam as atribuições e competências das equipes multiprofissionais no processo de desospitalização dos usuários; identificar possíveis desafios à efetivação da Alta Hospitalar Responsável evidenciados nos trabalhos selecionados; compreender em que medida os estudos articulam a Alta Hospitalar Responsável ao princípio da integralidade do SUS.

Para responder aos objetivos propostos, a pesquisa fundamentou-se na abordagem qualitativa, por meio de Pesquisa Bibliográfica, sendo esta a metodologia que “[...] implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório”, assim como essa “[...] possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto” (Miotto; Lima, 2007, p. 38; p. 40).

Com base na metodologia acima descrita, procedeu-se à sistematização dos dados coletados nas produções selecionadas, seguida de análise qualitativa. Para tanto, empregou-se a técnica de análise de conteúdo por meio de análise temática, se tratando de:

[...] descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definido no caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (Minayo, 2010, p. 316).

A técnica de análise temática possui ainda diferentes formas de ser concretizada, sendo que uma delas trata-se da forma “*Reflexiva*” quando o pesquisador possui uma liberdade flexível de análise por meio da imersão e engajamento com os dados trazidos pelos conteúdos analisados. Conforme Souza (2019), trata-se de uma abordagem favorável às pesquisas com temáticas sociais.

² A escolha de tal base de dados se deu a partir da possibilidade de enquadramento da pesquisa dentro do contexto brasileiro de produções *stricto-sensu* capazes de fornecer com profundidade e robustez, elementos relevantes à compreensão e análise do objeto e objetivos de pesquisa.

O processo de AT começa quando o pesquisador procurar, nos dados, por padrões de significados e questões de possível interesse à pesquisa. Isso já pode ocorrer, inclusive, durante a coleta de dados, na condução de entrevista ou grupo focal. A análise envolve um vaivém constante entre o banco de dados, os trechos codificados e a análise dos dados que se está produzindo a partir destes trechos. O processo termina com o relatório dos padrões (temas) nos dados. Esta estrutura está presente em boas técnicas de análise de dados qualitativos bastante comuns na literatura (Souza, 2019, p. 54).

Como parte complementar dos procedimentos metodológicos desta pesquisa, realizou-se levantamento documental de normativas, orientações, legislações entre outros instrumentos semelhantes publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil e por demais organizações de saúde com objetivo de subsidiar a compreensão do objeto investigado.

Para atingir o objetivo da pesquisa, foram desenvolvidas duas estratégias de busca³ a partir de operadores booleanos, contendo palavras-chave de descritores em Ciências da Saúde relativas à temática, seguida de coleta nos arquivos indexados na BDTD.

A busca a partir das estratégias retornou o total de dez teses e quarenta e seis dissertações, as quais foram submetidas a dois outros filtros: presença de palavras-chave no título e, sequencialmente, presença de palavras-chave no resumo.

Foram selecionadas, a partir das estratégias, para a fase de análise de conteúdo o total de dezoito produções, sendo duas teses e dezesseis dissertações.

Figura 1 – Teses e dissertações selecionadas para análise de conteúdo

TESES SELECIONADAS PARA ANÁLISE			
Autor(a)	Ano	Título	Área
Manço, Sara Maria Barbosa.	2022	Transição do Cuidado na alta hospitalar de pacientes com	Enfermagem em Saúde Pública

³ Estratégias de busca utilizadas a partir da combinação de descritores em ciências da saúde e operadores booleanos: 1-("Alta hospitalar responsável" OR "Alta segura" OR "Alta hospitalar segura" OR "Alta responsável") OR ("Política Nacional de Atenção Hospitalar" OR "PNHOSP" OR "QUALIDADE HOSPITALAR" OR "Indicadores de qualidade hospitalar") OR ("planejamento de desospitalização" OR "Plano de alta hospitalar" OR "Planejamento de alta hospitalar" AND "integralidade").
2-("Alta hospitalar responsável" OR "Alta segura" OR "Alta hospitalar segura" OR "Alta responsável") OR ("Política Nacional de Atenção Hospitalar" OR "PNHOSP" OR "QUALIDADE HOSPITALAR" OR "Indicadores de qualidade hospitalar") OR ("planejamento de desospitalização" OR "Plano de alta hospitalar" OR "Planejamento de alta hospitalar" AND "Globalidade dos Cuidados")

		doenças crônicas.	
Perales, Paula Graziela P.Soures	2023	IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL- DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO	Enfermagem
DISSERTAÇÕES SELECIONADAS PARA ANÁLISE			
Autor (a)	Ano	Título	Área Programa
Mello, Alda Isabel da Silveira.	2013	Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.	Gestão do Cuidado em Enfermagem
Dias, Bruna Moreno.	2015	Readmissão hospitalar como indicador de qualidade.	Enfermagem Fundamental
Rocha, Luciano Teixeira.	2016	“Hospital não, pelo amor!”: etnografando processos de desospitalização.	Saúde Coletiva
Petronilho, Douglas Alexsandro Correa.	2016	O Planejamento de alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a atenção primária a saúde: revisão integrativa.	Programa de Pós- graduação em Atenção Primária à Saúde. (Enfermagem em Saúde Coletiva e Psiquiátrica)
Ignacio, Denise Sarreta.	2017	Alta Hospitalar Responsável: em busca da continuidade do	Programa de Pós- graduação em Tecnologia e

		cuidado para pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio, uma revisão integrativa.	Inovação em Enfermagem
Oliveira, Elaine Garcia de.	2019	Cuidado Integral à saúde da criança e sua família: tecnologia de apoio ao planejamento da alta hospitalar.	Enfermagem
Borges, Fabieli.	2019	Atuação do enfermeiro na gestão de leitos.	Enfermagem
Moroço, Diego Marques.	2020	Impacto da Informatização do Processo de Alta Hospitalar em um Hospital Público Terciário.	Programa de Pós-Graduação Gestão de Organizações de Saúde
Silva, Marina Aparecida Emerenciano da.	2020	Núcleo Interno de Regulação: uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares.	Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas (dpto. Ciências Sociais)
Manara, Carina.	2021	Instrumento para a alta hospitalar: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem.	Gestão do Cuidado em Enfermagem
Alves, Monique Ribeiro.	2021	Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas: planejamento de alta em hospital terciário.	Saúde Pública
Silva, Franciele Finfa da Silva.	2023	(Sobre)viver com condição crônica de saúde: redes e mapas de cuidado.	Saúde Coletiva

Araújo, Cintia Maria Magalhães Oliveira de.	2023	Desenvolvimento de protocolo de alta segura para recém- nascidos.	Enfermagem e Saúde
Pereira, Gustavo Fitaroni.	2023	O processo de elaboração da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação.	Formação Interdisciplinar em Saúde (Odontologia).
Girão, Celi Melo	2021	Algoritmo para alta hospitalar segura do paciente submetido a transplante renal	Mestrado profissional em Transplantes (Centro de Ciências da Saúde)
Rufino, Max Djano Cordeiro	2020	Avaliação das práticas de regulação assistencial do Núcleo interno de regulação como mecanismo de concreção ao direito à saúde da gestante	Mestrado em Avaliação de Políticas Publicas

Fonte: Sistematização realizada pela própria autora.

A análise das teses e dissertações se deu a partir de três eixos de análise. São os eixos: referencial teórico utilizado para abordar AHR; abordagem ou definição das atribuições multiprofissionais para desospitalização e seus possíveis desafios; articulação da temática da AHR em concordância com o princípio da integralidade do SUS⁴.

No primeiro eixo identificaram-se os parâmetros atribuídos pelos autores à Alta Hospitalar Responsável, verificando se tais formulações se fundamentam na PNHOSP ou em referenciais diversos para qualificar e definir o processo. Nesse momento, apreendeu-se as significações e as direções atribuídas à AHR com base nas falas mobilizadas pelos autores e referências citadas.

⁴ Desta forma, seguiu-se com a leitura completa dos materiais selecionados, identificando os elementos dos eixos supracitados, bem como demais informações em evidência comum entre as produções.

O segundo eixo explorou como os autores das teses e dissertações selecionadas compreendem as atribuições da equipe durante a alta hospitalar. Examinou, ainda, elementos que indicassem o modo de engajamento multiprofissional, bem como as dificuldades e os limites à efetivação da AHR em consonância com o princípio da integralidade.

No terceiro e último eixo compreendeu-se, e de que modo, os autores das produções indexadas na BDTD compreendem a AHR como um processo de cuidado orientado pelo princípio da integralidade do SUS.

O trabalho foi estruturado em três capítulos, seguidos das considerações finais.

O primeiro capítulo apresenta uma retomada histórica e contextualiza o surgimento das políticas sociais e de saúde, bem como a construção do SUS em meio aos tensionamentos populares que marcaram a Reforma Sanitária e o processo de redemocratização brasileira nas décadas de 1970 e 1980. Aborda, ainda, as tensões e impactos do neoliberalismo na execução do SUS.

O segundo capítulo versa sobre os níveis de atenção que estruturam o sistema de saúde atual e a ocorrência da prática da alta hospitalar responsável.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados obtidos a partir da leitura e análise de conteúdo das teses e dissertações selecionadas, as quais foram organizadas conforme os eixos temáticos anteriormente citados.

As considerações finais, por sua vez, apresentam um apanhado geral de toda a tematização e análise obtida. Indica o olhar da pesquisadora acerca dos sentidos obtidos à Alta Hospitalar Responsável a partir do estudo, bem como direciona as sínteses conceituais reveladas através do percurso investigativo.

2. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Para realização da discussão sobre Alta Hospitalar Responsável preconizada pela Política Nacional de Hospitalização (PNHOSP) brasileira, há de se considerar que tal política perpassa a inserção em uma instituição específica – o Hospital – e que este é produto de uma construção histórica e social no interior de um sistema de proteção social, uma determinada política social, um modelo de saúde, um sistema de saúde, um tipo de serviço e rede, tensionamentos e disputas sociais, entre outros complexos fatores.

Assim, neste primeiro capítulo buscar-se-á situar os diferentes sistemas de proteção social e seguridade social, a construção histórica da política social; a saúde enquanto uma política social de seguridade social – bem como o contexto histórico no qual o sistema de saúde brasileiro é projetado até sua configuração atual.

2.1 MODELO BISMARKIANO E BEVERIDGIANO: PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DE POLÍTICA SOCIAL

As primeiras expressões das políticas sociais emergem ainda no século XIX, no contexto de consolidação do Estado burguês sob a égide da economia liberal e do avanço da Segunda Revolução Industrial, predominantemente nos países europeus. Tal período estende-se, aproximadamente, de 1850 até o término da Segunda Guerra Mundial, em 1945.

Nesse contexto de expansão do capitalismo e intensificação do processo de industrialização, o proletariado urbano, inserido de maneira precária nas cidades, passa a reconhecer as múltiplas mazelas sob as quais estavam submetidos, tanto em âmbito das relações de trabalho quanto das condições de vida, geradas pela própria dinâmica do modelo econômico então vigente.

Assim, os trabalhadores industriais europeus passam a se mobilizar com vistas a reivindicar intervenção do Estado liberal, que se vê pressionado a oferecer respostas capazes de assegurar melhores condições de vida e à classe operária, sob risco de mobilização popular em direção a uma nova sociabilidade alternativa à ordem capitalista.

É a partir do reconhecimento da divergência entre os interesses da classe dominante – burguesia – e a classe dominada – trabalhadores – que o Estado é chamado a regular tais relações sociais e econômicas de forma a manter a estrutura macroeconômica livre de rupturas drásticas.

O Estado liberal que até então ocupava papel de regulador de direitos civis relacionados à liberdade individual, de regulação do direito à propriedade privada e de repressão, passa também (timidamente) a exercer algumas funções protetivas, regulando as tensões sociais advindas da luta de classes – trabalhadores e burguesia – a partir da criação de políticas sociais que respondessem parte das demandas da classe trabalhadora, sem se abster do respaldo à manutenção do modo de produção capitalista.

Conforme Behring e Boschetti (2011)

[...] a resposta dada à questão social no final do século XIX foi sobretudo repressiva e apenas incorporou algumas demandas da classe trabalhadora, transformando as reivindicações em leis que estabeleciam melhorias tímidas e parciais nas condições de vida dos trabalhadores, sem atingir, portanto o cerne da questão social [...] A mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX [...] O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (Behring; Boschetti, 2011, p. 63-64).

É a partir das mencionadas tensões entre as classes sociais e as relações de acumulação capitalista que se cunha o termo “questão social” mencionado pelas autoras. A questão social advém da percepção dos trabalhadores enquanto classe, a partir de sua realização coletiva e de suas condições precárias de vida, não mais vindas de um contexto de escassez, e sim pelo próprio movimento de acumulação de capital, em que se produzem riquezas socialmente, no entanto a apropriação dessas, se dá de forma privada, ocasionando pauperismo, privação de acesso a bens e serviços essenciais à sobrevivência.

A questão social, para além de expressões de desigualdades sociais e econômicas, passa também a ser reconhecida como mote de resistências da classe trabalhadora para com a classe burguesa e seu aparelho burocrático via Estado,

objetivando transformações da realidade social – seja por meio da revolução⁵ e tentativa de construção de uma nova sociabilidade ou para modificações internas à estrutura do capital que atendam parcialmente as necessidades dos trabalhadores por meio de ações de cunho mais “social” do Estado, por meio de direitos sociais.

É nesse sentido que Netto (2001) explica questão social a partir da consideração de que

[...] era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava. Pela primeira vez na história registrada, *a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas*. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente de seus membros que, além de não ter acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente. [...] A designação desse pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos [...] os pauperizados não se conformaram com a sua situação [...] seu protesto tomou as mais diversas formas [...] configurando uma ameaça real às instituições sociais existentes [...] (Netto, 2001, p. 42-43).

Sendo assim, com a configuração da questão social como estratégia de luta na direção da emancipação humana buscada pela classe trabalhadora, em meio aos tensionamentos do século XIX e XX, o Estado liberal passa a engendrar novas respostas incluindo algumas pautas da classe trabalhadora; “ações sociais” ainda embrionárias, mas que contribuiriam para um futuro Estado social, com ações mais robustas no pós Segunda Guerra (1945), conforme ressaltado por Behring e Boschetti (2011) “A mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX” (Behring; Boschetti, 2011, p. 63-64).

É a partir desses tensionamentos, que os governos, através do poder estatal passam a intervir na questão social por meio de políticas sociais. À priori, de maneira “tímida”, passando a compreender a necessidade de ampliação destas para um sistema mais complexo de intervenção a partir do final do século XIX (Behring; Boschetti, 2011, p. 64).

O início de tais intervenções foi marcado por seu acontecimento majoritariamente no continente Europeu, sendo que cada país, à sua forma, construiu políticas sociais que pertenceriam ao suporte de resposta e intervenção às demandas

⁵ “Pautada na luta pela emancipação humana, na socialização da riqueza e na instituição de uma sociabilidade não capitalista [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p.63)

sociais da época e as formas de gestão, critérios para atendimento e cobertura.

À medida que tais políticas sociais se ampliam e o Estado passa a estruturar modelos articulados de intervenção mais robustos, evidencia-se a transição do Estado capitalista estritamente liberal para uma configuração que incorpora o atendimento às demandas sociais como estratégia de manutenção da economia nacional.

Se dá, então, o modelo de proteção social baseado na provisão de “bem-estar” da sociedade, conhecido historicamente como “Welfare State” ou Estado de Bem-estar social que, em contexto de capitalismo industrial, “[...] o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade” (Behring; Boschetti, 2011, p.64).

Importante ressaltar ainda que diversos autores (Behring; Boschetti, 2013; Esping-Andersen, 1991; Gaspar, 2015), de diversas áreas do conhecimento envolvendo economia e sociedade discutem o Welfare State como possuidor de diferentes modelos de provisão de atenção e gestão das respostas às demandas dos trabalhadores. Também ocorre o embate para definição dos conceitos que de fato atribuem e constituem um Estado de bem-estar social.

Nesse sentido, ressalta Esping-Andersen (1991):

No mínimo, num welfare state genuíno, a maioria de suas atividades rotineiras diárias devem estar voltadas para as necessidades de bem-estar de famílias [...] o resultado é que nenhum Estado pode ser considerado um verdadeiro welfare state até a década de 70 deste século, e alguns Estados normalmente rotulados como tal não fazem jus a essa classificação [...] Os cientistas sociais foram muito precipitados ao aceitar o status de welfare state apregoado pelas próprias nações. Também foram precipitados ao concluir que, se programas sociais de tipo padrão tinham sido introduzidos, o welfare state havia nascido (Esping-Andersen, 1991, p. 100).

Um outro fato que se pode afirmar em estudo de literatura de Esping-Andersen (1991) sobre a conceituação e formação do Welfare State, é que este se constitui quando passa a ser atrelado a uma “cidadania social” de modo a executar políticas sociais “desmercadorizadas” e amplas. Portanto, sustenta-se, a partir do autor, que o Welfare State em seu auge de constituição se dá a partir de três critérios maiores (mas não únicos): constatação de acesso a bens e serviços enquanto direito social, associado à cidadania ampla e desmercadorizada e protagonismo das atividades estatais de provisão de tais ações. Assim se vê:

[...] a cidadania social constitui a ideia fundamental de um welfare state

[...] Quando os direitos sociais adquirem o status legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho, implicam uma “desmercadorização” do status dos indivíduos [...] Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam como o papel do mercado e da família em termos de provisão social (Esping-Andersen, 1991, p.101).

O Welfare State de fato se origina com finalidades de estabilização da economia nos países de capitalismo central, em especial da Europa, em um contexto pós Segunda Guerra Mundial (1945) e os esporos por ela deixados como uma importante recessão econômica e necessidade de reconstrução da vida social e econômica da população. Para tal, o Estado passa a empreender ações objetivando a implementação de políticas sociais articuladas que estimulem condições de geração e circulação de renda, moradia, estabilidade econômica e principalmente, políticas de pleno emprego – ideais keynesianos – que possam estimular uma “coalizão” entre os interesses de classes.

[...] a prioridade passa a recair agora sobre os fatores capazes de elevar os níveis de renda e de emprego do sistema [...] Embora, é claro, na lógica capitalista, a concepção de Keynes representou uma guinada radical em relação aos padrões anteriores do equilíbrio automático e do livre jogo da oferta e da procura. Implicava, por fim, uma nova postura do Estado, como agente coordenador, normatizador e investidor, e dotado de instrumentos totalmente novos de intervenção na economia, como as políticas fiscal e monetária. Em suma, o objetivo era garantir economias de mercado prósperas, de pleno emprego dos recursos produtivos, reguladas, nas quais o gasto público assumia papel fundamental (Gaspar, 2015, p. 269).

Isto dito, necessitamos compreender que as políticas sociais, estando elas vinculadas ou não a um Welfare State, fazem parte de uma medida econômica de enfrentamento a crises do Capital em momentos de tensões entre os divergentes interesses das classes sociais. Mas se já na modernidade vê-se a “ampliação” e reestruturação da cobertura dessas medidas, compreende-se aqui que há ainda um momento primordial, no qual elas passam a ser inicialmente construídas.

Houve, ainda em contexto europeu, primeiras ações estatais via políticas sociais que inspiram e influenciam os modelos de proteção social do Welfare State à atualidade, incluindo, influência nas diferentes formas de se fornecer atendimento à população via política de saúde – foco deste trabalho.

Como mencionado anteriormente, a classe trabalhadora, ao se deparar com sua situação precária de vida e trabalho, mobiliza-se requerendo

respostas efetivas que passam a ser mediadas pelo Estado. Assim, uma das primeiras formas de intervenção do Estado via políticas sociais, foi sob a lógica do seguro social, inspiradas pela ideia do chanceler alemão Otto Von Bismark por volta de 1880.

Criado sob idealização do chanceler alemão Otto Von Bismark, o modelo “bismarkiano” de intervenção é executado sob critérios meritocráticos, contributivos, de forma a instituir benefícios proporcionais ao valor monetário de contribuição, especialmente em três categorias de “risco social”: problemas de saúde (doença), questões etárias (velhice) que inabilitassem o trabalhador à execução de suas atividades e desemprego (Fleury; Ouverney, 2012).

O modelo de “seguro social” bismarkiano, através do Estado, apesar de mostrar-se como um avanço para atenção às pautas dos trabalhadores, baseia-se, em critérios limitantes e condicionantes de acesso aos benefícios, tais quais: “meritocracia” de jus entre contribuição-acesso, solidariedade – o trabalhador deve contribuir para acessar –, privilégio de acesso baseado em um dado percentual salarial de contribuição, cobertura conforme categoria profissional e fragmentação de acesso – pois não se trata de um sistema universal (Fleury; Ouverney, 2012).

Behring e Boschetti (2011) também concordam ao trazer que

O modelo bismarkiano é identificado como sistema de seguros sociais, pois suas características assemelham-se à de seguros privados. Em relação aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores contribuintes e suas famílias; o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada (Behring e Boschetti, 2011, p. 66).

Um outro modelo de provisão de proteção social estatal implementado à época da Segunda Guerra Mundial foi o modelo inglês Beveridgiano, inspirado nas ideias dos economistas britânicos J. M. Keynes e W. Beveridge. É a partir da proposta de superação da lógica do seguro social contributivo para uma lógica de ampliação de acesso universal, atrelado ao acesso do cidadão a múltiplas políticas sociais que, conforme alguns autores (Behring, Boschetti, 2011; Gaspar, 2015), de fato se pode estruturar o “Welfare State”, se diferindo essencialmente do modelo bismarkiano.

Conforme Gaspar (2015):

Para Keynes, a interpretação liberal era válida nos seus pressupostos quando aplicada a uma situação social que não mais prevalecia no contexto econômico do século XX, marcada por monopólios e recorrentes fenômenos de concorrência imperfeita (Gaspar, 2015, p. 269).

Já com relação ao economista William Beveridge, que coordenou trabalhos em um comitê de estudos sobre as condições de vida da população da Grã-Bretanha (1942) aliada à estruturação da seguridade social no território, estabeleceu-se um plano econômico que teve o nome do economista por homenagem “Plano Beveridge”. Seria o início da construção das ideias do Welfare State, ressaltava Alves (2015):

O termo welfare state (estado de bem-estar), como conhecemos hoje, é uma expressão de tradição anglo-saxônica utilizada para designar as políticas sociais instituídas para garantir o “mínimo” de proteção [...], welfare state foi cunhado pelos britânicos em 1939 para se contrapor ao “warfare state” nazista, agrupando, sob um mesmo mecanismo institucional, seguros, assistência social e programas de cidadania universal. Após a derrota do nazi-fascismo, a Grã-Bretanha e a maioria dos países europeus reformaram e ampliaram seus sistemas de proteção social, com a finalidade de prover uma cobertura assistencial universal para seus trabalhadores [...] Embora existam menções ao welfare policy (políticas de bem-estar), desde meados do século XIX, o termo welfare state popularizou-se no meio político-social entre as décadas de 1940 e 1950 através do Plano Beveridge. Fruto de um trabalho minucioso sobre a proteção social e seguridade na Grã-Bretanha, esse plano apresentava, em 1942, os resultados e propostas de ação de um comitê interministerial criado para analisar a situação e a abrangência das políticas assistenciais em território britânico (Alves, 2015, p. 54-55).

Nesse raciocínio, corroboram Behring e Boschetti (2011) que se

[...] define o Welfare State a partir da experiência iniciada na Inglaterra, apontando as principais mudanças ocorridas e que definiram o que é o Welfare State: 1) ampliação de serviços sociais em que se incluem a seguridade social, o serviço nacional de saúde, os serviços de educação, habitação, emprego e assistência aos idosos, a pessoas com deficiência e a crianças; 2) a manutenção do pleno emprego; 3) um programa de nacionalização (Behring; Boschetti, 2011, p. 94).

É no período entre Guerras, em especial após a Segunda Guerra Mundial, que outros países, começam desenvolver também políticas sociais e modelos de proteção social baseados nos princípios bismarkianos e beveridgianos. Como já mencionado anteriormente, o Welfare State propriamente dito, foi uma configuração de resposta estatal, por meio de seguros sociais (welfare policy) ou sistemas universais (welfare state), datados historicamente – o primeiro por volta de 1880, o segundo após a Segunda Guerra Mundial (1945) –, e com configurações específicas, não sendo possível enquadrar novos modelos de seguridade social

desenvolvidos posteriormente por outros países como um “Welfare State” propriamente dito, no entanto, é possível dizer que houve abertura progressiva de outros países à formação de arranjos de políticas sociais e seguridade social básica, com junção de características da lógica, ora bismarkiana (seguro, com contribuição), ora beveridgiana (universal, sem contribuição prévia).

Assim elucidam Behring e Boschetti (2011) que

[...] as políticas sociais vivenciaram forte expansão após a Segunda Guerra Mundial, tendo como fator decisivo a intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas. A sua simples instituição e expansão, contudo, não pode ser interpretada automaticamente como instauração de Welfare State [...] adotam como referência os clássicos modelos bismarkiano e beveridgiano como parâmetros para a caracterização do Estado social e dos sistemas de seguridade social predominantes nos países capitalistas da Europa ocidental. Embora não existam sistemas e “modelos puros”, quando ocorre predomínio da lógica do seguro, os autores tendem a identificar o sistema como sendo de seguros ou bismarkiano; quando predominam amplos serviços não contributivos, tendem a identificá-lo como sistema beveridgiano ou de seguridade social [...] (Behring; Boschetti, 2011, p. 98-99).

A expansão do modelo beveridgiano se deu, não apenas em razão da inovação em seu modelo de políticas sociais universalizantes a toda a população, mas também derivou de medidas políticas tomadas frente à tensão estabelecida ao final do período de Guerra. Neste, os países capitalistas e socialistas entravam em uma “corrida” pela reconstrução de seus territórios e de seu poder – A Guerra Fria.

No período, a “guerra” foi estabelecida com alto teor ideológico, tensionando a batalha pela reconstrução de suas potências – capitalistas e socialistas. – O período requereu dos países capitalistas uma renovação interna no modelo de gestão do Estado de maneira a substanciar as transações econômicas, sua reconstrução e as relações de mercado, de mesma forma, a reestruturação do que havia se perdido/destruído com a guerra.

Em um esforço de conciliação de interesses de classes, atendendo aos interesses dos liberais do mercado e da classe trabalhadora, de maneira a cooptar seus movimentos para que não tendessem ao apoio soviético, e sim à validação do capital, a gestão por meio de políticas sociais robustas, em um modelo welfare state, se mostrou efetiva em respostas aos interesses das elites do capitalismo central.

Conforme Esping-Andersen (1991) numa mescla de “liberalismo e socialismo”

O resultado é um welfare state que [...] assume uma pesada carga de serviço social [...]

Talvez a característica mais notável do regime social-democrata seja a fusão entre serviço social e trabalho. Está ao mesmo tempo genuinamente comprometido com a garantia do pleno emprego e inteiramente dependente de sua concretização (Esping-Andersen, 1991, p. 110).

No mesmo raciocínio corrobora Gaspar (2015):

[...] foi estabelecida uma espécie de pacto social tripartite, englobando governo, empresários e trabalhadores. Esse pacto esteve na base da existência do Welfare State, ou Estado do Bem Estar Social, e nele os empresários entravam com os empregos, salários em níveis aceitáveis e com repasse – ao menos parcial – dos ganhos de produtividade, e investimentos na elevação da capacidade produtiva. Os trabalhadores, por sua vez, além de garantirem o cumprimento das cláusulas previstas nos seus contratos de trabalho, comprometiam-se a moderar suas reivindicações e circunscrevê-las nos estritos marcos das economias de mercado[...] Essa estratégia política tinha como pano de fundo o propósito de afastar trabalhadores, suas lideranças e organizações (os sindicatos) dos comunistas [...] (Gaspar, 2015, p. 270).

A partir da expansão dos sistemas de seguridade social ao redor do globo, passa-se a pensar em novas formas de resposta às demandas sociais da população, demandas essas que também abrigam o âmbito da saúde coletiva, dos sistemas de saúde se construindo e reconstruindo no decorrer da história até os dias contemporâneos.

Com o Brasil não foi diferente. O Brasil que havia sido aliado das potências capitalistas na Segunda Guerra, também sofreu com a crise e recessão econômica deixadas pelo período. O Brasil, no entanto, diferente dos países de capitalismo central, possui um passado colonialista que o torna economicamente dependente das relações internacionais.

Assim, no contexto brasileiro, haverá uma movimentação incentivada pelas potências capitalistas para implementação de ações que agreguem à industrialização do país, fortalecendo os laços de acordos e interesses internacionais. No entanto, ao seu próprio modo e em anos subsequentes, o Brasil implementará políticas sociais conforme as condições próprias do país e diferentemente ao que anteriormente se considerava um welfare state, conforme destacam Behring e Boschetti (2011).

O Brasil, como um país com histórico agrário e de exploração de

recursos naturais, passa a receber incentivo à industrialização a partir das alianças entre Guerras, gerando esporos de desigualdade social de um capitalismo nocivo. Esporos danosos de tal maneira, que também perpassa a mobilização da classe trabalhadora em torno de quebra do paradigma da acumulação desta macroeconomia, imputando ao Estado o dever de regular as relações sociais e econômicas de uma forma renovada.

No tópico a seguir buscar-se-á explicitar algumas considerações relevantes sobre a configuração de políticas sociais na história do Brasil e sua influência para a estruturação da seguridade social e sistema de saúde nacional.

2.2 POLÍTICA SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Conforme a Teoria do Estado e de seus elementos constitutivos, esse é constituído por três elementos principais: povo, território e governo soberano. Este último, ao retomarmos a história do Brasil, é sabido que nem sempre foi realidade.

O Brasil possui uma herança colonialista de exploração de seus recursos naturais, riquezas e características altamente agrárias. Diferentemente dos países europeus e Estados Unidos que possuem características imperialistas e de colônias de povoamento, desembocando em uma história de alta industrialização e desenvolvimento central das ideias liberais de base capitalista.

Países tais quais o Brasil, que possuem histórico de exploração, dependência econômica e de acordos internacionais para com os países de capitalismo central, acabam por ter sua soberania limitada, por consequência, ficam subordinados aos interesses da classe burguesa europeia e estadunidense, inclusive no quesito respostas à questão social e desenvolvimento das políticas sociais.

Assim elenca Brettas (2017) ao elucidar que:

O Estado nas economias dependentes está marcado por relações desiguais de poder que limitam o exercício de sua soberania frente a outras formações econômico-sociais a que está submetido. Assim, esse funciona como uma ferramenta a serviço dos interesses das classes dominantes dos países centrais ao mesmo tempo em que expressa as necessidades da classe dominante local, nas suas relações de contradição e subordinação com aquelas (Brettas, 2017, p. 55).

As primeiras iniciativas nacionais de políticas sociais propriamente ditas, dizem Behring e Boschetti (2011), foram datadas por volta da década de 1930,

ainda no governo de Getúlio Vargas. O Brasil que possuía um histórico consolidado de economia agrária cafeeira e exportadora, agora via-se também em um processo de “modernização” com a entrada de novos capitais financeiros gerados a partir de uma (futura) elite industrial que tentava se implantar em território nacional.

Por se tratar de um processo de implantação de novas configurações mercadológicas e de mudanças nos rumos econômicos do país e da elite agrária, os investidores das tecnologias industriais necessitavam de positividade legal e apoio estatal entre os tensionamentos de diferentes interesses.

É, em especial, a partir da crise do capital ocorrida em 1929, com o “crash” da Bolsa de Valores, expressão da especulação financeira mundial, que há reestruturação da gestão macroeconômica. No Brasil, a repercussão se dá no enfraquecimento da elite agrária cafeeira que possuía grande poder econômico e político nacional e internacionalmente, uma vez que era responsável pelo escoamento do principal produto nacional de interesse global: o café.

Com o descontrole financeiro da Bolsa de Valores, em 1929, os investidores optam por manobras de contenção da crise que impactam diretamente na importação do café brasileiro, fragilizando a elite dominante até o momento. É durante esse período que outras elites – incluindo a elite industrial – encontram solo fértil para tensionar a correlação de forças políticas existentes no Brasil, para que pudessem se estabelecer neste e no âmbito econômico. Assim exemplificam as autoras ao dizerem que

[...] o advento da crise internacional de 1929-1932 teve como principal repercussão no Brasil uma mudança da correlação de forças no interior das classes dominantes [...] Com a paralisia do mercado mundial em função da crise de 1929-1932, as oligarquias agroexportadoras cafeeiras ficaram extremamente vulneráveis econômica e politicamente. E aquelas oligarquias do gado, do açúcar e outras, que estavam fora do núcleo duro de poder político, aproveitaram as circunstâncias para alterar a correlação de forças e diversificar a economia brasileira (Behring; Boschetti, 2011, p. 104-105).

O processo de troca de paradigma da elite cafeeira até então dominante nacionalmente, para outras classes, como fato isolado, não foi capaz, em si, de trazer a estabilidade econômica e social em meio à crise global. Sendo assim, mesmo alavancando o processo de industrialização e modernização dentro do país, essa se configurou como uma “modernização conservadora”, ineficiente do ponto de vista de manejo da questão social e mantenedora dos interesses burgueses. Os

padrões de superexploração mantidos do início do período de industrialização no Brasil, estenderam seus ideais até o período ditatorial que se seguiu de 1964 até o final da década de 1980 em solo nacional.

Conforme Brettas (2017):

O Estado impulsionou de forma mais intencional a expansão de base industrial a partir de 1930, dando início ao período nacionaldesenvolvimentista, que passará pela consolidação do capitalismo monopolista – por meio da ditadura empresarial-militar que se inicia com o golpe de 1964 – e terá seu declínio nos anos 1970/80[...] a modernização conservadora, que caracteriza a consolidação do capitalismo monopolista, será marcada pela concentração de renda, intensificação das desigualdades regionais e pela precarização da classe trabalhadora em meio a uma ditadura empresarial-militar. Estes elementos têm desdobramentos sobre a dinâmica da luta de classes e, portanto, sobre as respostas que o Estado apresenta às expressões da questão social (Brettas, 2017, p. 57-58).

Em tal contexto de desigualdades sociais, a população e classe trabalhadora sofriam com as expressões da questão social, como por exemplo trabalhos sem regulamentação trabalhista, ausência de um Estado social com respostas efetivas às demandas de saúde, trabalho, previdência, vida, entre diversos outros fatores estruturais acerca da sobrevivência humana. Ausentava-se o Estado da promoção de bens e serviços pela via do direito aos cidadãos, na mesma medida em que o Estado assumia incentivos de tal “modernização conservadora” e industrialização para atender interesses de acumulação capitalista internacional e da nova burguesia nacional em ascensão:

No Brasil, o Estado, mesmo quando submetido ao discurso liberal, sempre possuiu um papel preponderante para a garantia das condições gerais de acumulação capitalista[...] Tendo em vista a relação com países que possuem forças produtivas mais desenvolvidas, o desenvolvimento capitalista passa a ser possível por meio da “queima” de algumas etapas, mas para isso, a presença do Estado sempre foi fundamental (Brettas, 2017, p. 56-57).

Em um contexto entre as Guerras Mundiais (1918-1939), muitos trabalhadores já se organizavam em coletivos para manifestar a insatisfação e mobilizar respostas efetivas diante das condições sociais vivenciadas a partir da industrialização e adensamento da crise de 1929. O Estado brasileiro, por essa razão, passa a esboçar o que seriam os arquétipos do que viria a ser a seguridade social brasileira nas décadas posteriores.

Não livre das limitações próprias a um país de capitalismo dependente e em desenvolvimento, as políticas sociais do Brasil à época são iniciadas com inspiração bismarkiana, com caráter securitário em uma perspectiva de cidadania condicionada a pequenas parcelas de trabalhadores chaves ao escoamento de capitais e mercadorias nacionais, afastando-se da perspectiva de direito social e universalidade.

Sobre as características das primeiras experiências brasileiras com políticas sociais, ressalta Brettas (2017):

[...] a partir da Revolução de 1930, a forte presença do setor privado no provimento de serviços sociais e a caridade se combinam de forma a configurar uma política social fragmentada e corporativa, pintando com cores fortes a contradição inerente à garantia de direitos no capitalismo[...] organizadas pela classe trabalhadora em busca de melhores condições de vida e de trabalho, elas se configuram enquanto uma resposta do Estado (de classe) e servem também aos interesses do capital tanto porque amenizam os conflitos de classe, quanto porque reduzem o custo de reprodução da força de trabalho que ficaria a cargo dos capitalistas (Brettas, 2017, p. 58-59).

A primeira lei previdenciária em solo brasileiro, publicada em 1923, ficou conhecida como “Eloy Chaves”, nome do deputado federal proponente da iniciativa. A Lei Eloy Chaves constituiu as caixas de aposentadorias e pensões (CAP) que, a partir da contribuição de patrões e empregados das companhias ferroviárias privadas, seriam alimentadas para garantir aposentadorias para aqueles que tivessem 50 anos de idade e 30 anos de serviço no setor, por meio de um benefício mensal pouco abaixo da média dos salários à época.

A iniciativa não se tratou de “benevolência” do Estado, mas de um resultado e resposta às greves realizadas pelos trabalhadores ferroviários. A resposta do poder público também se tratou de uma iniciativa estratégica e de medida econômica, uma vez que o Brasil escoava suas principais mercadorias pelas ferrovias, internamente e para exportação.

Conforme matéria no website do Senado do Brasil:

Se agora quem consegue paralisar o Brasil são os caminhoneiros, na Primeira República esse poder era dos ferroviários. O país dependia das estradas de ferro. Em 1923, as pessoas e as mercadorias (incluindo o café, base da economia nacional) viajavam em trem e navio[...] Os ferroviários não hesitavam em exercer o poder de paralisar o Brasil. De 1906 em diante, praticamente não passou ano sem que se registrasse paralisação em estradas de ferro (Senado Federal, 2019).

Avançando alguns anos, as primeiras elaborações de políticas sociais no Brasil, propriamente ditas, se dão com inspiração bismarkiana, ou seja, na forma de seguros sociais exclusivamente a categorias de trabalhadores consideradas “essenciais” à economia da década de 1930. Tais políticas, majoritariamente ligadas à previdência social – instituídas pelas CAPs e posteriormente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) – respondiam de maneira fragmentada e restrita (não universal), repetindo características do modelo bismarkiano alemão. Em resumo, “fragmentada e seletiva” (Behring; Boschetti, 2011, p. 108).

Ainda vale ressaltar que não existiu no Brasil um Estado de bem-estar social como vivenciado na Europa. De mesma forma, desde as primeiras iniciativas de políticas sociais em solo brasileiro, não foi possível verificar um sistema robusto e articulado de proteção social, configurando, desde o início, políticas focalizadas de proteção social, em uma tentativa de aproximação a um Estado social às formas brasileiras.

Em síntese, o início das políticas sociais no Brasil “[...] se deu entre os anos de 1930 e 1943, que podem ser caracterizados como os anos de introdução da política social no Brasil”, conforme relembram as autoras Behring e Boschetti (2011). Tal introdução se dá em razão da “agenda modernizadora no Brasil” em meio à crise e tensionamentos sociais, sendo que o Estado passa a projetar intervenções além da ação policialesca⁶. Assim, a modernização:

[...] não comportou procedimentos decisórios democráticos [...] num processo de modernização conservadora [...] impulsionando as demais oligarquias agrárias e a indústria, estavam pendentes a regulamentação do trabalho e o enfrentamento da questão social, até então vista exclusivamente como questão de polícia [...] (Behring; Boschetti, 2011, p. 105-106).

Os primeiros esforços mobilizados para criação de políticas sociais estiveram relacionados à regulação das condições formais de trabalho e um modelo público de previdência social para situações de vulnerabilidade relacionadas à capacidade laborativa.

O saber médico, imperante nos serviços previdenciários de atenção à saúde da época, que ditava majoritariamente a condução das internações e a liberação de leitos. Em um modelo que se propunha a objetificar a doença como foco

⁶ Antes que houvesse regramento via legislações e intervenção pública via políticas sociais, o Estado intervinha nas expressões da questão social via poder repressivo e coercitivo, “como questão de polícia”, conforme Behring e Boschetti (2011, p. 106).

de intervenção de maneira curativista, não necessariamente preventiva e fortemente em caráter lucrativo. Ou seja, a doença como intervenção e a saúde como mercadoria.

Avançando cronologicamente, em 1930 é criado o Ministério do Trabalho, em 1932 a Carteira de Trabalho, seguida da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em 1943, que passa a condicionar uma espécie de cidadania “regulada”⁷, vinculada a um registro formal de trabalho; àqueles que possuísem registro, teriam acesso também a direitos sociais.

Neste período, as primeiras iniciativas da previdência social cobriam ocorrências de saúde, idade, acidentes de trabalho, entre outras situações que interferem na capacidade laborativa dos trabalhadores. O caráter “[...] corporativo e fragmentado, distante da perspectiva de universalização [...] cobrindo riscos ligados à [...] categorias de trabalhadores estratégicas, mas com planos pouco uniformizados e orientados pela lógica contributiva do seguro” caracterizam os serviços previdenciários fornecidos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) e dos marítimos (IAPM), que ao tempo eram os responsáveis pelo controle do acesso aos serviços (Behring; Boschetti, 2011, p. 104).

A saúde ainda não era uma realidade enquanto política social pública, mesmo com a ampliação de acesso à parte da classe trabalhadora, ainda não se constituía como um direito atrelado à cidadania.

Para aqueles que previamente possuíam os critérios de categoria profissional, estariam segurados a acessar serviços de saúde, via institutos de previdência social, quando necessário, ainda que de forma precária. Ademais, aos outros segmentos sociais, os serviços de saúde eram fornecidos por meio privado, ou seja, somente àqueles que pudessem pagar pelos custos. A quem a saúde não pudesse pagar, ficavam descobertos, sem acesso ou dependiam de ações fragmentadas e descontinuadas de cunho caritativo pelas Santas Casas de Misericórdia ou Hospitais Universitários, atendendo tais pessoas enquanto “indigentes”, conforme publicado em Revista Poli de Saúde, por especialistas da Fiocruz (2018):

A partir dos anos 1920, o país foi desenhando um modelo em que, primeiro, algumas categorias (ferroviários, marítimo etc) foram conseguindo esquemas de assistência à saúde e benefícios como aposentadoria. Com o passar do tempo, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal tinham direito a fazer consultas, exames,

⁷ Conceito cunhado pelo autor Wanderley Guilherme dos Santos (1979).

cirurgias [...]. Um mito a ser quebrado é que todos que tinham carteira assinada usavam, necessariamente, a previdência – e que eram iguais. Isso porque embora a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela pagava.

A grande maioria daqueles que tinham carteira ganhavam um salário-mínimo. Esses previdenciários pobres tinham muita dificuldade de serem atendidos na Previdência [...]. Um segundo engano comum é pensar que a população sem carteira só tinha acesso se recorresse a filantropia. “O que a gente tinha? Algumas unidades públicas que atendiam a todos. Os hospitais universitários, que atendiam a todos, alguns como indigentes, outros como medicina previdenciária. E as filantrópicas, que também atendiam a todos, embora na condição de indigentes” (Fiocruz, 2018, p. 6).

Ao acesso à direitos que dependem de um “mérito” e critérios associados à condição de trabalhador formal, Telles (1999) sustenta a afirmação de que a história da política social brasileira, é uma história de “cidadania regulada”. Ou seja, o cidadão é reduzido a uma condição de “pré-cidadão” quando as políticas sociais são seletivas e não universais; sendo que aos sujeitos destituídos de carteira de trabalho resta uma condição de não acesso a direitos sociais e políticas que favoreçam sua plena participação na sociedade.

Assim, elabora Telles (1999) ao exemplificar que

O cidadão como indivíduo não tem identidade e figura próprias: a verdadeira figura da cidadania é o sindicato. É ele que tem a posse de direitos e é através dele que o trabalhador reconhecido pelo seu vínculo legal à corporação profissional pode ter acesso aos benefícios sociais garantidos pelo Estado [...] Fora dessa condição, [...]. Desempregados, desocupados, subempregados, trabalhadores sem emprego fixo são na prática transformados em pré-cidadãos, sujeitos ao tratamento hobbesiano clássico[...] (Telles, 1999, p. 90).

Tal compreensão também é compartilhada por Fleury e Ouverney (2012) ao analisarem os sistemas de saúde sob a ótica do modelo de seguro social. Os autores afirmam que cidadania regulada se trata do conceito “[...] cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional [...]” (Fleury; Ouverney, 2012, p. 34), evidenciando que o acesso a direitos sociais encontra-se condicionado à posição do indivíduo no mercado de trabalho.

Assim, ao pensar nas décadas seguintes à de 1930, na qual se estabelece um modelo de políticas sociais baseadas na lógica do seguro, vinculadas ao âmbito previdenciário, é fato que a condição de cidadania regulada afeta também o acesso aos serviços de saúde e a compreensão das práticas em saúde do período.

No período não existia direito de acesso à saúde e a sua compreensão também era articulada associada à medicina previdenciária, distanciando-se de qualquer possibilidade de compreensão ampliada de saúde (a qual abordaremos em tópico posterior, oportunamente).

Demandas situadas para além do âmbito estritamente previdenciário – como aquelas relativas à saúde ou assistência social – apresentavam-se de maneira extremamente precária e sem regulamentação que as configurassem como direitos sociais de acesso securitário. Majoritariamente, o acesso a tais provisões era viabilizado por práticas caritativas ou filantrópicas:

[...] Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias que tinham acesso a eles [...]. Há também o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar [...]. Em relação à assistência social[...] é difícil estabelecer com precisão o âmbito específico dessa política no Brasil devido ao caráter fragmentado, diversificado desorganizado, indefinido e instável das suas configurações (Behring; Boschetti, 2011, p. 107).

O mencionado modelo restrito de política social no Brasil, de forma seletiva, fragmentada e frágil, segue nesta lógica até 1964, quando há a mudança de eixo da gestão estatal, em decorrência da ascensão de um Estado de Exceção, a partir da Ditadura Militar que se instaurou em território nacional. Em síntese, do início da implantação das políticas sociais até 1964, é possível dizer que a expansão das políticas sociais se deu de forma lenta e restrita.

O processo de “modernização” do Brasil como solução para os desígnios do capitalismo, projeta o Estado brasileiro em direção à abertura aos interesses de governos norte-americanos e acordos internacionais, que sob a promessa de alavancar o desenvolvimento nacional e construção de um Brasil ainda mais “moderno” e industrializado, se implantou pela via da “[...] violência militar. O golpe de 1964 instaurou uma ditadura que durou 20 anos e impulsionou um novo momento de modernização conservadora no Brasil, com importantes consequências para a política social [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p. 111).

É verdade que a mudança para um Estado forte e coercitivo, no qual a repressão era legalmente institucionalizada, impactou diretamente a compreensão do caráter utilitário das políticas sociais.

O período, a partir de grande injeção de capitais externos e acordos

internacionais, foi de fato de grande expansão industrial e de novas tecnologias em âmbito nacional. No entanto, a já tão conhecida questão social, advinda da dinâmica de acumulação capitalista, permanecia emergida no plano social. Era esperado que com o desenvolvimento de capitais, se desenvolvesse também novas formas de expressão da questão social, que agora refletiam as desigualdades sociais de um capitalismo em sua fase monopolista (Netto *apud* Behring; Boschetti, 2011).

O Estado altamente violento, utilizava-se da expansão de políticas sociais como forma de validação política do governo autoritário, partindo de direitos sociais, ainda que na ótica do seguro ou institucionalização de formas de caridade, por meio das quais obtinha, também, instituições de controle social – leia-se controle dos indivíduos - em um “[...] mix de repressão e assistência, tendo em vista manter sob controle as forças do trabalho que despontavam” (Behring; Boschetti, 2011, p. 136).

O modelo de atenção previdenciária foi ampliado, por exemplo, incluindo trabalhadores rurais de maneira redistributiva, “[...] já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas em uma pequena taxa dos produtores, apesar de seu irrisório valor de meio salário-mínimo (1972)” (Behring; Boschetti, 2011, p. 136). Outras categorias, conforme ressaltam as autoras, como empregadas domésticas, jogadores de futebol, trabalhadores autônomos e ambulantes foram incluídos nos agora técnica e unificadamente estruturada política de previdência social – Instituto Nacional de Previdência social (INPS).

Outra ação implementada no período, foi a instituição de uma “Renda Mensal Vitalícia” no ano de 1974 para idosos pobres, também no valor de meio salário-mínimo à época, que tivessem no mínimo um ano de contribuição para a previdência.

As ações e serviços de saúde do período seguem sendo precários e em sua grande maioria inacessíveis, conforme dados publicados pela Fiocruz (2018) que informa que entre os anos de 1972 e 1976, 1.417.500 crianças morreram de causas evitáveis associadas a doenças por falta de saneamento básico – atualmente, a mortalidade infantil compõe um dos indicadores de saúde pública e condições de vida da população (Brasil, 2021).

Outros números trazidos pela Fiocruz (2018, p. 5) revelam as condições de saúde do período são as de que “[...] 72 % dos que morriam no país tinham menos de 50 anos e, destes, 46,5% eram crianças menores de quatro anos”. Em outras palavras, a população vivenciava condições precárias de saúde, mesmo

com o período de crescimento econômico, que beneficiava apenas ao setor dominante das indústrias e outras burguesias.

Outro fator crucial para adensamento da questão social e suas expressões nas condições de vida e saúde pública, foi o chamariz de oportunidades de emprego, com a promessa de industrialização dos grandes centros urbanos. O período caracterizou-se por um alto êxodo rural, em certa medida, fomentado pelo governo, uma vez que necessitava de mão de obra para as indústrias. Se tratou de um período de significativa concentração populacional saídos do campo para a cidade, sem que se houvesse um planejamento urbano adequado a comportar o montante que agora deixava seus territórios rumo às cidades. Tais trabalhadores, por estas razões

[...] se alojaram nas periferias e favelas, locais sem saneamento, sem água encanada, muitas vezes sem luz, que ofereciam condições perfeitas para a proliferação de doenças. Iam vender barato sua força de trabalho – isso se conseguissem emprego. “Os migrantes chegavam às cidades completamente desamparados. E a forma como a saúde estava organizada, a cidadania estava atrelada a carteira de trabalho” [...] (Fiocruz, 2018, p. 5).

Houve também outra séria questão de saúde pública, que não foi tratada ou elaborada como tal, uma grave crise na saúde mental da população. Devido à lógica altamente privatista dos seguros sociais e do acesso à saúde, o Brasil passou por um período chamado de “indústria da loucura” nos anos seguintes à década de 1960.

Fato tal, que diversos serviços de saúde ou leitos de atendimento público, neste período, foram encerrados para dar sequência em um projeto de incentivo às parcerias entre o governo e os hospitais privados. Estes, por sua vez, viram na doença mental uma forma lucrativa de mercantilização e elevação de seus ganhos privados, em detrimento do bem-estar público enquanto necessidade coletiva, pois não se concebia a saúde como um direito – enfatizando a concepção de cidadania regulada.

Assim destacam as pesquisadoras Scheffer e Silva (2014) ao trazer que

Em 1960, o Brasil estava em plena crise e luta na saúde mental, devido ao fechamento dos leitos públicos e o apoio às clínicas particulares, desencadeando, assim, uma onda privatista chamada pelos estudiosos do período de “indústria da loucura. A mercantilização do serviço de Saúde Mental promovida pelo setor financeiro e as grandes

corporações médicas fizeram da doença mental um objeto precioso de lucro (Scheffer; Silva, 2014, p. 366-367).

Apesar do grande salto econômico vivenciado nos primeiros anos após 1964 e ampliação das políticas sociais, os “milagres” e promessas econômicas e de bem-estar social não se sustentaram. Não apenas pelo cenário vivenciado pela população, mas também no âmbito de gestão do Estado.

De meados de 1970 em diante, o Estado inflado, com dívidas internacionais e com grande descontentamento popular, a gestão tecnocrática, fragmentada e repressiva, começa dar sinais de falência da Ditadura Militar e do Estado repressivo. Conforme Behring e Boschetti (2011):

[...] a sustentação de taxas de crescimento entre 11% e 14% ao ano durante um longo período de tempo demonstrou-se insustentável, diante dos limites da ampliação do mercado interno de massas [...] da crise internacional e também diante das imensas contradições mobilizadas por esse desenvolvimentismo autocrático-burguês [...] (Behring; Boschetti, 2011, p.135-136)

O direcionamento do Estado para a iniciativa privada, tornou o solo nacional propício para a agudização das expressões da questão social, no que se refere à desigualdade de acesso à bens e serviços essenciais, a exemplo da saúde.

Nesse contexto, a saúde passa a ser compreendida como um bem, uma mercadoria a ser adquirida por aqueles que “merecerem” – precariamente acessada por meio da medicina previdenciária –, enquanto os demais permanecem sujeitos às consequências desse modelo. Trata-se de uma dinâmica que responsabiliza os indivíduos e decorre de uma estrutura mais ampla, que engendra iniquidades em saúde – o próprio sistema de produção capitalista.

Em 1969, é promulgada uma nova Constituição no Brasil que ratifica o papel de coadjuvante do Estado em investimentos econômicos sociais. Sob a lógica de que o fomento às iniciativas privadas e parcerias, trariam maior modernização nacional e, conseqüentemente, maior bem-estar à população. Falácia que se mostra incoerente, ao passo que os planos são consolidados. É o que se segue em dados na publicação da Fiocruz (2018):

A Constituição de 1969 definiu que a iniciativa estatal na área econômica era de caráter complementar a iniciativa privada. “O governo militar foi super importante para a privatização em todas as áreas. Na saúde [...] eram médicos do trabalho que faziam suas empresinhas. Com o regime militar, eles se tornaram capitalistas no sentido literal do termo: saem do esquema de autofinanciamento e

passam a tomar empréstimos e créditos do governo [...] Esse era o discurso: mais empresas, mais mercado, equivaliam a mais modernização[...] A demanda era garantida pelo Estado. O INPS e, depois, o Inamps operavam basicamente através de convênios como a rede privada ao invés de investir na ampliação e qualidade da rede própria de serviços (Fiocruz, 2018, p. 7).

Todo o contexto supracitado, desencadeou o enfraquecimento do Estado Ditatorial que já não mais mantinha sua “máquina” e aparato burocrático em funcionamento com a mesma força prometida.

Entre as décadas de 1970 e 1980 observou-se a emergência de diversos movimentos sociais – trabalhadores, pesquisadores, estudantes, população civil em geral – requerendo resolução do caos social implantado pelo período ditatorial e toda forma de opressão e desigualdade social trazida pela face mais violenta do capitalismo e seus flertes com a extrema direita. Surgem assim os movimentos amplamente conhecidos na história do Brasil pelas eleições “Diretas-Já!”; aliado ao movimento por redemocratização do Estado, as condições de saúde vivenciadas pela população “[...] gerou “rebeldias e resistência” de dois movimentos organizados que surgiram concomitantemente no final dos anos 1970: o movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Antimanicomial” (Scheffer; Silva, 2014, p.368).

Dessa maneira, tendo em vista a importância da Reforma Sanitária Brasileira, abordar-se-á no tópico seguinte sua ascensão e sua importância para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) da maneira como se configura atualmente.

2.3 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Reforma Sanitária enquanto movimento social expressou a indignação da coletividade com relação às condutas estatais repressivas e limitantes à efetivação de uma cidadania ampliada, a requisição pela universalização do cuidado em saúde e de uma política de saúde não previdenciária.

A sociedade civil organizada em movimentos sociais compartilhava um sentimento mútuo de busca por justiça social, abertura democrática dos processos políticos nacionais e redefinição de compreensões do que era saúde, bem como essa deveria ser conduzida de forma participativa, não reduzida, em articulação com os

fatores condicionantes às demandas do processo saúde-doença. Buscaram-se com a Reforma Sanitária, tanto uma troca de eixo na forma de gestão e condução das ações securitárias, como na forma epistemológica de trabalhos intelectuais das matérias de intervenção em saúde.

É o que traz Paim (2008) ao abordar que no processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

Criticou-se a concepção liberal de saúde pública, o seguro social alemão e a noção de assistência social, destacando a evolução da cidadania e dos direitos (civis, políticos e sociais), a importância do Plano Beveridge e a implantação do Serviço Nacional de Saúde inglês em 1948. Defendeu-se a democratização da sociedade e do Estado com vistas à democratização da saúde, questionando-se a assistência social patrocinada pelo liberalismo e admitindo-se aquele momento histórico como de significativa importância, pois poderia estabelecer, através da Nova Carta, um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil capaz de fazer avançar o processo de democratização (Paim, 2008, p.103).

Uma expressão concreta da RSB foi a ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, na qual trabalhadores, estudantes e sociedade civil organizada mobilizaram quatro dias de intensas discussões sobre a remodelação dos caminhos desejados à saúde coletiva nacional. É ao final da Conferência, evento marcante na história da política social brasileira – e na história da saúde pública – que se redige um Relatório Final com os indicativos populares das diretrizes, princípios e concepções desejados para o futuro modelo de assistência à saúde a ser implantado em todo o território.

O Relatório traz ineditamente a saúde como direito atrelado a uma cidadania não condicionada; um projeto de política independente e desvinculada de prévia contribuição; extrapolando e vislumbrando de forma crítica a medicina exclusivamente curativista prestada até o momento pelos serviços previdenciários dos IAPs e privados.

A exemplo do acima descrito o trecho retirado do documento demonstra:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de

promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1986, p. 4).

O documento (Brasil, 1986) segue manifestando as justificativas e críticas ao modelo privatista de saúde e de seguro social até então aplicados, como modelos que engendram “vicissitudes” e desigualdade em saúde, em razão de um modelo de empresas de saúde que objetivam o lucro, focadas no destaque às doenças dos sujeitos, em detrimento do caráter amplo que deveria ser dado aos múltiplos processos – sociais, econômicos, culturais entre outros – que permeiam a saúde e doença.

A compreensão da saúde mental, altamente influenciada pelos acontecimentos sociais do período, também buscou uma nova visão sobre o que até o momento chamava-se de “loucura” e dos aparatos manicomiais que se tinham para “tratamento” dos “loucos” – sujeitos em sofrimento mental e/ou social estigmatizados pelos serviços e sociedade.

Fato é que a Reforma Sanitária Brasileira teve grande impacto para a compreensão de Saúde Coletiva ampla, bem como sua associação aos rumos da Reforma Psiquiátrica, destacam Scheffer e Silva (2014):

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente [...]

O paradigma da psiquiatria até então vigente era percebido como um conjunto de normas e ações voltadas para solucionar o problema da doença mental, segundo uma visão positivista e medicalizante, em que se buscava uma explicação de causa e efeito para a doença, tendo como horizonte a cura (Scheffer; Silva, 2014, p.14).

É a partir dos movimentos sociais do período e construções coletivas realizada pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que se estabelece a reabertura democrática no cenário político brasileiro, com a chamada de eleições diretas (1989) e reconstrução de instâncias democráticas reformadas, através da elaboração e promulgação de uma nova Constituição Federal do Brasil em 1988.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 ficou reconhecida por ser uma constituição “cidadã”, por ampliar significativamente os direitos sociais, em especial os não contributivos, bem como projetar a construção de um modelo de

seguridade social, composto por Assistência Social, Previdência Social e Saúde. É verdade que mesmo com tal ampliação, ainda não é possível dizer que o Brasil estaria próximo de um Welfare State, pois, como já dito, foi datado historicamente e possui um sistema robusto e ampliado das mais diversas políticas sociais, garantindo cobertura universal. Ainda assim, foi um salto qualitativo e uma conquista coletiva inédita para as políticas sociais e para os rumos da cidadania brasileira.

A saúde passa a ser estruturada enquanto uma política social universal – de inspiração beveridgiana – independente de contribuição previdenciária, articulada com os diversos setores da sociedade e demais políticas sociais, com o objetivo de promover a saúde coletiva e pública seguindo os princípios trazidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, inclusos agora nas diretrizes presentes na Constituição Federal de 1988.

Behring e Boschetti (2011) dizem, sobre a nova estrutura das políticas a partir de 1988, que:

A grande novidade, portanto, era o processo de redemocratização, apesar da crise econômica, com seu forte conteúdo reformista, no sentido de desenhar na Constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática [...] a introdução do conceito de seguridade social, articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social, e dos direitos a elas vinculados, a exemplo da ampliação da cobertura previdenciária [...].

Alguns trabalhos mostram o processo de luta, a participação dos sujeitos políticos, profissionais e de usuários, e que foram decisivos para a formatação legal dos direitos sociais no Brasil, pela primeira vez sob inspiração beveridgiana (Behring; Boschetti, 2011, p. 144).

Acrescentam ainda que a política de saúde e a futura construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – que se conhece na atualidade – é fruto das essenciais lutas sociais travadas contra os modelos privatistas, ressaltando que:

[...] o que se consolida na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), com a sua proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do conceito de saúde integral, relacionada às condições de vida e trabalho da população. A luta da saúde foi árdua, deparando-se com fortes interesses econômicos do setor privado [...] que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos (Behring; Boschetti, 2011, p. 145).

E desse processo de redemocratização, a sociedade brasileira passa a comportar uma mistura entre as inspirações de seguro social – bismarkiano – e

inspirações de acesso universal – beveridgianas.

Em síntese, em matéria de proteção social alguns autores (Giovanella, Mendonça, 2012; Fleury, Ouverney, 2012) trazem três modelos de orientação que podem permear a construção das políticas sociais: Assistência Social, Seguro Social e Seguridade Social.

As características da assistência social como modelo de proteção social, segundo Fleury e Ouverney (2012) se expressa por políticas executadas de forma residual, orientadas de maneira liberal – Estado mínimo e autoregulado – composto pelo princípio da caridade, com efeito discriminatório para quem acessa as políticas – chamada pelos autores de cidadania invertida – além de ser focalizada na categoria estigmatizada de “pobres”. Assim, explicam que

As ações assistenciais devem dirigir-se aos focos de pobreza ou grupos vulneráveis, sendo necessário, para tornar-se beneficiário, apresentar uma prova de inexistência de meios que ateste sua incapacidade financeira. O fato de receber um benefício, ainda que tendo um caráter mais permanente, não transforma o indivíduo em possuidor de um direito [...] Fleury (1994) denominou essa relação social como “cidadania invertida”, já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social (Fleury; Ouverney, 2012, p.33)

Relembrando as características do modelo de proteção social baseado no seguro social, já abordado anteriormente, trata-se de uma modalidade meritocrática de acesso a direitos, permeada pela ideologia e administração corporativa/privada, baseada no princípio da solidariedade – contributiva – tendo os benefícios de acordo com a arrecadação individual e categoria profissional, é fragmentado e tem por inspiração as ideias bismarkianas, atravessando um referencial de cidadania regulada. Conforme os autores:

[...] o seguro social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Com base nos princípios da solidariedade [...] com o princípio do mérito, por meio do qual os indivíduos deverão receber compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro [...] A organização altamente fragmentada das instituições sociais expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem força política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefícios. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de cidadania regulada [...] (Fleury; Ouverney, 2012, p.33-34).

O último e já abordado modelo de proteção social, o de seguridade social, baseia-se em características institucionais, permeado pela ideologia da social-democracia e princípio de justiça social, tendo benefícios através de direitos aos usuários das políticas, com cobertura universal, administração pública estatal, inspirado no modelo inglês beveridgiano de políticas sociais, qualificando a cidadania como universal. Ressaltam os especialistas:

[...] a proteção social assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Sua referência histórica é o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado.

O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores [...] Nesse modelo, podemos falar de uma cidadania universal, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles (Fleury; Ouverney, 2012, p. 34).

Assim, é possível notar que a partir da Constituição Federal de 1988 o Brasil passa a adotar um modelo de proteção social que se aproxima das ideias adotadas no modelo de seguridade social beveridgiana, ainda que não em sua completude. Uma vez que fixa um tripé básico de seguridade social brasileira nas políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde; aquela, contributiva e sob lógica de seguro social; essa, não-contributiva, no entanto seletiva, “a quem dela necessitar” e com acesso regulado aos benefícios; e por fim, a saúde enquanto política universal propriamente dita com acesso indiscriminado.

Para além da seguridade social brasileira, existem outras políticas sociais previstas na Constituição cidadã que complementam o “hall” de políticas estatais visando o bem-estar social, a citar-se a educação.

Em foco, a Saúde, enquanto política social e como ela se desenvolve na estrutura brasileira é carregada de tensões, disputas de diversos e divergentes interesses econômicos, políticos – entre outros – dentro das incongruências ideológicas travadas pelos conflitos entre classes sociais – trabalhadores e burguesia – dentro deste modelo econômico de produção.

Fleury e Ouverney (2012) dirão ainda sobre a política de saúde brasileira, enquanto política social que a sua construção

[...] envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (Fleury; Ouverney, 2012, p. 37).

Corroboram ainda a ideia das diversas tensões vivenciadas para estruturação da política de saúde, enquanto Sistema Único de Saúde (SUS), como previsto pela Constituição Federal atual, quando dizem que

Se olharmos para além dos limites das arenas institucionais, perceberemos que a política de saúde se depara constantemente com uma intensa e múltipla dinâmica de relações de poder, na qual diferentes atores sociais são constituídos, interpelam-se, enfrentam-se e assim redefinem suas identidades e estratégias [...] relações que, historicamente, estabelecem-se entre os diferentes atores sociais na disputa pela redefinição das relações de poder, com consequência na distribuição dos recursos produzidos em uma sociedade [...] Nesse caso, na construção da política de saúde, depara-se com algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, com algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social. Aqui, ao elaborar uma política de saúde, deve-se ter em conta que seu formato interage com macroprocessos sociais, que irão delimitar o campo de expansão dessa política, normalmente reforçando-a ou restringindo-a (Fleury; Ouverney, 2012, p.47-48).

É dos mencionados tensionamentos que se conquistou o direito universal à saúde no Brasil, via SUS; é também dos tensionamentos que advieram seus desmontes – simultâneos à sua construção – nas décadas seguintes.

O Sistema Único de Saúde, SUS, enquanto política social integrante do tripé da seguridade social brasileira, foi previsto na Constituição Federal de 1988, no entanto não é um sistema acabado. Ele segue em construção até os presentes dias.

É importante ressaltar que somente dois anos após a promulgação da nova Constituição, se aprova a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei 8.080/1990 – que dispõe sobre a estrutura, organização, os níveis de atenção, princípios, diretrizes,

entre diversas outras providências relativas ao sistema de saúde de maneira detalhada.

A partir da LOS são incluídos os princípios que regem as ações profissionais dentro do SUS, bem como, inclui-se e ratifica-se a compreensão ampliada de saúde, trazida pelos movimentos da RSB.

É possível ver que de acordo com a legislação mencionada compreende-se saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover todas as condições que permeiam sua construção e consolidação. É também a partir da LOS que se traz a saúde composta por “[...] determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, acrescenta ainda um parágrafo único que expressa sobre tais condições dizerem “[...] respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”⁸ (Brasil, 1990).

Há na Lei 8.080/1990 quinze princípios que orientam as ações e serviços públicos do SUS, incluindo os serviços privados que mantenham alguma forma de convênio ou associação ao sistema. Desses quinze princípios, destaca-se aqui, em primeiro lugar, o princípio da universalidade, o qual rege o tom do sistema, de maneira acessível em todas as suas formas e níveis, sem restrição, conforme a complexidade de demanda em saúde apresentada por qualquer sujeito em território nacional.

Em segundo lugar, mas não menos importante, destaca-se o princípio da integralidade o qual é compreendido em termos da lei como o “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990).

A integralidade, para além da lei seca, carrega um amplo histórico de problematizações e construção de saberes científicos sobre seu significado e suas formas de operacionalização. É um conjunto de valores compartilhados e construídos socialmente e indica o referencial político de organização de práticas em saúde, tendo por objetivo final a promoção do bem-estar integral do usuário do sistema. Sinaliza,

⁸ Apesar de compor a Lei nº 8.080/1990, o trecho foi acrescentado em 2013 pela Lei nº 12.864, expressando a ideia de um Sistema de Saúde ainda em construção, mencionado anteriormente.

pois, a luta pela redefinição do objeto de intervenção dos profissionais da saúde pública, deslocando-se o objeto da doença e da cura – concebidas enquanto processo isolado – para o sujeito em suas múltiplas expressões, complexidades com centralidade na promoção de seu bem-estar integral.

É o que diz Mattos (2009)

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2009, p. 45).

A integralidade do SUS é polissêmica, tem uma variedade de sentidos expressando sua complexidade. É luta política e resistência popular, é estratégia na gestão, é orientação de organização de rede de serviços e projeção de futuro do sistema e seus serviços.

Uma primeira aproximação com o conceito, emerge da “medicina integral”, um movimento estadunidense que buscou romper práticas fragmentadas nas ações em saúde. Propondo reformas nos currículos de medicina à época. Conforme Mattos (2009):

Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram [...] A crítica da medicina integral a esse arranjo curricular levou-a a propor reformas curriculares. A ideia era criar novos currículos, transformando as escolas médicas em produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral [...] de enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes (Mattos, 2009, p. 49).

Conforme o mesmo autor, o mencionado movimento inspira a medicina preventiva no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 e dá bases para o que se consolidaria como o movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

Aqui, o movimento de medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, locus privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria

posteriormente chamado de movimento sanitário (Mattos, 2009, p. 50).

É no processo de ressignificação das práticas profissionais em saúde preventiva associada às ações assistenciais que o objeto privilegiado de intervenção deixa de ser demandado pelo usuário – assistencial enquanto diagnóstico e prescrição médica – e passa a ser um objeto construído, pelo menos à priori, por uma demanda profissional em se aproximar aos determinantes sociais de saúde que condicionam o adoecimento, assim como a recuperação, a fim de prevenir aquele.

Reconhecer que as ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais, posto que não são demandadas pelos usuários (pelo menos não antes que um amplo processo de medicalização inculque a necessidade de ações e serviços de saúde na população), implica que não basta simplesmente defender a utilização de tecnologias de diagnóstico precoce ou incentivar comportamentos supostamente mais saudáveis (Mattos, 2009, p. 54).

Assim, a integralidade adquire também, na área médica, o sentido de

[...] característica da boa prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença [...] é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos de que tratamos (Mattos, 2009, p. 54).

É fato também que, apesar de o campo da saúde ter sido historicamente estruturado sob a centralidade hegemônica das práticas médicas, na contemporaneidade observa-se a atuação de uma ampla e diversificada gama de profissionais que compõem as equipes e os serviços de atenção à saúde. Tal constituição, pode ser também um indicativo de que houve avanços na compreensão dos processos de saúde-doença dos usuários e na necessidade de uma intervenção ampliada e articulada entre equipes multiprofissionais, aproximando-se do princípio da integralidade. Assim, mais um sentido da integralidade se dá na configuração das práticas profissionais. É o que se diz:

Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto, a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade (Mattos, 2009, p. 56).

Concordam Miotto e Nogueira (2009), nesse sentido, de que a prática profissional pode expressar o princípio da integralidade, uma vez que esta materializa ideologias, direcionamentos políticos-profissionais, bem como movimentam projetos societários, frente à relação com os usuários. Ou seja, considerando a necessária intencionalidade presente na intervenção (multi)profissional, a integralidade pode se expressar em maior ou menor grau, conforme os divergentes interesses envolvidos nas ações.

É verdade que as autoras trazem que a integralidade está, também, impressa em três diferentes processos: nas ações socioassistenciais, tanto quanto nos processos político-organizativos e de gestão e planejamento (Miotto; Nogueira, 2009). Consideram que “[...] as ações profissionais estão atreladas à construção da integralidade e da participação social em saúde. Através da integração dos três processos” (Miotto; Nogueira, 2009, p. 238).

Nesse sentido, é indissociável a perspectiva do cuidado integral do atendimento multiprofissional que responda às múltiplas nuances objetivas e subjetivas de necessidades em saúde dos usuários. É fato, por isto, também que a integralidade necessariamente está pensada em uma lógica de redes articuladas de cuidados.

A integralidade se efetiva à percepção do concreto ao observar em que medida a lógica do cuidado é articulada dentro do hospital, a partir das práticas de seus gestores e trabalhadores.

Partindo dos níveis intelectuais (gestão) aos executores, a integralidade da atenção se faz de múltiplos e pequenos cuidados parciais que vão se complementando, a partir das relações de trabalho, sociais, políticas e tensões institucionais (Cecilio; Merhy, 2003).

Sendo assim

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde trazida por cada um (CECILIO, 2001). Porém, a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde (Cecilio; Merhy, 2003, p. 4).

A integralidade impressa sob a ótica do cuidado integral, objetiva a atenção à totalidade que compõe a vida dos sujeitos, leia-se, de suas necessidades

humanas. As necessidades humanas básicas derivam de estruturas bio e fisiológicas, e são igualmente condicionadas por facetas sociais e políticas, na medida em que o acesso aos recursos à sua satisfação encontra-se condicionado a uma estrutura macroeconômica apriorística ao sujeito.

A autora Camila Potyara Pereira (2013), traz uma problematização sobre de quem é o dever de atendimento das necessidades humanas básicas. Assim, destrincha que “necessidades humanas básicas” devem ser, nesse modo de produção, interligadas, obrigatoriamente, ao debate de “direitos sociais”, uma vez que somente a ordem do natural não é capaz de atender as demandas. Em uma sociedade estruturada em classes, marcada por uma específica divisão social do trabalho, a produção, distribuição e o acesso aos recursos são atravessados por desigualdades que dificultam o atendimento às necessidades humanas básicas de maneira plena. Conclui, desta forma, que a responsabilidade a este atendimento, é do Estado, compreendendo que as necessidades têm caráter coletivo, social e universal, divergindo, assim, da perspectiva de preferência individualizada dos sujeitos.

É essa conotação de necessidades que obriga o Estado a ser o principal agente de sua satisfação, descartando, por consequência, o mercado (que não tem vocação social) e as instituições privadas sem fins lucrativos (que não garantem direitos) do exercício dessa função [...] Neste sentido, em oposição às concepções que reduzem tais necessidades a desejos e preferências individuais, subjetivos e relativos, regulados pelo mercado [...] as necessidades humanas são históricas, mas também objetivas e universais (Pereira, 2013, p. 53).

Ainda refletindo sobre as proposições da autora, pode-se pensar na saúde como sendo uma das múltiplas necessidades humanas básicas (essenciais) a serem atendidas pelo Estado. É objetivo que a pense como um direito social de maneira a viabilizá-lo por meio de uma política social, coletiva, que atenda sistêmica e integralmente aos seus usuários. A saúde, da ordem do bio e fisiológico, traduz também um momento histórico, envolto por relações político-sociais, que expressam uma direção para atendimento (em maior ou menor grau) do cuidado integral em saúde, assim como permeiam a integração e participação social dos sujeitos envolvidos.

Com base nesses pressupostos, necessidades humanas básicas são definidas como aquelas precondições universais que, uma vez atendidas, possibilitam a participação social no sentido democrático. Essas precondições são identificadas como *saúde física e autonomia*. A primeira, porque, sem a sua satisfação para além de um mínimo biologicamente estabelecido, ninguém é capaz de agir e participar

como um ser humano de fato. E a segunda, porque o ser humano também tem a necessidade de exercer a sua autonomia de *agência* (capacidade de agir, informado sobre o que deve ser feito e como proceder para fazer) e de *crítica*, em um nível mais elevado de participação, isto é, de poder crescer como ser social e sociável [...] (Pereira, 2013, p. 54).

Partindo dessa compreensão, de necessidades humanas essenciais e seu respectivo atendimento via direitos sociais pelo Estado, é certo pensar que a saúde, enquanto política social possui uma estrutura gestora que direciona o caráter do suprimento integral (ou pontual/fragmentado) às demandas individuais e coletivas.

A saúde, enquanto política social voltada à satisfação das necessidades humanas básicas é marcada por distintas compreensões, matrizes ideológicas e direções que incidem sobre os níveis de gestão e condução do SUS, influenciando diretamente no acesso e efetiva satisfação das necessidades da população usuária. Nessa direção, as autoras Miotto e Nogueira (2009) revelam que as práticas profissionais intencionais direcionam a condução do princípio político da integralidade da atenção em saúde; Cecílio e Merhy (2003) indicam debate congruente ao incorporar a integralidade como eixo de gestão hospitalar.

Os autores dirão que uma gestão voltada para o atendimento integral e centrada no cuidado necessita de uma condução colegiada das decisões, de maneira democrática, tensionando a tradição hospitalar centralizadora de poder em categorias específicas do saber em saúde.

Assim, a integralidade é expressa também através de processos de liderança dos estabelecimentos que compõe o sistema de saúde, sendo efetivada especialmente quando os processos internos passam a ser orientados por uma concepção ampliada de cuidado. Tal perspectiva compreende a necessária descentralização de poder biomédico nas tomadas de decisão em favor de uma condução multiprofissional pautada em decisões compartilhadas, coletivas e transversais.

É verdade que a integralidade é evidenciada nesse eixo quando a gestão hospitalar compreende sua posição como um dos pontos dentro da rede de produção e atenção em saúde. De mesma maneira, se munindo de ferramentas e estratégias que permitam o adequado e contínuo contato entre os pontos das RAS, englobando, quando necessário, demais políticas sociais e serviços disponíveis para proteção social e atenção integral à saúde dos usuários.

Conforme Cecilio e Merhy (2003) explicitam

Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias “estações cuidadoras”. Isto vale para todas as linhas [...] A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das “estações” da rede de cuidado. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contrarreferência de pacientes encaminhados [...] espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as “Estações” produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares [...] e com as unidades básicas (Cecilio; Merhy, 2003, p. 17-18).

Em síntese, o que se discute acima, abrange diversos sentidos por meio das quais o princípio da integralidade do SUS pode se materializar, seja através das práticas profissionais, seja nos processos de gestão, configurando-se como orientação política e valores que direcionam as intervenções em saúde. É verdade também que integralidade não se circunscreve apenas sob a responsabilidade de cada profissional em atendimento, ainda que a prática profissional mostre ao usuário de forma mais imediata a efetivação da integralidade do SUS – ou sua ausência.

Há de se pensar que há uma estrutura por trás do trabalho desempenhado por cada profissional de saúde. Assim, a integralidade também toma sentidos organizacionais conforme delimitados por objetivos de cada nível de atenção em saúde, de cada serviço, programa, ação, entre outros, que acompanham a organização de tais práticas.

Uma política de saúde atrelada a um modelo de seguro social, previdenciário exclusivamente, de cidadania regulada ou invertida, portanto, não poderia concretizar uma prática ampliada, pois sua estrutura e objetivos são reduzidos e fragmentados, com fragilidade ou inexistência de uma rede ampliada de serviços e acompanhamento dos usuários, segmentando o acesso, também afetando a prática profissional.

O acesso à saúde, de inspiração bismarkiana organizativa, possuía características demasiadamente diferentes da perspectiva de controle social, participação democrática ou da compreensão ampliada de saúde que atualmente o SUS carrega; tampouco continha qualquer princípio de integralidade da atenção ou redes articuladas em níveis de complexidade.

É intuitivo que se reflita que, acerca do objeto de pesquisa desta

dissertação, a alta hospitalar, sequer era parametrada por uma avaliação totalizante e multiprofissional das necessidades do usuário ou incluindo-se estratégias de desospitalização com continuidade do cuidado ambulatorial, domiciliar e similares em um sistema estruturado como no presente.

Neste sentido, então, o SUS enquanto um sistema que possui uma estrutura de serviços articulados, complexos e específicos, assim como políticas especializadas que atendem, de forma ampliada e universal seus usuários, torna-se um sistema com capacidades e potencialidades de efetivação do princípio da integralidade, entendido como atenção à múltiplas demandas subjetivas e objetivas de saúde dos sujeitos.

Sobre a estrutura de políticas, serviços e programas dentro do SUS, enquanto sentidos da integralidade, Mattos (2009) revela que, a partir da implantação do SUS transforma-se uma estrutura outrora “verticalizada” dos serviços, sem integração das ações, para uma forma “horizontalizada”, sendo que

[...] o princípio da integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes. Indignação que permanece atual [...] a noção de integralidade exigia uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica nesse ou naquele programa [...] aqui a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar seu impacto (Mattos, 2009, p 57-60)

Considera ainda que a integralidade se expressa na particularidade da construção de programas e políticas específicas, “especiais”, dentro do Sistema Único de Saúde que objetivam abranger demandas expressas pelas necessidades de saúde de uma determinada categoria ou segmento social. A exemplo, saúde da mulher, da população materno-infantil, a pessoas com câncer, pessoas que vivem com HIV/AIDS. Sendo assim,

Um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas aqui de políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional [...] outro sentido de integralidade também aplicável às respostas governamentais na área de saúde. Ele também diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial, mas enfatiza um aspecto: em que medida a resposta governamental incorpora ações

voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Nesse sentido, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais (Mattos, 2009, p.61-63).

Em síntese, a integralidade perpassa diversos contextos e comporta muitos sentidos, para além do exposto pela literalidade da Lei Orgânica da Saúde – embora esta seja crucial para possibilitar a consolidação do SUS enquanto direito universal.

A integralidade expressa desde as legislações, os debates acadêmicos, profissionais e políticos, comporta a prática profissional, a estrutura dos serviços, programas, projetos e políticas dentro do SUS e os tensionamentos realizados no interior de cada uma dessas estruturas.

Ao pretender se discutir a Alta Hospitalar Responsável enquanto uma das ações em saúde que devem expressar o princípio da integralidade deve-se lembrar que ela também é regulamentada a partir de uma política específica – a Política Nacional de Atenção Hospitalar – a constar ainda que é perpassada por todos os tensionamentos e desafios estruturais trazidos acima.

No capítulo seguinte, abordar-se-á com maior profundidade a localização do hospital dentro das políticas de saúde, com ênfase em sua localização dentro do Sistema de Saúde nacional.

Antes, porém, de compreender esse “local” e a Alta Hospitalar Responsável enquanto ação e expressão do princípio da integralidade do SUS, resta necessário realizar algumas ponderações acerca dos anos que se seguiram à promulgação da LOS e seus impactos para a estruturação do SUS.

2.4 NEOLIBERALISMO E IMPACTOS NA EXECUÇÃO DO SUS

É sabido que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu no final da década de 1980 e início de 1990, com a Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde.

Como mencionado anteriormente, o SUS foi fruto de grandes mobilizações coletivas em um tensionamento social em direção à Reforma Sanitária

do modelo de serviços de saúde existentes até aquele momento, compartilhando o desejo de um sistema público de saúde e universal, enquanto direito social.

As lutas tensionaram o Estado a proporcionar reformas em sua estrutura burocrática de maneira a prover, entre várias estruturas inéditas, uma política de saúde direcionada conforme um Estado social. Foi um período de saltos qualitativos em direção às demandas populacionais, em especial por engendrar também uma reforma democrática e com efetiva possibilidade de participação social nas decisões de interesse público.

Ocorre que simultaneamente às mobilizações entre a década de 1980 e 1990, também se passava no cenário econômico internacional aquilo que especialistas chamam de “financeirização do capital”, estágio superior da expansão das economias capitalistas avançadas em nível de influência/dominação mundial sobre países de economias em desenvolvimento ou de “capitalismo periférico”.

Assim a “[...] mundialização financeira ou financeirização designa, em linhas gerais, a concentração do capital nas mãos de grandes grupos oligopolistas e sua atuação estratégica nesses moldes” (Tenenblat, 2014, p. 332).

A financeirização expressa a face sem limites do capital para sua expansão e valorização da sua estrutura produtiva. É neste momento que há a ocorrência da consolidação do imperialismo em sua fase mais avançada, sendo esta a dominação do capital internacional pelos países de capitalismo avançado como Estados Unidos e Reino Unido (Chesnais *apud* Tenenblat, 2014).

Tal movimento na estrutura macroeconômica tem seu início por volta da década de 1970 e se consolida de fato na década de 1990. A financeirização traz novas formas de acumulação capitalista com a entrada de “capitais virtuais” como forma de especulação de valores abstratos que não em moeda, bens físicos ou derivados das relações de exploração da força de trabalho da classe trabalhadora.

É pela financeirização do capital que se inaugura uma nova era de valorização de

Títulos, ações, derivativos e congêneres tornam-se extremamente vantajosos em comparação a investimentos produtivos, no que concerne a liquidez, risco e rentabilidade. Ademais, o volume de dinheiro em circulação na esfera financeira, constituindo capital meramente fictício, multiplica-se rapidamente (Tenenblat, 2014, p. 330).

A era neoliberal que se consolida a partir de 1990 e que precede a

nova fase macroeconômica traz consigo também um novo ideário para que se possa sustentar tais relações. A ideologia por traz da expansão do neoliberalismo⁹ global empreende um conjunto de “contrarreformas” ao Estado social; apregoa, pois, a retirada do Estado orientado às políticas sociais e a implantação de um Estado voltado ao atendimento dos interesses do mercado através, por exemplo, de privatizações, enxugamento de investimentos em políticas sociais, desregulamentação da seguridade social através dos aparelhos burocráticos e legais e passagem dos serviços públicos a modelos privatizados e com “rentabilidade” e “lucro” em detrimento do atendimento das necessidades sociais por meio dos direitos.

É através dessa ideologia que os neoliberais justificavam as contrarreformas estatais como forma de combater uma crise supostamente engendrada pelos “gastos públicos” com políticas públicas.

A classe dominante, usando-se do aparato do Estado, muniu-se da falácia da “eficiência” do setor privado em detrimento da burocracia estatal, como meio de ampliar suas iniciativas e garantir os interesses lucrativos, como forma de gerir uma crise – derivada do próprio movimento de expansão do capital durante as décadas anteriores, no período ditatorial – gerada (supostamente) pela ineficiência do Estado social e seus custos.

O movimento de desregulamentação do aparato público social, evidentemente, acirra ainda mais as expressões da crise econômica e social vivenciada pela população.

É assim que a autora Tenenblat (2014) explica ao dizer que

Nessa conjuntura, o sistema financeiro encontrou terreno fértil para ampliar sua atuação, criando inúmeros produtos, alguns, inclusive, em concorrência direta com os direitos sociais, como é o caso dos planos de previdência e seguros de saúde privados. Com isso, acirrou-se ainda mais a brutal tendência de redução de direitos e conquistas sociais – **sobretudo no campo da seguridade** –, com o direcionamento da política fiscal cada vez mais em favor do capital portador de juros [...].

Na tentativa de contornar os efeitos da crise, governos e instituições globais investem trilhões de dólares no sistema capitalista, objetivando

⁹ O neoliberalismo se trata, conforme Netto e Braz (2012) da estratégia de desregulamentação das atividades econômicas de qualquer forma de Welfare State. Ou seja, os autores trazem que “Essa ideologia legitima precisamente o projeto do capital monopolista de romper com as restrições sociopolíticas que limitam a sua liberdade de movimento.”, assim, “o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; *a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco **processo de contra-reforma(s)**, destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais.* (Netto; Braz, 2012, p.238-239).

o retorno da “confiança” do mercado, mediante o salvamento de empresas e a dinamização da economia [...].

Por conseguinte, no cenário configurado, há intenso abalo no mercado de trabalho e impactos consideráveis nas expressões da questão social, pois as normas de valorização do capital tornam-se mais exigentes, acirrando a concorrência entre os capitalistas em âmbito mundial. Os grandes conglomerados devoram ou incorporam as pequenas empresas, aumentando exponencialmente os índices de desemprego (Tenenblat, 2014, p. 330-331, *grifos próprios*).

Ao compreender que os anos de 1990 – à atualmente – são os anos de implantação do neoliberalismo e dos ideais da financeirização do capital no Brasil, é fatídica a associação de que as políticas sociais no Brasil “reformado”, pós 1988, já nascem sob ataques contundentes aos seus princípios e em meio à movimentos de desmonte de seu aparato recém projetado.

Pode-se dizer que as políticas de seguridade social, em especial a Saúde, a única de caráter universal, sofreu graves entraves e desafios à sua implementação. Behring e Boschetti (2011) concordam com Tenenblat (2014) ao dizer sobre essa ideologia que corroeu a estrutura das políticas sociais do Estado democrático brasileiro quando dizem que:

Houve, portanto uma abrangente contra-reforma do Estado no país, cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalizão de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso [...]

O “reformismo” neoliberal traz em si uma forte incongruência [...] ocorreu uma espécie de *aparente* esquizofrenia [...] argumentava-se que o problema estaria localizado no Estado, e por isso seria necessário reformá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos, enquanto a política econômica corroía aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro através de uma inserção na ordem internacional que deixou o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas interna e externa (Behring; Boschetti, 2014, p. 152).

A abertura do Brasil ao capital externo financeirizado teve por consequência um Estado muito ampliado aos incentivos do mercado privado, entregando patrimônios públicos relevantes, ameaçando a autonomia e soberania nacionais, entregues aos interesses dos países de capitalismo avançado, sem que necessariamente houvesse o retorno financeiro estrangeiro, uma vez que ocorria uma “[...] não-obrigatoriedade das empresas privatizadas de comprarem insumos no Brasil, o que levou ao desmonte de parcela do parque industrial nacional e a uma enorme

remessa de dinheiro para o exterior, ao desemprego e ao desequilíbrio da balança comercial” (Behring; Boschetti, 2014, p.153).

Quando as autoras discutem os impactos de tais práticas neoliberais nas políticas sociais, é importante pensar que para a Saúde os impactos que podem ser pensados são a fragilização de toda a estrutura que afeta desde a gestão, orçamento e financiamento, por exemplo, em meio às medidas tomadas para “equilíbrio” da crise.

Ao desestruturar as condições concretas de se executar uma política social, em especial uma de caráter universal, se inviabiliza também a execução dos princípios orientadores, pelas próprias condições, inclusive das ações e serviços profissionais elaborarem os objetivos e modos de sua intervenção.

A precariedade afeta a estrutura e a essência projetiva dos atores que constroem o SUS; seja pela execução irreflexiva de ações enquanto profissionais da saúde, seja por parte dos atores saberem exatamente a direção política tomada após 1990 para a política, e firmarem compromisso com isto. O tensionamento e resistência em sentido contrário ao, agora dominante, neoliberalismo, requer estratégias e articulações complexas, diversas vezes limitadas pelo cotidiano.

Ainda sobre os impactos do neoliberalismo na execução das políticas de seguridade social no Brasil – em especial, para este trabalho, a política de saúde – Behring e Boschetti (2014) ressaltam que

A “reforma”, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Houve uma forte tendência de **desresponsabilização pela política social** – em nome da qual se faria a “reforma” –, **acompanhada vis-a-vis um crescimento da demanda social, associada ao aumento do desemprego e da pobreza**, aprofundados pela macroeconomia[...] Daí decorre o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais – **privatização, focalização/seletividade** e descentralização [...] (Behring; Boschetti, 2014, p.155, grifos próprios).

Ao pensar no refletido pelas autoras, a desregulação econômica e desmonte das políticas sociais pela privatização neoliberal trouxe impactos na política de saúde que são reclamados pelos seus usuários até os presentes dias: ineficiência na gestão e escassez de recursos, estes inversamente proporcionais ao nível de demandas em saúde.

A crise, fica posta, então, não no Sistema de Saúde, que se mostra

robusto em potencialidades, mas, sim, uma crise ideológica, pensada pelo e para o neoliberalismo. Este que constrói degraus de falácias sobre um sistema, supostamente falido, objetivando ações que abram a saúde pública à iniciativa privada para que possam rentabilizar a doença dos sujeitos, como forma de lucrar com a enfermidade da coletividade.

A integralidade, princípio estruturante das ações nas múltiplas expressões e níveis do Sistema Único de Saúde, obviamente, também é amplamente afetada pela política neoliberal. De todos e mais sentidos contemplados pela integralidade trazidos anteriormente, por exemplo, por Mattos (2009), o neoliberalismo coloca-se em contramão à sua efetivação. Ao privilegiar a lógica mercantil, fragmenta e segmenta as ações em saúde, distorce o princípio e desconsidera o usuário e suas demandas em sua totalidade, priorizando intervenções estritas a atividades econômicas rentáveis e lucrativas. Uma distopia de saúde pública a partir da ação dos interesses mercadológicos na doença, e não mais na promoção de saúde. Afinal, pessoas saudáveis não geram lucro.

Se a saúde pública e coletiva obtiver baixos níveis de complicações do estado geral de saúde dos sujeitos, decaem-se os lucros de grandes conglomerados associados aos serviços e bens de saúde. Dentro do interesse neoliberal, busca-se, assim, intervir na saúde, para manter níveis de doença satisfatórios aos lucros. Nem tão doentes que deixem de trabalhar – e ser explorados pelo lucro empresarial – nem tão saudáveis que deixem de consumir e gerar lucros para a saúde privada.

A integralidade, a pessoa, os direitos, os sujeitos são inviabilizados e reduzidos pelo movimento neoliberal. Assim, conseqüentemente, os processos pensados para a promoção da saúde dentro de serviços de saúde do nível terciário – hospitais – também ficam comprometidos pelas nuances da financeirização e pelos esporos da radicalização da ideologia neoliberal.

De mesmo modo que o princípio da integralidade do SUS é atacado frente às contrarreformas do Estado, fragiliza-se também a estrutura funcional, de gestão, recursos humanos e financeiros que são necessários para pensar e articular uma Alta Hospitalar Responsável. Torna-se a realidade profissional vivenciada nos hospitais uma condição de sobrecarga de trabalho e de processos que impacta diretamente na capacidade objetiva de tempo e espaço para reflexões e tomada de decisões horizontais.

A alta hospitalar responsável é afetada pelo contexto neoliberal, especialmente quando se problematiza a função da desospitalização do usuário internado no serviço público de saúde. Em cenários marcados pela limitação do investimento público do SUS, incide-se o risco de que a desospitalização seja instrumentalizada como estratégia de liberação e rotatividade de leitos, em resposta à elevada demanda assistencial desproporcional à oferta de serviços subfinanciados. Tal fato, pode resultar em altas hospitalares antecipadas e desprovidas de condições adequadas de continuidade do cuidado integral em perspectiva.

Destaca-se ainda que o contexto de contrarreformas do Estado, emprega também os permanentes e divergentes interesses de classes e disputas ideológicas presentes nas condutas dos profissionais de diferentes níveis de execução do SUS.

No próximo capítulo, buscar-se-á abordar nuances do Hospital e sua localização histórico-social sendo permeada pelos tensionamentos e disputas de interesses de classes, bem como a forma como isso pode afetar a objetivação de um planejamento de Alta Hospitalar Responsável como uma face do princípio da integralidade do SUS.

3 A ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

Discutir o tema “alta hospitalar”, por mais óbvio que seja, carece de um movimento de percepção dos termos de modo que se note: o tema “alta” está conectado, é articulado, a um local específico “hospitalar”. O hospital, como local de promoção de cuidados em saúde institucionalizado por meio da internação, também deve promover, em momento adequado, a liberação desse usuário a partir da “alta hospitalar”.

Atualmente o hospital se configura como uma instituição de concentração de saberes e tecnologias altamente especializadas empregados na atenção à saúde da população usuária. Porém, há de se lembrar, que se o hospital é concentrador de tecnologias de alta complexidade, implica na existência de uma hierarquia de outros níveis de atenção em saúde, empregados em locais diversos, para atendimento das demandas da população usuária.

No SUS, o atendimento à saúde é fornecido por três níveis de complexidade da atenção, organizados a partir da demanda apresentada, tecnologias e recursos necessários para atendimento integral das necessidades em saúde.

Neste capítulo será contextualizado os três níveis de atenção em saúde presentes no SUS, o hospital enquanto instituição de trato de demandas de alta complexidade em saúde e a articulação da alta hospitalar responsável, conforme a PNHOSP (2013), enquanto uma das ações realizadas dentro do SUS que expressam o princípio da integralidade.

3.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO SUS

3.1.1 Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica

Atualmente, o Sistema Único de Saúde é organizado em três níveis organizacionais de atenção, hierarquizado da menor para maior complexidade das demandas e capacidades de resolução, e articulados horizontalmente entre si através

das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Conforme a Portaria nº4.279 de 2010 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para organização das RAS:

[...] estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (Brasil, 2010, p.2).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica consiste na chamada “porta de entrada” do SUS, sendo o nível responsável pelo atendimento das demandas individuais, familiares e coletivas mais recorrentes de um determinado território¹⁰ de abrangência. Conforme Giovanella e Mendonça (2012)

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 493).

Para apresentar o nível primário, de atenção básica do SUS há de se contextualizar parte do histórico de atendimento em saúde que ocorreu após a RSB e após a promulgação da Constituição Federal do Brasil (1988).

A atenção primária no Brasil segue os princípios universalidade e integralidade do SUS, acrescentando a equidade em sua composição. No entanto, para discutir atenção primária à saúde há de se pensar que sua iniciativa se deu também em cenário internacional se configurando de diversas formas, com diferentes compreensões do que deve ser incluído enquanto atenção “básica”.

Conforme Giovanella e Mendonça (2012) o “*Primary health care*” é a denominação geral que se dá para atenção básica de “primeiro contato” do usuário com um sistema ou serviço de saúde. Diferentemente do Brasil, onde ocorre o fornecimento da atenção básica de maneira universal e gratuita, existem outras quatro

¹⁰ Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “[...] forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele[...] considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.” (Brasil, 2017, p. 8-9).

linhas de interpretação e configuração do *primary healthcare* em âmbito internacional.

As autoras destacam que a primeira interpretação de atenção básica pode remeter a um programa “focalizado e seletivo” na qual são ofertados serviços de maneira restrita - “*Selective primary care*”.

Uma segunda interpretação, seria através da prestação de serviços não especializados de “primeiro contato” direcionados a uma dada população – “*primary care*”.

A terceira interpretação, seria aquela a qual significam a atenção básica como um modelo de atenção em saúde abrangente ou integral conforme recomendações formuladas a partir da conferência internacional de Alma-Ata - *comprehensive primary health care*,

Por fim, há também a compreensão filosófica que orientaria “processos emancipatórios pelo direito universal à saúde” (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 494).

Com frequência, as primeiras concepções são implementadas de maneira a compreender um serviço com oferta restrita, de baixa densidade tecnológica, ofertada a um grupo populacional específico – em extrema pobreza – e não necessariamente articulado com os níveis mais complexos de atenção em saúde. Se trata, então, de “[...] uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000” (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 494).

A Conferência ocorrida em Alma-Ata, na até então União Soviética, em 1978, teve por tema a discussão da “Atenção Primária em Saúde” e a reflexão crítica dos modelos tradicionais hegemônicos e verticalizados de atenção/intervenção em saúde. O evento foi promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e contou com a participação de 134 governos os quais elaboraram e aprovaram o documento “Declaração de Alma-Ata” o qual trazia a estratégia acima mencionada de promoção de “Saúde para Todos até o Ano 2000”, sendo responsabilidade dos governos desenvolverem ações, serviços e sistemas que contemplassem a meta e ampliassem a saúde como direito humano fundamental.

Nesse sentido

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve

a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico[...] a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 497).

É esta conferência que marca de maneira internacional o “questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS” e “do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista” na atenção em saúde (Giovanella; Mendonça, 2012, p.495). Nesta conferência se questionam o modelo biomédico de atenção à saúde e propõe-se o desenvolvimento de abordagens mais abrangentes alternativas ao método utilizado até então, incluindo determinantes sociais que afetam o processo de adoecimento e de manutenção da saúde individual ou coletiva. Uma das abordagens propostas pela conferência foi a Atenção Primária em Saúde.

No período dos anos 1970, relembra-se que ocorriam movimentos para retomada democrática na América Latina, com isso, mobilizações sociais contribuíam para o tensionamento em direção à construção deste novo modelo de atenção em saúde, incluindo no Brasil.

Em tais processos de independência nacional defendia-se a modernização com ênfase nos valores locais, privilegiando-se a construção de um modelo de atenção à saúde distinto do modelo estadunidense hegemônico. Desse modo, criticavam-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares, a democratização do conhecimento médico e a maior autonomia das pessoas com relação à sua saúde em contraposição à dominância da profissão médica (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 496).

As premissas e compreensões ampliadas formuladas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foram incorporadas nas décadas seguintes no Brasil pela Constituição Federal de 1988, na LOS, assim como nas legislações relativas à organização da Atenção Básica fornecida pelo nível primário em saúde do SUS.

Nesse sentido, o Brasil se destaca pela aproximação fatídica com as ponderações retiradas pela declaração de Alma-Ata, fato tal que não foi seguido por todos os países participantes da Conferência ou signatários posteriores. Houve um

contra movimento realizado por grandes agências internacionais – a citar Fundação Rockefeller, Fundação Ford, agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento entre outras agência estadunidenses¹¹ – de crítica às propostas trazidas pela declaração, com argumentos conservadores que acabaram por distorcer o conteúdo de Alma-Ata para construção do que seria a “atenção básica” na perspectiva de seletividade, em contraponto à saúde integral proposta pelo primeiro movimento da ONU.

A “atenção básica seletiva”, por exemplo compreendeu que o termo “básico” se referia a um certo tipo de pacote restrito de serviços de baixo custo, contendo um recurso mínimo a ser investido pelos países para controle de doenças e necessidades de saúde, em especial em países de capitalismo tardio. A proposta de uma APS seletiva restringe também a compreensão do processo saúde-doença coletivo e individual, desconsiderando, por exemplos determinantes sociais de tais processos, bem como mantendo a perspectiva biomédica de intervenção pontual e seletiva.

Atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres [...] O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo-efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e para tal devem estar integradas a um sistema de saúde universal. Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. (Giovannella; Mendonça, 2012, p. 498-499).

Os debates acerca das direções dadas à atenção primária e as disputas de interesses em torno das garantias das políticas de saúde, seguem em âmbito internacional nas décadas seguintes à conferência de 1978. Mesmo que a implantação da APS seletiva tenha ganhado destaque entre as ações desenvolvidas

¹¹ “Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa conferência foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento” (Giovannella; Mendonça, 2012, p.498).

nos países em desenvolvimento, o período e contexto social contribuiu para ascensão de movimentos sociais que tensionaram para o cumprimento das direções da declaração de Alma-Ata enfatizando a consideração das determinações sociais em saúde, compreensão da saúde enquanto um direito universal e políticas abrangentes, inclusivas e com diretrizes compromissadas em abranger legislações e fontes de financiamento efetivas.

É exemplo do acima descrito o “Movimento para a Saúde dos Povos” o qual reúne “ativistas de saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde” (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 500).

As autoras elencam que nos anos 2000 o movimento supracitado reuniu-se em Bangladesh, com diversos participantes da sociedade civil, de 92 nacionalidades diferentes, para construção da Carta dos Povos pela Saúde. Nesta, o movimento manifesta sua luta pelo cumprimento das diretrizes construídas em Alma-Ata, defendendo “a atenção primária à saúde integral, seguindo os preceitos de Alma-Ata, com acesso universal e equitativo independentemente da capacidade de pagamento de cada pessoa a um sistema de saúde democrático provido de recursos suficientes” (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 500).

Em âmbito nacional o movimento da RSB, já abordada no capítulo anterior, contribuiu para tensionar os rumos da saúde no Brasil em conformidade com os parâmetros empregados pela declaração de Alma-Ata e que originaria o SUS como sistema que abrangeria uma concepção renovada e ampliada de saúde.

Após trinta anos da conferência de Alma-Ata, em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança um novo relatório nomeado como “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” que atualiza as propostas de atenção à saúde, ratificando o compromisso com a superação da APS seletiva e dando sentido às respostas integrais às demandas em saúde. Assim, buscando

[...] não mais um programa ‘pobre para pobres’; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social [...] O informe propõe uma atenção primária centrada na pessoa que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura, garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade – mulheres e homens, jovens ou velhos – ao longo de todo o ciclo vital, do nascimento até a morte; promova a autonomia e a participação das pessoas e enfrente os determinantes da má saúde (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 500-501).

O Brasil se destaca, assim, na implementação da APS, pois, apesar de ser um país de capitalismo tardio, compromete esforços públicos para implementação de uma atenção primária abrangente conforme preconizado pela conferência de Alma-Ata e da carta de renovação publicada pela OMS.

Há a construção de um complexo de serviços entendidos como básicos e essenciais, distanciando-se da perspectiva de serviço “mínimo” ligada aos custos em saúde. O Brasil torna-se notável por construir uma atenção primária com atributos e objetivos de constituir o cuidado integral, orientados pela atenção à comunidade e família, um serviço conhecido como “porta de entrada” ao acesso em rede e aos outros níveis de atenção objetivando um serviço acessível à população.

Conforme Giovanella e Mendonça (2012)

Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral [...] e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas [...]

O primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde [...]

Outro requisito é a exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. Desse modo, o serviço de atenção primária torna-se o ponto de início da atenção, porta de entrada preferencial, e exerce papel de filtro para acesso aos outros níveis [...] A função de filtro da equipe de APS não deve ser barreira, mas sim garantia de acesso aos outros níveis de atenção (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 502-503).

A primeira implementação da APS de maneira a se regular sobre a matéria surge através da Portaria nº 648 de 2006 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisando as diretrizes de programas associados ao atendimento em saúde no nível básico – Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A PNAB de 2006 traz logo em seu início os princípios orientadores da atenção básica, sendo eles

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em

equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p.2).

A PNAB de 2006 traz também as responsabilidades entre os entes federativos, bem como a estrutura e recursos para funcionamento da APS. Incluem-se nesses, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de cadastramento nacional dos estabelecimentos, entre outras ponderações com relação à equipe e recursos materiais para execução da política e funcionamento dos serviços. Na portaria incluem-se também como estratégia a saúde da família¹² (ESF) como preferência para implementação da APS.

Após a edição de 2006, a PNAB passou por mais duas atualizações, uma em 2011 e em 2017.

A edição de 2011 teve em vista o enfrentamento de limites que se apresentavam para a concretização da política, tais quais “infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos” (Melo *et al*, 2018 p. 40).

Os anos que se seguem impactam também a execução do nível primário de saúde no Brasil considerando que entre os anos de 2014 e 2015 trazem, conforme Melo *et al* (2018), uma crise econômica e política em solo nacional que impactou o SUS. Destaca-se ainda que no ano de 2016 aprova-se a “PEC da Morte”, como ficou conhecida a Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os investimentos em políticas sociais, entre elas, na saúde, estabelecendo um teto de gastos sociais pelos seguintes vinte exercícios financeiros, ou seja, vinte anos.

Em 2017, já estava vigente em seu exercício financeiro o novo teto de

¹² Conforme a PNAB (2017): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (Brasil, 2017).

gastos em saúde, e neste contexto, é aprovada a nova e atual PNAB. Assim, é possível notar que houve descontinuações ou modificações nos princípios na última edição da política, bem como a possibilidade de redução de recursos humanos das equipes ESF ocasionando o aumento de demanda. Melo *et al* (2018, p. 45) “As descontinuidades podem ser percebidas quando se lê a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF [...] ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições”.

Apesar das barreiras encontradas pelo contexto supracitado, a PNAB de 2017, em termos de conceituação e princípios da APS, não sofre grandes modificações. Atualmente, a PNAB considera a Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde como termos equivalentes e que se parametra no

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p.2).

Agregam também a proibição de qualquer forma de exclusão baseada em gênero, raça/cor, etnia, orientação sexual, entre outros aspectos. A PNAB de 2017 explicita os princípios do SUS, entre outros como sua base para direcionamento de ações, tais quais: universalidade, equidade e integralidade, e agregam enquanto diretrizes a territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (Brasil, 2017).

É desta forma que se estruturou até os dias atuais a Atenção Primária em Saúde no Brasil, sendo que ela se articula por meio das Redes de Atenção com os demais níveis de complexidade e densidade em saúde, de maneira horizontal. Sendo que a hierarquização diz respeito ao arcabouço de densidade tecnológica e recursos disponíveis entre os níveis de saúde de atender a demanda apresentada.

Uma vez esgotados os recursos e capacidades de atendimento da demanda pela APS, são acionadas as RAS especializadas, por meio, também, dos níveis secundário e terciário do SUS objetivando a integralidade e continuidade da atenção em saúde.

3.1.2 Nível Secundário ou Média Complexidade no SUS

O fundamento de hierarquização das Redes de Atenção à Saúde diz respeito à organização da densidade tecnológica necessária ao atendimento de maneira complementar à atenção prestada pela atenção primária.

As RAS estruturam-se em relações horizontais de importância e hierarquizadas em matéria de complexidade e especialidade do atendimento. Assim, cada nível de atenção presente no SUS é concebido como “nós”, pontos de atenção articulados com a atenção básica, objetivando a atenção de maneira continuada e integral.

Tais conceitos são apresentados pela portaria que institui as RAS. Nela, além de abordado sobre a complementariedade dos níveis e serviços de saúde que compõem o SUS, é ratificada a ideia de horizontalidade e hierarquização acima explicitadas ao indicar que “Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam” (Brasil, 2010, p.1).

O direcionamento acima mencionado faz parte de uma estratégia de micro gestão¹³ para mudança do paradigma biomédico de atendimento individual e fragmentado de trato das necessidades em saúde.

Assim, pode se dizer que as RAS representam para a gestão da condição da saúde

[...] a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva [...].

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (Brasil, 2010).

¹³ “A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde” (Brasil, 2010, p.2).

O modelo tradicionalmente utilizado de hierarquia dos níveis de saúde demonstra atuar de maneira fragmentada e independente, na qual setores e serviços operam isoladamente e sem fluxo comunicacional estabelecido, desvinculados do princípio de atenção continuada aos usuários. Já as RAS “são organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde que prestam assistência contínua e integral a uma população definida” (Gonçalves, 2014, p.108).

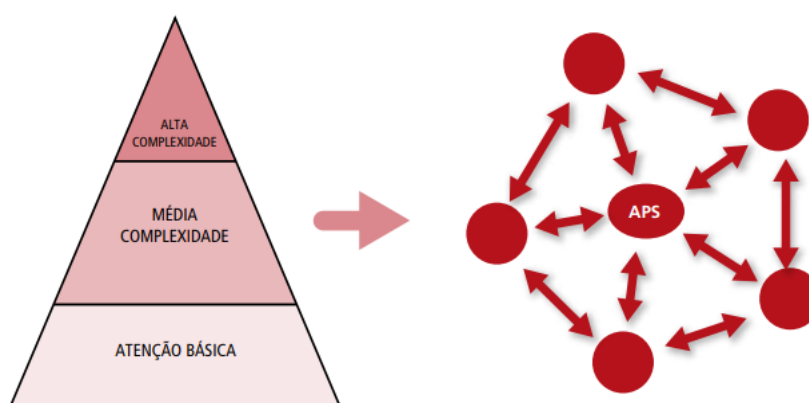
O SUS, conforme Mendes (2011), se estrutura com o modelo hierárquico *a priori*, sendo que até a formulação das RAS, tal conceito “apresenta sérios problemas teóricos e operacionais[...] fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário” (Mendes, 2011, p.51).

No modelo de redes de atenção do SUS, desde a Portaria nº 4.279 de 2010, vige uma estrutura hierárquica dos níveis de complexidade e densidade tecnológica que compõe os serviços, no entanto, que atuam de forma articulada, vinculada e comunicável, através de referência e contrarreferência¹⁴ dos serviços com a APS.

Nesse sentido, a mudança de direção do modelo das RAS utilizadas no SUS, retira a ideia piramidal de “importância” da atenção básica na base, menor, e os seguintes níveis no topo, maior, para uma ideia de estrutura horizontalizada e contínua. Diversos níveis de tecnologias e especialidades empregadas em serviços complementares:

Figura 2 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

¹⁴ Trata-se de um sistema logístico das RAS para a “organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes” (Mendes, 2011, p. 137).



Fonte: Mendes (2011).

Considerando, então que a APS, isoladamente, não é capaz de atender em completude as demandas em saúde, as RAS, subscrevem-se como parte da estrutura operacional das redes, a fim de atender integralmente aos usuários, os pontos de atenção de nível secundário e terciário. Conforme a Portaria nº 4.279 de 2010:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos (Brasil, 2010, p.3).

O nível secundário constitui-se, assim, em um nível intermediário de complexidade e densidade tecnológica dos pontos nós de atenção da estrutura operacional das RAS. A média complexidade do SUS é aquela que sustenta o fornecimento de serviços e atenção à saúde que transcendem a APS e que ainda não são consideradas agravos e/ou problemas de saúde de nível terciário (alta complexidade).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vinculada ao Ministério da Saúde (MS) define a média complexidade sendo

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (Brasil, 2011, p.12).

A média complexidade inserida nas RAS compõe o sistema de gestão de fluxo

e contrafluxos, tendo por referência principal a rede da APS. Atendem, assim como os demais níveis, a uma determinada região de abrangência, a variar por esta, sendo ofertada em bairros, distritos, municípios conforme necessidade e recursos disponíveis. Geralmente sob gestão municipal ou estadual (Solla; Chioro, 2012).

O nível secundário do SUS é acessado por meio de encaminhamentos das RAS, seja da atenção primária ou da atenção terciária ao realizarem a alta do regime de cuidados hospitalares e que necessitam de continuidade de atenção especializada de menor grau de complexidade tecnológica.

Os pontos de atenção secundária são oferecidos por meio de instituições que podem se configurar por unidades hospitalares ou unidades ambulatoriais, estas podendo ser inseridas em hospitais, ou não.

Há também pontos nós do nível secundário do SUS que se constituem como “portas de entrada” do sistema – serviços de atendimento inicial à saúde do usuário – para além da APS e que não necessitam de encaminhamento prévio. São exemplos os serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, conforme o Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.

De mesma forma, no decreto mencionado acima, fica estabelecido que os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados ou de maior complexidade e densidade tecnológicas serão referenciados pelas portas de entrada objetivando a continuidade do cuidado em saúde em todos os serviços que compõem as RAS.

Fica explícito, então, através das normativas atuais e da literatura nessa matéria, que a lógica vigente das RAS, em âmbito da atenção especializada, busca quebrar a lógica anterior e historicamente empregada na atenção à saúde no Brasil por meio, especialmente, da experiência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa que costumava se orientar sob a ótica dos centros de especialidades médicas, de modo “hospitalocêntrico”, de supervalorização da perspectiva biomédica de queixa-diagnóstico individual, fragmentado, com fragilidade ou ausência de vínculos e acompanhamento do processo saúde-doença e inefetivos e ineficientes em suas resoluções e gestão.

Conforme Mendes (2011)

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que os modelos dos centros de especialidades médicas surgiram na

experiência do INAMPS de trazer para o seguro público brasileiro os supostos da medicina liberal gerados nos Estados Unidos [...] de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nas zonas centrais dos grandes centros urbanos brasileiros [...].

Essa matriz inampsiana vem-se reproduzindo e manifesta-se, contemporaneamente, em várias formas: os centros de especialidades médicas; as policlínicas; pequenas unidades isoladas, produtoras de cuidados especializados, como centros de ultras-sonografia ou de mamografia; e, até mesmo, médicos especialistas atendendo nos seus consultórios, como cardiologistas, nefrologistas etc. Todos esses modelos são considerados como centros de especialidades médicas (Mendes, 2011, p.102).

Ainda que haja resistências históricas persistentes atualmente com relação ao modelo de atenção em saúde implementado a partir da criação do SUS, há de se reconhecer o grande avanço que foi a saída de um modelo securitário para um modelo universal de atenção integral à saúde. As RAS diferem-se radicalmente da lógica dos centros de especialidade médica e, conforme ressalta Mendes (2011), as redes de atenção possuem valores inovadores com dimensões ideológicas, políticas e econômicas de alto grau de impacto qualitativo para o SUS.

Nesse sentido, o autor ressalta que o impacto político se dá em razão de uma redistribuição do poder que agora não mais se concentra no saber especialista, mas na articulação entre o saber e atuação generalista e especializada, modificando a lógica vigente desde o início do século XX. Mendes (2011) ressalta ainda que tal impacto atinge o nível de gestão dos fluxos do SUS que passam a ser articulados na lógica das RAS, com centralidade do papel da APS em tais regulações de acesso.

Em nível econômico, o autor ressalta que com as RAS, o SUS passa a ser mais eficiente em manejo dos recursos se comparada com a lógica dos centros de especialidade médica. A atenção de média complexidade passa a ter seu planejamento com foco nas necessidades sociais em saúde e não mais na oferta dos serviços. Esta última modalidade, baseada na oferta de serviços reduz a “variabilidade dos procedimentos” disponíveis para atendimento aos usuários, que por sua vez, devem adequar sua necessidade à disponibilidade da especialidade, demonstrando, assim, grande ineficiência. Outro impacto econômico que aqui pode se citar são os lobbies de interesse dos setores de especialidade historicamente estruturados, como já abordado no capítulo anterior, engendrando a ocorrência de superfaturamentos de procedimentos em saúde que objetivava o lucro em detrimento do atendimento à real necessidade de saúde.

Assim, fica evidente que a lógica fundante das RAS, não é neutra à medida em que dá passagem e protagonismo para efetivação dos interesses da população em suas necessidades em saúde ao utilizarem o SUS. O posicionamento das RAS, conforme Mendes (2011) sobrepõem-se os interesses histórica e majoritariamente hegemônicos e privilegiados na “arena política sanitária”.

Alguns pontos que salientam os avanços e conquistas da implementação da atenção secundária em redes, se comparada aos centros de especialidades, são, por exemplo: a troca do planejamento focado na oferta para um planejamento focado nas necessidades em saúde dos usuários. Neste ponto é possível notar um movimento de contorno de tetos financeiros e limitação da demanda para um planejamento muito mais estratégico “a partir das necessidades de saúde da população que se inscrevem nas planilhas de programação e que são parte das diferentes diretrizes clínicas” (Mendes, 2011, p.104).

Outro aspecto já mencionado no presente trabalho, é a superação do isolamento dos centros de especialidades médicas, antes realizado em ações desarticuladas, por vezes fragmentada, sem comunicação com os diversos níveis de atenção no SUS, para a constituição de um ponto nó de atenção das RAS, que articula e se comunica com os demais níveis, proporcionando maior efetividade e eficiência da intervenção, promoção, vínculos e integralidade na saúde do usuário e sua relação com a rede.

O sistema das RAS são integrados e permitem a articulação em sistemas logísticos fechados, que compartilham dados referenciais dos usuários pelos serviços do sistema reduzindo retrabalhos tornando eficiente as trocas de informações e “sinergias” dentro do SUS, conforme ressaltado por Mendes (2011).

Entre tantas vantagens ressaltadas pelo sanitário, outro avanço na atenção secundária dentro das RAS é a atenção focada em equipes multiprofissionais, de tal maneira a reconhecer que mesmo que condições crônicas e agravos de saúde necessitem de atenção especializada, se essa atuação não se articular com a base da atenção primária, sua efetividade diminui de maneira drástica. Ressalta o autor que:

Há evidências de que as condições crônicas não podem ser enfrentadas, com sucesso – ainda que a atenção especializada seja fundamental – por uma atenção profissional excessivamente centrada no médico especialista. Ao contrário, o sucesso da atenção às condições crônicas depende da ação coordenada de uma equipe multiprofissional, atuando em time e sob coordenação da APS e com

uma forte integração entre os especialistas e as equipes de APS [...] Por essa razão, os pontos de atenção secundária de uma rede devem prover, de forma equilibrada, a atenção pelo especialista médico atuando em equipe com outros profissionais de saúde (Mendes, 2011, p.105).

Conforme o autor há outras importantes diferenças entre os pontos de atenção secundários das RAS e centros de especialidade médicas que impactam positivamente a efetividade e eficiência¹⁵ da média complexidade no SUS, tais quais:

Figura 3 – As diferenças entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária de uma rede

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA RAS
Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela APS
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra-referência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes (2011).

Assim, fica visível o salto qualitativo que representa a inserção da média complexidade do SUS nas redes de atenção que estruturam o atual funcionamento do sistema.

¹⁵ Para maior aprofundamento nos tópicos isoladamente, verificar Mendes (2011).

Constatando os fatos acima elucidados, há de se considerar ainda que, conforme Solla e Chioro (2012), a quebra do paradigma hegemônico centrado no cuidado hospitalar e de supervalorização do nível secundário e terciário em detrimento da APS ainda é um desafio no cotidiano profissional no SUS

Propõe-se, assim, inverter a lógica dominante nos serviços especializados, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços [...] Essa tarefa, entretanto, não é fácil, pois se observa na prática o quanto é difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico, para a consecução de um sistema 'redebasicocêntrico', ou melhor, centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos (Solla; Chioro, 2012, p. 548).

Os estudos dos autores demonstram que a APS é responsável por lidar com cerca de 80% das demandas em saúde e que uma RAS centrada na atenção básica, é capaz de, inclusive reduzir custos do sistema a partir da organização e racionalização do acesso adequado aos níveis de maior complexidade e densidade tecnológicas.

Um dos problemas citados por Solla e Chioro (2012) é que apesar da expansão da rede básica ser majoritariamente positiva pelas questões aqui já citadas de efetividade e eficiência, seu fortalecimento, exige que os demais níveis também possam atender aos demais cuidados que extrapolam a APS. No entanto, à medida em que se expandiu a APS, a ampliação de demandas por serviços de apoio e diagnóstico, bem como procedimentos especializados, não acompanhou a estrutura das RAS, tornando-se um dos principais "gargalos" do SUS.

Conforme os pesquisadores, além do acima mencionado a atenção secundária, representa, por vezes

[...] a porta de entrada real do usuário no sistema e também pela existência de um conjunto de inovações tecnológicas em saúde que excede a capacidade de oferta atual do SUS. Nesse estrangulamento, destacam-se as consultas médicas especializadas e os procedimentos de patologia clínica e diagnóstico por imagem (principalmente radiologia e ultrassonografia). Contudo, existem evidências de que, em muitas regiões, esse déficit não existiria (ou não seria tão intenso) se fossem adotados protocolos assistenciais e ações de regulação, evitando a solicitação desnecessária e abusiva de determinados procedimentos (o que é particularmente relevante no caso da patologia clínica) (Solla; Chioro, 2012, p. 571).

Nesse sentido, esse desafio se perpetua em decorrência da lógica

historicamente dominante de organização dos serviços da média complexidade, também problematizada por Mendes (2011), com base na oferta de procedimentos, restringindo o potencial de atendimento às necessidades atribuídas pelo perfil epidemiológico dos usuários.

Concordam Solla e Chioro (2012) ao trazer que

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Dessa forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente (Solla; Chioro, 2012, p. 555).

Outra razão importante a ser considerada é de que o nível secundário do SUS recebe também usuários da saúde suplementar que muitas vezes veem seus planos e operadoras de saúde limitadas na oferta e acabam por utilizar concomitantemente os serviços especializados do SUS.

Conforme as conclusões dos pesquisadores, o problema de estrangulamento das RAS no nível secundário do SUS seria equilibrado a partir do melhoramento da regulação dos fluxos entre as necessidades de acesso aos diferentes níveis existentes da rede.

Ainda nesse âmbito, os autores citam o exemplo da cidade de Belo Horizonte (MG) que ganhou premiação de boas práticas em regulação no SUS e de Santos ressaltando que

[...] muitos dos municípios que assumiram efetivamente a gestão do sistema de saúde exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde – criaram capacidade de regulação; reorganizaram a rede de serviços; ampliaram a capacidade instalada pública; montaram serviços de controle, avaliação e auditoria; criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares; desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais); ampliaram o acesso da população às ações e aos serviços de saúde; melhoraram a produtividade dos serviços; aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e reduziram internações desnecessárias como foi o caso de Santos [...] (Solla; Chioro, 2012, p. 560).

É em razões de desafios como os acima mencionados que por consequência os serviços de média complexidade tem sido baixos em resolutividade e efetividade no acesso, perpetuando a oferta em detrimento das necessidades da população usuária e acarretando sobrecarga de demanda aos serviços de nível terciário. É em

busca de tentativa de contornar a alta demanda em relação da oferta dos serviços especializados de nível médio que se regula e amplia as requisições à alta complexidade das RAS, repercutindo tanto em prejuízos à integralidade da atenção à população, quanto aos custos do SUS.

3.1.3 A Atenção Hospitalar no Nível Terciário ou Alta Complexidade do SUS

A atenção especializada, como já mencionado nos tópicos anteriores, é dividida entre a média complexidade e alta complexidade. Elas se complementam e compõe a rede organizada de atenção à saúde, conjuntamente com a atenção primária.

A atenção em nível secundário pode ser ofertada em diversos equipamentos, sendo ou não institucionalizados em âmbito hospitalar. Uma vez que os agravos em saúde não tenham sido resolvidos pelas tecnologias e especialidades de média complexidade, a rede de atenção é acionada para que as condutas em saúde possam ser realizadas pela atenção de alta complexidade (nível terciário) em intervenções hospitalares de maior densidade. É o que ressalta a página do Ministério da Saúde (MS) ao trazer que “casos não resolvidos ou não estabilizados neste nível têm a garantia de continuidade do tratamento com internação e intervenção médico-hospitalar mais complexa, por meio de regulação do acesso assistencial” (Brasil, 2022).

A alta complexidade no SUS é ofertada através de hospitais de grande porte, Santas Casas e hospitais universitários. Conforme o Ministério da Saúde (2022), essas são instituições que possuem aporte tecnológico de alta densidade ofertando procedimentos que demandam maiores recursos (e custos) como por exemplo agravos oncológicos, cardiovasculares, transplantes, partos de alto risco, assim como cirurgias de diversas especialidades que não são realizados pelos demais níveis.

Entende-se por densidade tecnológica dos níveis especializados de atenção à saúde, conforme Solla e Chioro (2012) – e em especial, da alta complexidade hospitalar – tanto o maquinário desenvolvido pelo complexo industrial que constrói aparelhos e fármacos que facilitam e aprofundam-se na intervenção em saúde, quanto os saberes profissionais produzidos sobre essas tecnologias e dos processos de trabalho, direções e significados das ações, condutas e manejo de tais equipamentos,

sendo uma dimensão do saber altamente especializada.

É importante se fazer saber que o hospital é um produto da sociedade e suas relações, assim, ele se modifica e modifica seus objetivos conforme um dado momento histórico no qual se encontra e que é permeado pelas relações culturais, econômicas e sociais que atribuem a ele diversos valores e sentidos.

A assistência hospitalar carrega consigo uma centralidade secular no quesito de atenção e cuidados em saúde, sendo, atualmente constatado tal fato a partir de fatores como a concentração de novos saberes e novidades tecnológicas de intervenção especializada em saúde, também em relação à predominância quantitativa de alocação de recursos financeiros, e do ponto de vista simbólico uma vez que é considerado local privilegiado do exercício das práticas em saúde, em especial da medicina moderna (Braga Neto *et al.*, 2012).

A instituição hospitalar passou por substantivas mudanças através dos séculos antes que se configurasse nas formas modernas como se conhece no presente. É natural também, decorrente desse processo, que o hospital e as relações nele inseridas nos dias atuais carreguem, em certa medida, parte de sua história, reproduzindo práticas e significados de seu passado.

Diversos autores contemporâneos, à exemplo de Michel Foucault, irão se debruçar em estudos que demonstram a construção histórica do hospital, nem sempre ligado à ciência médica ou instituições de cura de doenças. A discussão acerca do conceito do hospital moderno bem como as relações políticas, sociais, econômicas e de poder exercidas ao longo do tempo neste local possui uma vasta produção científica acadêmica em diversas áreas de conhecimento; a exemplo de autores recentes que fazem tal sistematização de conhecimentos, cita-se Braga Neto *et al.* (2012) e Ribeiro (2020).

As primeiras formas de hospitais que se tem registro estavam muito longe de instituições de saúde guiadas por práticas científicas e orientadas à promoção ou recuperação da saúde dos sujeitos, tampouco ligadas à medicina. O hospital hoje conhecido teve seus indícios de nascimento entre os séculos XVII e XVIII.

É ainda na Idade Média, na Europa, o período no qual se tem os registros primordiais dos hospitais. Tais instituições eram locais majoritariamente de assistência aos pobres e que por doenças agravadas encontravam-se em estados críticos propensos à morte. Era uma instituição de assistência religiosa e caritativa, vinculada a ações de missionários leigos da Igreja Católica, encarregados de fornecer os

cuidados finais e sacramentais de assistência espiritual aos pobres para que este pudesse realizar uma “passagem” ao plano espiritual de maneira a atingir a salvação de sua alma. Foucault (1984) diz que “nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação” (Foucault, 1984, p.101-102).

O hospital era conhecido como “a Casa de Deus” (*Hôtel-Dieu*) e além de ser responsável pelos cuidados de transição entre vida e morte, tinha também como função de separação de pessoas pobres e doentes da sociedade, por seus quadros de saúde serem considerados uma ameaça à saúde geral da população comum, sendo assim, uma instituição de caráter, também, excludente.

Conforme Foucault (1984)

[...] o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna (Foucault, 1984, p.101).

Além de pessoas pobres e doentes, os hospitais da Idade Média, através da internação, também eram responsáveis por separar outras categorias sociais estigmatizadas e vistas como desfuncionais ao convívio social, tais quais pessoas consideradas loucas, devassas, prostitutas etc., conforme o autor “é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (Foucault, 1984, p. 102).

A passagem do hospital medieval para o hospital vinculado à prática da medicina se dá em especial pela razão de que, até o século XVIII, a prestação da assistência mencionada não era regulamentada, uma vez que se tratava de um serviço vinculado à ação caritativa e de leigos cristãos. Assim, em “Microfísica do poder”, Foucault descreve a transição entre os modelos de hospital em razão da necessidade de se construir parâmetros e regulações que anulassem os perigos e efeitos negativos que a desorganização no trato às doenças poderia oferecer à estrutura social e econômica vigente. Conforme o autor:

O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou

primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo (Foucault, 1984, p. 103).

Os primeiros hospitais a passarem por tal modificação foram os hospitais marítimos e militares, e não os hospitais civis, uma vez que a presença de desordens de caráter econômico era categórica nesses locais. Era frequente nos hospitais marítimos e militares da França a ocorrência de tráfico de mercadorias, objetos preciosos, produtos comerciais de valor econômico entre outras matérias exploradas e importadas das colônias. Os traficantes fingiam estar doentes no momento que desembarcavam e utilizavam-se dos hospitais como local de realização das trocas e contrabandos de mercadorias.

Sendo assim, fez-se necessário a regulamentação de tais instituições, de modo a estabelecer um padrão de fiscalização. É no século de XVII que a primeira normativa de hospitais foi criada, objetivando

[...] e a inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais. A partir de então, se poderá fazer a inspeção desses cofres e registrar o que eles contêm. Se são encontradas mercadorias destinadas a contrabando, os donos serão punidos. Surge, assim, neste regulamento, um primeiro esquadrinhamento econômico (Foucault, 1984, p. 103-104).

Os hospitais militares e marítimos passam a constituir um marcador da reorganização hospitalar. O movimento retratado por Foucault (1984) evidencia como a estrutura e direcionamento da instituição hospitalar se transformam conforme as relações sociais, econômicas e a cultura desenvolvidas em um determinado tempo histórico.

Esse hospital reformado ao se constituir como modelo para execução desse tipo de instituição, passa a incorporar práticas específicas para o controle das epidemias e tráfico de mercadorias. Essas instituições necessitariam: **vigiar** as pessoas ali internadas, **disciplinar** as práticas deles e do ambiente que os cercam de modo a promover a cura, **organizar os espaços** para evitar contaminação de mais sujeitos, **exames** como meio de **vigilância** e classificação, bem como estabelecimento de um sistema de **registros permanentes** sobre as práticas e resultados ali obtidos.

O hospital ao final do século XVIII passa a ser visto como um instrumento de

cura e nesse momento adentra a figura do médico, exercendo um saber especializado em detrimento dos leigos associados à Igreja que exerciam as práticas antigas de assistência religiosa.

Conforme Foucault (1984)

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares [...] A disciplina implica um registro contínuo. Anotação do indivíduo e transferência da informação debaixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber [...] vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (Foucault, 1984, p.106-107).

No contexto de ajustes dos processos de intervenção médica, disciplinarização e gestão do espaço hospitalar, da doença e dos processos de trabalho de maneira curativa, se origina o modelo médico hospitalar – ou “medicalizado”, conforme Foucault (1984) – na sociedade. A instituição passa de mera assistência caritativa e transicional de vida e morte de pobres doentes para um instrumento com terapêutica e caráter curativo pelo saber racionalizado. É também nesse momento o qual o saber médico assume o protagonismo no hospital.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo [...] A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente [...] Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital. O ritmo das visitas aumenta cada vez mais durante o século XVIII [...] Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia. O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital [...] (Foucault, 1984, p. 109).

As estratégias, instrumentos e a inversão de relações hierárquicas proporcionadas pelos regulamentos dos hospitais ao final do século XVIII são fatores que podem ser notados nas rotinas hospitalares até os dias atuais. Claramente, o hospital deste século e, mais precisamente, em contexto nacional e do sistema de saúde aqui utilizado se atualizou substancialmente do hospital da Idade Moderna, no

entanto as tensões e relações de poder, as inspirações em relação a processos de registro, controle, vigilância, de mesma forma, a razão pela qual o saber poder exercido pela medicina são notoriamente presentes, possuem raiz histórica nestes primórdios.

Hoje em dia os hospitais são qualificados como um conjunto de estabelecimentos de promoção e recuperação de saúde. E, retomando o contexto do nível terciário do SUS ou atenção de alta complexidade, essa se trata dos serviços institucionalizados os quais prestam cuidados em saúde a usuários que se encontram em regime de internação, que recebem vigilância, monitoramento e assistência durante 24 horas ao dia.

Conforme Braga Neto *et al.* (2012) é em razão de um regime de internação, distinto da maioria de outras maneiras de atenção à saúde, que é possível qualificar o hospital. A internação é a essência que estrutura e organiza os processos contidos nesse modelo de hospital. E todo esse regime, dá-se o nome de hospitalização.

Em definição, os autores compreendem que internação é a “forma de cuidado sob a qual os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar¹⁶ por um período igual ou superior a 24 horas” (Braga Neto *et al.*, 2012, p. 578).

Os autores estabelecem ainda que além dos hospitais, a internação pode ocorrer também em serviços classificados como “unidades mistas”, um centro de saúde que oferta em menor quantidade alguns leitos para assistência à saúde, ainda que esteja lidando com uma menor complexidade e densidade na atenção às demandas dos usuários.

As práticas e o saber médico dentro do hospital seguem um processo de modernização no século XIX, marcado por expressivo avanço científico nos campos de conhecimento biomédicos e assim ratificam a historicidade do destaque da medicina moderna e o saber-poder¹⁷ médico entrelaçados à instituição hospitalar.

Já no século XX as inovações em saúde seguem a alterar de maneira

¹⁶ Conforme os mesmos autores leito hospitalar é a “Cama numerada e identificada que se destina à internação de um paciente dentro de um hospital. O leito se localiza em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. O leito está vinculado a uma unidade de internação de um serviço” (Braga Neto *et al.*, 2012, p. 578).

¹⁷ Conforme o raciocínio de Foucault (1984) em seu livro “Microfísica do poder” o saber-poder é um dispositivo de controle dos corpos que, no campo da saúde, valoriza-se o saber médico em detrimento de outras especialidades, uma vez que este possui o saber necessário para conduzir, tratar e vigiar os corpos doentes; é conferido ao médico o poder de interferir nos processos relativos à cura-doença. O poder atribuído ao saber médico se estende às outras reações estabelecidas dentro do hospital, uma vez que nesta instituição, o médico passa a ser o protagonista do saber-poder.

contundente as práticas hospitalares, terapêuticas e na medicina moderna. Ampliação de leitos hospitalares, as inovações e saberes de tecnologias pesadas passam a ser centralizadas no hospital.

Assim, é notório que as trocas de paradigmas vivenciadas desde o século XVIII mostram seus resquícios de maneira a legitimar a ação médica, seu saber-poder e legitimar a instituição hospitalar com significado e direção social de prestígio.

A medicina conquista de vez legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar de uma outra imagem junto ao público. Agora, em vez do pavor ante a possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando enfermas, desejam ser lá tratadas. Encontram-se, desse modo, configuradas as bases do modelo de atenção à saúde que irá predominar durante o século XX (Braga Neto *et al.*, 2012, p. 585).

Os hospitais do século XX se expandem ainda mais a partir da criação de sistemas nacionais de saúde no período Pós-Segunda Guerra (1945) nos países ocidentais. Conforme já abordado previamente, nesta época, objetivando reconstruir a economia devastada pela sequência de duas guerras de escala global, os países de capitalismo avançado, desenvolvem políticas sociais integradas, entre elas a de saúde, com grande destaque, no conhecido “Welfare State” ou Estado de bem-estar social. É nesse período que o modelo de intervenção hospitalocêntrico¹⁸ se consagra com a constituição do hospital moderno.

É o que se demonstra de modo que

A assistência à saúde, como um importante componente de tais políticas, não fica ao largo de tal dinâmica social. No decorrer desses anos, grande parte dos países europeus reconhece o direito à saúde como um direito do cidadão [...].

O período que se segue à Segunda Guerra Mundial é, portanto, de difusão e radicalização de um determinado padrão de assistência à saúde, fundado no hospital moderno, organização idealmente projetada em edificações arrojadas, que abriga um grande número de leitos, que busca reunir o mais amplo e diversificado corpo de especialistas e concentrar o mais atualizado e completo parque de equipamentos [...].

O hospital, assim, exerce um papel destacado no processo de atenção. Símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente, ele se torna o centro dos sistemas de saúde (Braga Neto, 2012, p.585).

¹⁸ “Modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica, tanto preventivas quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial toda a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar-curativa. Este modelo passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos 70” (Braga Neto *et al.*, 2012, p. 585).

O modelo hospitalocêntrico, focado na atenção “médico-hospitalar-curativa”, de atenção privilegiadamente biomédica também fez parte da construção dos modelos de atenção à saúde no Brasil, como foi possível constatar no período em que se exerceu a medicina previdenciária, entre 1930-1980.

O contexto atual do regime de hospitalização no Brasil, o caráter social assumido pelo hospital e as relações nele contidas foi remodelado a partir da Reforma Sanitária Brasileira. A RSB que ocorreu ao final do século XX, bem como a criação e implantação do SUS nas décadas seguintes dão as características do hospital moderno em contexto nacional.

Hoje, século XXI, em sua terceira década, após diversas mobilizações sociais por uma direção social da saúde que a compreendesse para além das concepções fragmentadas do modelo biomédico previdenciarista, a saúde é compreendida como um direito social, atendido por meio do SUS, de forma ampla, universal, equitativa e gratuita, bem como, no processo saúde-doença é compreendido o sujeito em suas mais diversas expressões. Conforme a LOS (Lei 8.080/1990):

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...] Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

A Reforma Sanitária Brasileira traz enormes modificações na compreensão e condução da atenção à saúde em solo nacional, consoante aos fatos já expostos no primeiro capítulo. No entanto, assim como todo o percurso histórico, social e econômico das dinâmicas cotidianas, os marcadores legais por si só não são capazes de homogeneizar em completude e de modo total a dinâmica que se torna dominante ou hegemônica.

Hoje, o nível terciário, de alta densidade e complexidade em saúde, é ofertado no SUS através dos já mencionados hospitais de grande porte, Santas Casas, hospitais universitários e através dos hospitais da rede privada de maneira complementar – respeitado o caráter de exceção da ação¹⁹.

¹⁹ Conforme Portaria nº 1.034 de 2010 do Ministério da Saúde em seu Art. 2º: “Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde”.

A alta complexidade do SUS compõe as Redes de Atenção à Saúde articulada com os demais níveis e serviços, buscando solucionar, monitorar, curar e prevenir os mais diversos agravos de saúde. É orientada pelas diretrizes e princípios explícitos na Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e demais legislações complementares em matéria do Sistema.

Ainda na atualidade o hospital ocupe uma direção social completamente reformada aos princípios antes empregados no século XX, o que ocorre é a presença contínua e latente de tensionamentos e disputas de interesses na macroestrutura econômica e nas relações interpessoais que constroem, a instituição hospitalar no nível terciário em saúde.

Nesse sentido, Ribeiro (2020) destaca em seus estudos o hospital enquanto um território²⁰ de tensões e disputas de poder. A autora defende em sua dissertação que o hospital, por diversas características institucionais, também se estrutura enquanto um território de disputa, assim, o hospital cria “territórios político-administrativos que revelam e demarcam relações de poder”. E nesse âmbito o poder é manifestado a partir dos “[...] modos e dinâmicas de vida, as relações sociais inscritas, as relações de poder em jogo e os diversos usos [...]” (Ribeiro, 2020, p.13).

O saber-poder médico, desta forma, ganha destaque de importância nessa dinâmica territorial ao lado de outras tensões de atores ou agentes que constroem e reconstróem tais funcionamento. A exemplo disto cita-se atores que constroem e alteram as relações institucionais o Estado, gestores, profissionais e usuários dos serviços, que, conforme Ribeiro, “cada sujeito se territorializa a partir de sua capacidade de exercer poder” tensionando à concretização de seus mais diversos interesses (Ribeiro, 2020, p.18).

Em síntese, a alta complexidade e atenção hospitalar que se executa atualmente, recebe influência de padrões tradicionalmente empregados anteriormente à sua consolidação. À luz dos autores mencionados é possível refletir por exemplo sobre o histórico e predominante saber poder médico em relação aos outros profissionais, agentes nesse território.

O saber poder médico elucidado do ponto de vista Foucaultiano pode ser

²⁰ Conforme os estudos de Ribeiro (2020) é indicado que a ideia de território “nunca vem desacompanhada da ideia de poder [...] fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (Ribeiro, 2020, p.14). Sendo que o poder é expresso tanto nas relações interpessoais dos agentes, ocorridas no hospital, quanto pelo poder exercido pelo Estado.

ratificado no decorrer dos estudos recentes de Ribeiro (2020). Nota-se que há uma persistente supervalorização da medicina em detrimento de outros saberes em matéria de saúde. A autora elenca que

Atualmente entendemos os hospitais como o lugar preferencial do exercício da medicina, enfermagem e outras profissões na área da saúde, espaço onde a prática médica, de acordo com Ornellas (1995) definiu-se como instituição hegemônica do cuidado [...] (Ribeiro, 2020, p.65).

Claramente, tais fatores, se pensados no contexto do objeto de pesquisa desta dissertação, alta hospitalar responsável, terão consequências e impactos que podem afetar a efetividade e eficiência do planejamento da alta em conformidade com o previsto na legislação e com o princípio da integralidade da atenção dentro das RAS.

No tópico seguinte buscar-se-á abordar a alta hospitalar responsável e tematizar sua correlação com o princípio da integralidade do SUS, bem como possíveis desafios ainda existentes à tradição biomédica muros adentro do hospital.

3.2 ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DO SUS

O processo de planejamento de alta de um usuário indica o fim de uma conduta (multi)profissional às necessidades em saúde apresentadas ao serviço de saúde naquela internação.

Atualmente, a Portaria nº 3.390 de 2013 do Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) do SUS nas RAS. Nela são dispostas as diretrizes que os hospitais que atendem no SUS devem seguir para prestação de seus serviços.

A PNHOSP regulamenta que hospitais são instituições complexas

[...]com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização 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).

Nos hospitais abrangidos pelo SUS o planejamento da alta hospitalar deve ser realizado de maneira articulada com os demais pontos de atenção das RAS, em especial com a atenção básica, conforme a necessidade em saúde da população e

do usuário atendido. Em conformidade com a portaria, o planejamento da desospitalização dos usuários deve ser realizado dentro da prática de uma alta hospitalar responsável.

A alta hospitalar responsável é qualificada no artigo dezesseis da portaria e a define como a articulação da transferência de cuidados necessários à manutenção da saúde do usuário e é composta por três itens: orientação dos usuários e sua família, estimulando sua autonomia e autocuidado; a articulação dos cuidados com os demais níveis e pontos de atenção das RAS e planejamento de mecanismos de desospitalização alternativos à hospitalização, com ênfase em cuidados domiciliares das RAS (Brasil, 2013).

Assim, a evolução das condições clínicas e outros fatores que interferem na manutenção da sua saúde para um quadro considerado passível de continuidade de atenção em outro ponto das RAS ou por si mesmo é considerada como parte da autonomia do sujeito suficiente para a desospitalização.

Entretanto, a PNHOSP não traz uma definição clara do conceito de autonomia, tampouco estabelece as qualidades que o usuário deve possuir para ser considerado suficientemente autônomo no contexto da alta hospitalar responsável. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de uma avaliação multiprofissional conjunta capaz de subsidiar a implementação dos elementos previstos no artigo dezesseis da normativa.

Algumas legislações auxiliam a lançar luz quanto à temática, tal qual a LOS²¹, PNHOSP²² e a Portaria nº 1.820/2009²³ do MS que regulamenta os direitos e deveres dos usuários da saúde. A partir dessas normativas é possível inferir que o conceito de “autonomia” é comumente associado à autodeterminação e à capacidade de escolha dos sujeitos, envolvendo também o entendimento, consentimento a liberdade e o autocuidado dos usuários.

Nesse sentido, a autonomia refere-se à participação ativa dos usuários nas decisões relativas ao seu processo de saúde-doença. Deslocando-os do lugar de meros “objetos” e tornando-os atores principais das práticas em saúde, integrando-os aos saberes e orientações compartilhadas pelas equipes multiprofissionais dos

²¹ A LOS trabalha com o princípio da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.

²² A PNHOSP traz o “reforço da autonomia do sujeito” no processo de alta hospitalar responsável.

²³ A portaria inclui o termo “autonomia” três vezes e os relaciona com a liberdade de escolha e indicação de pessoa a quem confie a tomada de decisões quando houver “autonomia” diminuída, ou quando o usuário esteja incapaz de “exercer a sua autonomia” (Brasil, 2009); também relaciona o termo com a capacidade de autocuidado dos sujeitos no processo de atenção à saúde.

serviços.

Destaca-se aqui que autonomia e liberdade dos sujeitos sociais, possuem diversas problemáticas que transpassam a estrutura social e econômica que interferem nos limites desse poder de escolha, autodeterminação ou liberdade. Por esta razão, os parâmetros de autonomia são pensados a partir de diversos referenciais dos múltiplos atores envolvidos. Tanto a equipe multiprofissional, quanto os próprios usuários e suas famílias elaboram seus pareceres com relação à autonomia do usuário para a desospitalização.

No âmbito dos atores técnicos, o referencial de autonomia utilizado pelos profissionais de saúde é retirado especialmente em matéria de bioética. Esta que também varia conforme contextos, regionalidades e tempos históricos.

Conforme Garrafa (2012) a bioética em seu início nos anos 1970 era tida como uma forma de refletir eticamente sobre os conceitos que interferiam na qualidade de vida humana, sendo elas biomédicas e associadas ao meio ambiente e condições ampliadas de um “ecossistema como um todo”. A bioética ainda é definida como um estudo da conduta humana e como os valores e princípios das condutas humanas interferem na vida e saúde (Garrafa, 2012, p. 741; 742).

A bioética surge com a pretensão de ser uma ciência para pensar a sobrevivência humana, após pesquisadores constatarem o poder de destruição causado pelas tecnologias das Guerras Mundiais e a preocupação com o poder de destruição humana e do planeta.

Na própria década de 1970 a bioética sofre redução nas compreensões de suas concepções em relação às condutas humanas e seus reflexos em sua saúde, assumindo um referencial individualista na discussão sobre a autonomia dos sujeitos sociais, que foi “fundamentalmente, a concepção que acabou divulgando a bioética no cenário internacional a partir dos anos 70 e durante década seguinte, tornando-a conhecida e consolidada por todo o mundo nos anos 90” (Garrafa, 2012, p. 742).

A corrente difundida a partir da década de 1980 em cenário internacional é a do “principialismo”. O principialismo se trata da corrente bioética anglo-saxônica, possuindo quatro princípios universais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. No entanto, a autonomia passa a ter grande destaque em prejuízo aos demais princípios e inspirada em uma perspectiva individualista, acaba por fragmentar a essência da discussão em bioética. Engendra-se, assim

[...] na prática, uma espécie de ‘superprincípio’, hierarquicamente

superior aos demais, deixando o princípio da justiça como mero coadjuvante: importante, mas adicional no contexto da teoria. O 'eu' do individualismo sufoca o 'nós' do coletivismo (Garrafa, 2012, p.744).

Na discussão bioética a autonomia constitui um princípio indispensável para a reflexão de decisões éticas, e para isso é necessário se precaver para não incorrer em equívocos que coloquem como sinônimos da autonomia do sujeito a individualidade em uma perspectiva individualista, egoísta e fragmentária, ou seja, que incorra em uma

[...] visão exacerbada do 'eu', que tende a anular o 'nós' mesmo em situações públicas e coletivas. A fragilidade da utilização maximalista da autonomia está na possibilidade de esta ser direcionada a um individualismo extremado, que sufoca qualquer direcionamento inverso, coletivo, indispensável para o enfrentamento dos grandes problemas sociais, constatados especialmente nos países do hemisfério Sul" (Garrafa, 2012, p. 745).

Avançando em três décadas de discussões, em 2005 é construída a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, promovida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). No momento, houve grandes discussões e divergências quanto à definição de bioética, em especial pelos países em desenvolvimento da América Latina, África, Oriente Médio e Ásia que reclamaram a ampliação da definição de bioética de maneira a incluir o respeito à cultura e história de seus povos.

O que se vislumbra na pauta da declaração é a mobilização dos países em desenvolvimento para que a matéria tivesse seu valor ampliado em análises interdisciplinares das diversas áreas de conhecimento existentes e para além dos quatro princípios originais.

Conforme ressalta Garrafa (2012), os referenciais de uma bioética que reflète sobre a autonomia dos sujeitos e sobre os demais princípios devem incluir as seguintes temáticas para que se comprometam com a realidade de países de capitalismo tardio:

- A não universalidade ou homogeneidade das diferentes situações, necessitando contextualização e consideração de aspectos culturais, religiosos, políticos, sociais, orientações sexuais, entre outras questões.
- Respeito ao pluralismo pautado em visões plurais e democráticas.
- Bioética enquanto campo multi-intertransdisciplinar em campo de conhecimento.

- Ética reflexiva que proponha respostas concretas aos conflitos apresentados.

Desta forma,

O paradigma da totalidade concreta permite a melhor compreensão de muitos quadros mórbidos, principalmente quando a causalidade da doença em foco extrapola o campo exclusivamente biológico, estendendo-se às razões sociais, econômicas, políticas e outras (Garrafa, 2012, p.747).

Assim, ao pensar na autonomia dos sujeitos, no processo de planejamento da alta hospitalar responsável para desospitalização do usuário, deve-se compreendê-la como socialmente condicionada. Nesse contexto, destaca-se o papel estruturante da classe social e suas interseccionalidades (gênero, raça, orientação sexual etc.) na autonomia dos sujeitos, na medida em que tais parâmetros incidem sobre o grau factível de seu exercício. Em uma sociedade marcada pela distribuição desigual de recursos materiais, a autonomia não se objetiva de maneira equânime entre as diferentes posições e intersecções de classe.

Também deve-se pensar autonomia sob a perspectiva da responsabilidade multilateral, que não restrinja à individualização da responsabilidade exclusiva do “eu” do sujeito em seu processo de recuperação e promoção da saúde.

A bioética brasileira se expande na década de 1990 ainda com os conceitos iniciais do princípalismo. Se consolida em 2002, com o VI Congresso Mundial de Bioética com reconhecimento da insuficiência dos quatro princípios em suportar uma análise de realidade em sua completude.

Assim, ao falar em bioética para elucidar o conceito de autonomia, deve-se pensar na autonomia do sujeito de uma maneira orientada ao que é público e coletivo e que transpassam a vida e poder decisório individual.

Na chamada bioética sanitária é apresentado um marco conceitual na matéria em que, ressalta Garrafa (2012), a defesa de um

1) no campo público e coletivo, a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; 2) no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto onde os mesmos acontecem. Inclui a reanálise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia *versus* justiça/equidade, benefícios individuais *versus* benefícios coletivos, individualismo *versus* solidariedade, omissão *versus* participação e mudanças superficiais *versus* transformações concretas e permanentes (Garrafa, 2012, p. 753).

É a partir da responsabilidade compartilhada em escala individual, pública e planetária que a bioética elucida a articulação da autonomia dos sujeitos. A ética da responsabilidade individual diz respeito àquela ligada “ao papel e aos compromissos que cada cidadão ou cidadã deve assumir frente a si mesmo e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas”; a ética de responsabilidade pública, por sua vez, diz respeito aos compromissos assumidos pelo Estado democrático frente aos temas de direito e cidadania, bem como o cumprimento dos pactos e legislações que afetam o interesse público, a vida e saúde das pessoas; a ética de responsabilidade planetária, por fim, significa o compromisso dos cidadãos do mundo, dos países e dos conjuntos de nações na preservação das condições de habitabilidade do planeta e que garanta o bem-estar e saúde coletivos (Garrafa, 2012, p.750).

Ou seja, pensar a autonomia sob a luz da bioética contemporânea corresponde à reflexão entre diferentes níveis de responsabilidade entre os atores sociais envolvidos no processo abordando longitudinalmente os espectros que cercam a vida social que impactam na saúde, bem como a compreensão ampliada desta, dos seus determinantes, suas condições de manutenção, recuperação e promoção da saúde.

Ainda pensando na temática de autonomia que conforme os parâmetros atuais de legislação indicam como um de seus sinônimos a liberdade ou capacidade de autodeterminação dos sujeitos, as ciências sociais e aplicadas contribuem com a reflexão de alguns autores.

Marx, um dos autores clássicos das ciências sociais fará uma extensa análise macroeconômica do capitalismo e seus limites impostos na capacidade de escolhas dos indivíduos dentro de tal sistema. Daí uma de suas conhecidas citações no livro “O 18 de Brumário de Luis Bonaparte” (Marx, 1986, p.17) – “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” – referindo-se a uma estrutura em que o sujeito já nasce inserido, estrutura econômica, social, política, cultural, a qual vai assimilando e se enquadrando dentro de uma determinada classe social. As escolhas individuais são, assim, limitadas ou condicionadas conforme a macroestrutura e principalmente conforme a classe social a qual o sujeito se insere.

O autor ainda contribui para compreensão dos limites da “liberdade” quando

empregada sob o espectro econômico liberal em sua produção sobre “A Questão Judaica”.

Em “A Questão Judaica”, Marx (2010) auxilia o leitor a pensar criticamente a participação política tensionada e desenvolvida no âmbito da cidadania burguesa – na estrutura econômica do capitalismo.

O livro aborda uma crítica política aos escritos de Bruno Bauer com relação ao Estado cristão alemão no final do século XIX e a luta dos judeus, por não serem cristãos, em terem concedidos direitos políticos dentro de tal sociabilidade. Marx (2010) irá discorrer sobre as contradições ao disputar espaços políticos dentro da sociabilidade burguesa, além das fragilidades do Estado de direito, o que o leva a analisar dois conceitos: emancipação política e emancipação humana.

A partir das críticas de Bauer, Marx (2010) conclui em sua análise que antes dos judeus buscarem que o Estado se emancipe de sua condição religiosa, devem eles mesmos buscar emanciparem-se da religião, objetivando uma análise racional e científica maior.

Fica exemplificado no trecho

A forma mais cristalizada do antagonismo entre o judeu e o cristão é o antagonismo *religioso*. Como se resolve um antagonismo? Tornando-o impossível. Como se faz para tornar impossível um antagonismo religioso? *Superando* a religião. Assim que judeu e cristão passarem a reconhecer suas respectivas religiões tão somente como *estágios distinto do desenvolvimento do espírito humano* [...] eles não se encontrarão mais em uma relação religiosa, mas apenas em uma relação crítica, científica, em uma relação humana. A *ciência* constitui então sua unidade (Marx, 2010, p. 34).

Assim, Marx (2010) contribui com uma reflexão sobre emancipação política, e emancipação humana. Ou seja, para que o judeu pudesse ser considerado cidadão nos limites do Estado cristão, aquele teria que abdicar de parte constituinte de sua subjetividade, na mesma medida em que, para o Estado considerar emancipar politicamente os judeus, deveria abdicar de sua estrutura constituinte cristã.

A emancipação em relação à religião é colocada como condição tanto ao judeu que quer ser politicamente emancipado quanto ao Estado que deve emancipar e ser ele próprio emancipado [...] vemos o erro de Bauer no fato de submeter à crítica tão somente o “Estado cristão”, mas não o “Estado como tal”, no fato de não investigar a *relação entre emancipação política e emancipação humana* [...] (Marx, 2010, p. 35).

Em outras palavras, a busca pela emancipação política é limitada por uma

estrutura que, na realidade, é mantenedora de uma macroestrutura econômica e Estatal (burguesa), muitas vezes, tirando de vista a emancipação humana de forma universal, ampliada e coletiva.

Nessa perspectiva, lançando luz à autonomia do sujeito enquanto uma liberdade individual – propagada pelos ideais liberais burgueses de liberdade, igualdade e fraternidade formais, em legislação – e não necessariamente como uma liberdade coletiva, que alcance formas de sociabilidade livre de exploração de classes sociais, significa ter uma redução substantiva de sentido.

Ao tratar a autonomia associada à liberdade de escolha individual do sujeito sem considerar a macroestrutura, que não possui no tempo presente possibilidades de emancipação humana, mas sim política, incorre-se na possibilidade de equívocos em cenários nos quais se responsabilize e culpabilize o sujeito por sua autodeterminação por prover condições favoráveis à sua saúde, que *a priori*, muitas vezes, já foram negadas e/ou condicionadas de maneira desfavorável pela sociedade baseada na exploração de classes e as expressões da *questão social* trazidas com ela.

Em síntese, ao pensar na articulação da alta hospitalar responsável à vista da autonomia do sujeito em promover seu autocuidado em articulação com os demais níveis de atenção da RAS, deve ser avaliada por equipe multiprofissional, agregando saberes e reflexões, no âmbito da bioética – que se refere a medidas a serem tomadas para proteção de indivíduos e populações (Garrafa, 2012) – da Reforma Sanitária e das ciências sociais aplicadas que definam uma intervenção robusta em aparato teórico e metodológico, respondendo efetivamente às demandas de saúde de maneira integral.

O princípio da integralidade do SUS, já tematizado no capítulo anterior, compõe também as diretrizes da PNHOSP, que por sua vez elenca quatorze diretrizes, sua primeira sendo a “garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar” (Brasil, 2013).

Para que tal princípio se efetive, a PNHOSP traz que durante todo o processo de internação a atenção hospitalar contemplará o planejamento de cuidado e assistência ao usuário de maneira multiprofissional que comporão “a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares” e dialogarão com o

apoio matricial da APS (Brasil, 2013).

Além disto, a Política define que haverá, para a regulação de ocupação de leitos e altas hospitalares, um Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais. Os núcleos, por sua vez, conforme o Manual de Implementação do NIR (Brasil, 2017), compreendem por equipe multiprofissional um mínimo de profissionais desejados em sua composição, sendo eles, pelo menos um da área médica, um da enfermagem e um do serviço social.

Dentre as várias maneiras de se compreender e abordar o princípio da integralidade do SUS, ressalta Paim (2012) quatro perspectivas: como a integração de ações de promoção, proteção, reabilitação etc. em saúde, de maneira a articular todos os níveis de atenção à saúde de compõem o SUS; a segunda, como a abordagem profissional abrangendo as mais diversas dimensões do usuário em sua totalidade (biológica, psicologia e social); a terceira como garantia da continuidade de acesso à atenção por meio dos serviços do SUS; e a quarta, entendida como a articulação do conjunto integrado das diferentes políticas públicas que envolvem a vida e compreensão das determinações sociais de saúde (habitação, educação etc.) em uma ação intersetorial (Paim, 2012).

Assim, ao se pensar nas perspectivas trazidas pelo autor, pode-se realizar aproximações entre as tantas compreensões de integralidade e a alta hospitalar responsável no processo de desospitalização dos usuários.

Com relação à primeira e terceira perspectivas, fica evidenciado que a alta hospitalar pode expressar o princípio da integralidade uma vez que, conforme a PNHOSP, ela é responsável pela transferência de cuidados que será realizado pela

- I- articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
- III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

Já a segunda perspectiva, como forma de atuação profissional, pode ser vista em expressão quando previsto pela PNHOSP o caráter acima mencionado de atenção multiprofissional e interdisciplinar, de forma horizontal, no trato integral às demandas de saúde apresentadas em âmbito hospitalar, na elaboração de planos terapêuticos e conexões com outros serviços das RAS.

Por fim, a última perspectiva que expressa integralidade, trazida por Paim (2012), a articulação com demais políticas públicas de maneira intersetorial também

é contemplada pela PNHOSP que, em seu artigo nono, estabelece que faz parte da atenção hospitalar a atuação de “de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado” (Brasil, 2013).

Assim, é possível constatar a partir da tematização dos autores acima mencionados e da associação com a regulamentação da PNHOSP que a alta hospitalar responsável pode e deve ser veículo de articulação e efetivação do princípio da integralidade do SUS. Para tal, contribui para que isto ocorra a compreensão e problematização acadêmica e científica nessa matéria para embasar e fortalecer tal perspectiva na atuação dos atores sociais que compõem o hospital. Por esta razão, no capítulo a seguir analisar-se-á como as produções acadêmicas de teses e dissertações em território nacional têm compreendido a alta hospitalar responsável enquanto processo de cuidado orientado pelo princípio da integralidade do SUS.

4 A ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (AHR) E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE – ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DA BDTD (2013-2023)

No presente capítulo buscou-se compreender em que medida o princípio da integralidade do SUS é contemplado ou articulado no processo de planejamento da Alta Hospitalar Responsável (AHR). O conteúdo abaixo descreve os resultados da análise das dezoito produções selecionadas para esta pesquisa. Seguiu-se a análise de conteúdo das produções, na modalidade temática, sistematizando os elementos trazidos pelas produções *stricto sensu* dos dez anos subsequentes à criação da PNHOSP, acerca da alta hospitalar responsável enquanto processo que deve ser orientado pelo princípio da integralidade do SUS. A análise foi organizada em três eixos.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO PARA DEFINIÇÃO DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (AHR)

Este eixo, objetivou identificar os significados que os autores atribuem à AHR e seus parâmetros. Ou seja, se partem da própria PNHOSP ou de outros autores para qualificar e definir tal ação. É nesse momento também que se buscou identificar as significações e direções dadas à AHR com base nas dissertações e teses.

Para análise das compreensões vigentes no espaço temporal definido pela pesquisa, partiu-se da conceituação inicial de Alta Hospitalar Responsável (AHR), apresentada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de 2013.

Segundo a Portaria nº 3.390 de 2013, do MS, a AHR é entendida como a “transferência do cuidado”, a ser realizada a partir da

- I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
- III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

Das dezoito produções analisadas, notou-se que os autores Perales (2023), Rocha (2016), Oliveira (2019) e Alves (2021) abordaram a AHR conforme previsto pela PNHOSP; estes, com exceção de Oliveira (2019), acrescentaram ainda outros²⁴ referenciais para definição do processo.

Ainda, tem-se que os autores Dias (2015), Petronilho (2016), Borges (2019), Moroço (2020), Silva (2020), Silva (2023) e Rufino (2020) não definiram AHR. Seguido dos autores Manço (2022), Mello (2013), Ignácio (2017), Manara (2021), Araújo (2023), Pereira (2023) e Girão (2021) abordando alta hospitalar (não necessariamente AHR) com base em autores diversos²⁵.

A revisão das onze produções que abordaram a Alta Hospitalar Responsável à luz da PNHOSP e/ou de outros referenciais teóricos que tematizam a alta hospitalar, evidenciou que o entendimento predominante acerca do processo de alta está expressivamente ligado à continuidade dos cuidados. Tal compreensão indica como núcleo dessa continuidade de cuidados tanto as redes de atenção à saúde, quanto a transferência de cuidados para o âmbito domiciliar/familiar.

O termo “cuidado” aparece em dez definições elencadas entre as onze produções que tematizaram; sendo as compreensões predominantes “transição de cuidados” (Araújo, 2023), “cuidados continuados” (Perales, 2023), “seguimento dos cuidados” (Perales, 2023), “transferência do cuidado” (Perales, 2023; Oliveira, 2019; Manara, 2021), “continuidade do cuidado” (Ignácio, 2017; Manara, 2021; Alves, 2021; Araújo, 2023; Girão, 2021).

A exemplo do acima exposto, tem-se que a alta hospitalar é mediada baseando-se nos “cuidados de transição como práticas coordenadas, eficazes para garantir a segurança e a continuidade de cuidados durante a transferência da pessoa na alta hospitalar [...]” (Perales, 2023, p. 23).

Em uma segunda definição fora afirmado que

A alta hospitalar é uma transição específica e deve prever a continuidade dos cuidados em domicílio. As equipes de saúde, do hospital e a equipe de referência local, devem desenvolver um plano global de conduta terapêutica, incluindo educação do paciente e da família e, de maneira especial, coordenação entre profissionais que

²⁴ Bernadino (2022); Sociedade Americana de Geriatria (2018); Shahsavari, Zarei, Mamaghani (2019); Política Nacional de Humanização (PNH) (s.d.); Portaria MS nº 2.809 de 2012 (cuidados prolongados);

²⁵ OMS (2013); Naylor, Schalski (2010); Flesch, Araujo (2014); Sanna (2007); Ribas (2018); Siqueira, Vila, Weiss (2018); Figueiredo (2016); Souza, Queluci (2014); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (2015); Fagundes, Scandol (2018); Olario (2019) e definições próprias e autorais.

dão assistência, articulado com os serviços comunitários (Ignácio, 2017, p. 57).

Por sua vez, Manara (2021) parte do pressuposto de que “a alta hospitalar constitui a transferência do cuidado no âmbito hospitalar para o ambiente extra-hospitalar” (Manara, 2021, p. 29).

Outros entendimentos menos frequentes, mas ainda presentes nas teses e dissertações foram a compreensão da alta hospitalar, como processo de “liberação” (Pereira, 2023; Mello, 2013; Manço, 2022) do paciente da unidade de cuidados hospitalares, “período de transição” (Manço, 2022) entre ambientes de cuidados, “processo de desospitalização” (Rocha, 2016) e “mecanismos de desospitalização” (Rocha, 2016), “saída do paciente do ambiente hospitalar” (Manara, 2021), “ações” profissionais (Perales, 2023; Manara, 2021; Araújo, 2023; Girão, 2021), “elaboração de um projeto terapêutico” (Araújo, 2023), “desligamento” do usuário da instituição de saúde (Pereira, 2023).

Manço (2022) pauta-se nas definições da OMS para orientar seu trabalho e refere que a alta hospitalar se trata da

[...] a liberação de um paciente de uma unidade de cuidados, usualmente, a data em que o paciente deixa o hospital (OMS, 2013). No entanto, a alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidado, e sim, como um período que pode ser propício para se desenvolver intervenções que assumam a função de elo entre o ambiente hospitalar e o domicílio, ou o próximo nível de atendimento [...] (Manço, 2022, p. 20).

Por um outro lado Rocha (2016) também colabora ao citar a Política Nacional de Humanização e PNHOSP entre os documentos analisados, essas que compreendem o

[...] processo de desospitalização para quaisquer hospitais como um mecanismo obrigatório que visava buscar alternativas aos serviços hospitalares; texto muito parecido com o presente na PNHOSP em seu artigo 16, item III, onde a alta responsável deve ser garantida mediante a “implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS” (Rocha, 2016, p. 73).

Outra abordagem alerta os leitores quanto a histórica abordagem que considera a alta hospitalar como um mero desligamento do serviço. Nesses termos, ressalta Pereira (2023) que

Historicamente, a alta é reconhecida e construída em uma perspectiva de desligamento [...] e, mesmo quando se volta para a concepção de

uma abordagem em saúde centrada na pessoa, a oferta do cuidado integral, o planejamento da alta com qualidade e a continuidade do cuidado [...] incorremos na possibilidade de pensar a alta como um “desligamento’ da rede e não um caminhar por ela” [...] assim, a alta é colocada no lugar do não cuidado, do abandono e do descaso (Pereira, 2023, p. 45).

A perspectiva da alta hospitalar como mero desligamento de um serviço inviabiliza a potência instituída pelas Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Ao conceber o desligamento como finalização estrita da intervenção assistencial, desconsideram-se as diretrizes de complementariedade e articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, organizados conforme distintos níveis de complexidade do SUS.

É necessário refletir que, sob tal perspectiva, o desligamento opera em uma matriz ultrapassada, reinscrevendo as práticas em saúde a partir de fundamentos conservadores do modelo hospitalocêntrico, tradicionalmente utilizado em hierarquia dos níveis de atenção. Sua atuação implica no consequente esmaecimento do princípio da integralidade dos cuidados, acarretando prejuízo na continuidade de cuidados em saúde previstos pela PNHOSP. Neste contexto, o desligamento corrobora uma assistência fragmentada aos usuários, limitando o fluxo comunicacional entre os serviços e enfraquecendo a estratégia de referência e contrarreferência entre as RAS.

Cumprе destacar que três produções distintas (Alves, 2021; Rocha, 2016; Manço, 2022) aproximaram-se, em algum nível, da compreensão sinonímica entre alta hospitalar e desospitalização, abordando-a em consonância com a perspectiva ampliada do cuidado. Nesses estudos, a desospitalização e a liberação do usuário internado são compreendidas como momentos integrantes dentro de um emaranhado complexo de ações multiprofissionais que estruturam o processo de Alta Hospitalar Responsável. Tal entendimento ratifica a necessidade de assegurar a continuidade do cuidado como eixo estruturante profissional, reconhecendo que a alta não se reduz a um ato pontual, mas constitui processo articulado iniciado desde a admissão do usuário no hospital.

Por fim, das sete produções que não definiram AHR, quatro delas (Rufino, 2020; Silva, 2020; Moroço, 2020; Borges, 2019) utilizaram em alguma medida a PNHOSP para balizar as tematizações sobre as atuações do Núcleo Interno de Regulação (NIR), sendo algumas das atribuições deste, a regulação de leitos,

liberação de alta e admissão de pacientes.

É possível notar a utilização da PNHOSP por Moroço (2020) ao dizer que

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) [...] foi uma das estratégias de gestão criadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde (PNHOSP) em 2013, sendo regulamentado por Manual específico publicado pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma unidade administrativa para gestão de micro e macro-regulação do fluxo de pacientes [...] As principais funções atribuídas foram: intercomunicação entre os diversos setores clínicos e enfermarias e Controle de Leitos, setor de Farmácia e Nutrição, com objetivo de redução do tempo de permanência do paciente na instituição e administração dos leitos (Moroço, 2020, p. 21).

Outra autora que apesar de não utilizar a PNHOSP para definição da AHR, a utiliza para descrever a atuação do NIR é Silva (2020). A partir da autora tem-se que

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [...] define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação [...]. O NIR é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar (Silva, 2020, p.21).

Por último, apenas uma produção destas (Silva, 2023), embora realize vasta problematização sobre humanização nos processos de internação e alta, não definiu o conceito previamente, o que pode indicar, que apesar de suas colocações irem ao encontro do entendimento preconizado na PNHOSP e pelo princípio da integralidade para a AHR, houve uma fragilidade nas fontes exploradas pela pesquisadora.

Em síntese, este primeiro eixo de análise demonstrou que onze dos dezoito pesquisadores expressam em suas produções compreensão ampliada acerca da Alta Hospitalar, em graus variados, fundamentados em autores diversos. Outrossim, o eixo explicita que quatro produções abordam exatamente conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar, se apropriando das diretrizes de uma alta segura ou responsável.

O primeiro eixo indica ainda uma necessidade de aprofundamento, por parte dos profissionais e pesquisadores, sobre Alta Hospitalar Responsável e apropriação das normativas atualizadas que balizam tal ação, tal qual a PNHOSP.

Ainda que ressaltem possuir algum nível de contato com as reflexões teóricas produzidas até o momento.

Também fica ratificada a forma como os autores que tematizam a alta hospitalar a compreendem, quase de maneira unanime, como imbricada ao cuidado. Para isso, a reafirmam como propulsora de transição, continuidade, seguimento e transferência de cuidados de um ambiente hospitalar para um ambiente externo que, em geral, é retratado como o domicílio e/ou associado às redes de atenção à saúde.

4.2 ABORDAGEM OU DEFINIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES MULTIPROFISSIONAIS PARA DESOSPITALIZAÇÃO

O segundo eixo se propõe a explorar as possibilidades de atuação multiprofissional no processo de desospitalização do usuário e planejamento de alta hospitalar. Aqui, tem-se por intuito problematizar como os autores compreendem as atribuições da equipe em tal ação, bem como perceber elementos que indiquem o engajamento multiprofissional e/ou dificuldades e limites à efetivação da AHR em consonância com o princípio da integralidade.

Na análise das teses e dissertações selecionadas, optou-se por avaliar quais autores definiram as atribuições da enfermagem, medicina, serviço social – estrutura mínima de recursos humanos recomendada pelo Manual de Implementação do NIR, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) – e/ou outras categorias profissionais complementares à regulação de leitos e, conseqüentemente, à Alta Hospitalar Responsável.

No presente eixo, também buscou-se explorar como os pesquisadores compreenderam a articulação entre as equipes multiprofissionais, possíveis desafios cotidianos, assim como as potencialidades observadas e descritas nas produções no que tange aos processos de desospitalização dos usuários.

A sistematização das informações partiu da identificação de elementos centrais e/ou que se repetiam nas ponderações dos autores. Ficou evidente neste processo os contrapesos entre quantidade e qualidade das abordagens, no sentido de que, grande parte das dezoito (18) produções abordaram de alguma maneira a atuação da enfermagem, medicina, serviço social ou outros profissionais; em contrapartida, houve destaque para a qualidade das considerações trazidas e a profundidade da compreensão e valorização das atribuições profissionais

das diferentes categorias presentes no cotidiano da alta hospitalar.

Nesta direção, das dezoito (18) teses e dissertações analisadas, dezesseis (16) abordaram atribuições da enfermagem; doze (12), da medicina; treze (13), do serviço social; e doze (12) contemplaram outros profissionais e/ou realizaram menções a “equipes multiprofissionais”. Apenas uma (1) produção não abordou, sob qualquer perspectiva, a temática.

Ressalta-se a importância de pesquisadores engajados e atentos aos elementos que constituem seus objetos de estudo e revisão, de modo a captar conteúdos explicitados, assim como as possíveis entrelinhas – as nuances entre o dito e não dito, o que se faz presente e que se mostra ausente nas produções científicas. No percurso analítico empreendido, evidenciaram-se distintas abordagens investigativas e diversos níveis de aprofundamento teórico-metodológico, os quais, em sua pluralidade, contribuíram para a consolidação das reflexões desenvolvidas nesta dissertação.

Nessa perspectiva, as considerações a seguir decorrem da leitura integral e criteriosa das obras analisadas, sendo apresentadas com o devido respeito aos autores estudados. Foram mobilizados fragmentos das produções analisadas com a finalidade de exemplificar as reflexões promovidas a partir do contato com o conteúdo publicado. Reitera-se, ainda, a relevância dos saberes construídos por tais estudos, compreendo que as ponderações aqui apresentadas vão ao encontro ao objetivo comum de grande parte das produções: a qualificação dos processos de trabalho em saúde, reflexão e construção de novas práticas que fortaleçam políticas sociais mais abrangentes, com maior efetividade e eficiência, especialmente no que se refere à consolidação de uma Alta Hospitalar Responsável em consonância com o princípio da integralidade do cuidado no SUS.

Retomando, em termos quantitativos, os índices de abordagem das atribuições multiprofissionais, em primeiro contato pode sugerir que houve uma distribuição homogênea e abrangente de menção das categorias profissionais, indicando, aparentemente, uma valorização quase horizontal dos diversos profissionais que compõem o cotidiano de planejamento de AHR nos hospitais. Tal impressão decorre da proximidade quantitativa entre as menções às distintas categorias nas produções. Contudo, qualitativamente, há uma quebra de expectativa, ao passo que na análise de conteúdo emergem assimetrias, hierarquizações e diferentes níveis de aprofundamento no que tange as atribuições das especialidades.

Foi possível notar que o protagonismo interventivo no planejamento e execução da alta hospitalar se deu na descrição da atuação da enfermagem, seguida da medicina. Em primeira razão pois grande parte das produções estão concentradas em programas de pós-graduação de enfermagem, medicina ou de profissionais formados nessas áreas²⁶.

O papel da enfermagem na alta hospitalar foi associado como agente de planejamento da transição do cuidado, citados tanto durante o processo, quanto após a alta médica. De mesma forma os resultados demonstram que parte dos autores (Manço, 2022; Perales, 2023; Rocha, 2016; Oliveira, 2019) compreendem a necessidade de intervenção precoce na alta desde o momento de admissão do usuário, considerando suas múltiplas necessidades humanas em saúde.

Ainda, parte das produções (Moroço, 2020; Silva, 2020; Alves, 2021; Araújo, 2023; Girão, 2021; Rufino, 2020) apresentam indícios parcialmente mais restritos quanto à compreensão do processo de alta e na incorporação da concepção ampliada de saúde, em atuação de equipes multiprofissionais. Ora as considerações apresentam lacunas ou reduções sobre a competência das categorias profissionais, ora centram-se em saberes da medicina e enfermagem como papel central dos processos.

Uma terceira parcela das produções analisadas (Perales, 2023; Mello, 2013; Ignácio, 2017; Oliveira, 2019; Borges, 2019; Silva, 2023; Rufino, 2020) carregam reflexões críticas frente às limitações enfrentadas pelas equipes durante o planejamento da alta hospitalar responsável.

A exemplificar, seguem trechos de alguns dos autores abordando as atribuições das equipes: “Nota-se que a enfermagem, além de assumir o protagonismo no planejamento de alta, ainda identifica a necessidade de atuação de outros profissionais para garantir uma assistência completa aos usuários” (Manço, 2022, p. 69). A mesma autora traz ainda a fala de um entrevistado (não identificado) que reforça seu ponto “[...] os médicos não conseguem ver todo o planejamento. Eles apenas dão a alta [...] nós acionamos a assistente social para resolver algumas questões que nós da enfermagem não conseguimos. Assim o paciente já vai embora

²⁶ As áreas dos Programas de Pós-Graduação em que as teses e dissertações foram produzidas são: Enfermagem; Enfermagem em Saúde Pública; Gestão do Cuidado em Enfermagem; Enfermagem Fundamental; Saúde Coletiva; Enfermagem em Saúde Coletiva e Psiquiátrica; Tecnologia e Inovação em Enfermagem; Enfermagem e Saúde, e Mestrado em Transplantes.

com tudo preparado” (Manço, 2022, p. 69).

Outra autora tece uma crítica ao ainda imperante parecer médico sobre outros saberes, que passam a atuar na transição de cuidados após a alta da medicina. Tal ponto expressa a dependência que múltiplas categorias (ainda) têm em função do parecer médico, sobre a necessidade de inclusão de equipe multiprofissional no processo de cuidados e de planejamento da alta hospitalar. Tal fator indica a perspectiva reducionista de saúde que instituições de saúde ainda carregam e que pode dificultar a implementação da AHR.

[...] o cuidado transicional se inicia no momento da comunicação da alta pelo médico, o que acontece no dia da alta. As ações em saúde estão centradas no profissional médico e a equipe multiprofissional participa deste processo em situações de demanda no dia da alta quando é acionada, e, na maioria das vezes, pelo próprio médico (Perales, 2023, p. 44).

Até mesmo a enfermagem que, através deste estudo, demonstrou ter um papel de relevância na alta, por vezes fica subjugada ao saber-poder médico, sendo cobrada por agilidade no processo de “orientação” dos usuários para que sejam desospitalizados no mesmo dia em que recebem a alta médica. É o que mostra a entrevista (não identificada) na tese da autora Perales (2023).

A alta é muito rápida, se tem alta, a pessoa tem que ir embora. Se ela precisa aprender os cuidados como uma dieta, um curativo, é muito rápido. Você passa as informações para ela de como fazer, mas, muitas vezes, a gente não consegue nem treinar essa família para ela aprender a fazer esse cuidado, para fazer em casa, então, é muito precário (Perales, 2023, p. 44).

Outras atribuições que foram associadas à equipe de enfermagem foram: responsável por articular a equipe multiprofissional e desospitalização “[...] geralmente, é ao enfermeiro que cabe a responsabilidade de intermediar o processo de alta como um todo” (Mello, 2013, p. 160); intermediação entre usuários, familiares e serviços da rede (Petronilho, 2016); preparo do cuidador para transição de cuidados (Ignácio, 2017); gestão de leitos (Borges, 2019) e regulação de leitos (Silva, 2020). Ressalta-se ainda como competência da enfermagem a avaliação de critérios biofisiológicos e exames durante a preparação de alta hospitalar. Somam-se a isso o manejo de cuidados e orientações de cuidados que viabilizam a desospitalização, além da atuação do enfermeiro como integrante de rede de apoio ao cuidado junto à

família do usuário (Araújo, 2023). Parte expressiva dos autores²⁷ que abordaram as atribuições da enfermagem apresentou compreensões convergentes, ratificando o entendimento coletivo acerca do protagonismo dessa categoria na execução da alta hospitalar.

A segunda profissão que foi abordada com maior magnitude qualitativa com descrição de suas atribuições, foi a medicina.

Fica evidente o papel decisório do médico em informar o momento “ideal” da alta, decidindo ou convocando demais profissionais que julgar necessário para agilizar a desospitalização, reduzindo a equipe ao papel meramente “auxiliar” da profissão médica, ainda sob uma perspectiva biomédica estrita. A partir das descrições contidas nas produções analisadas, alta médica é facilmente confundida e tratada como sinônimo de alta hospitalar, nem sempre ocorrida de maneira responsável, por vezes restritas ao conhecimento biofisiológico sobre saúde.

Como já citada por Perales (2023) em sua tese, a perspectiva da medicina comunica o momento da alta ao restante da equipe, o que evidencia que a ação não tem sido avaliada precocemente (desde a admissão do usuário) por uma equipe multiprofissional que possa manejar todos os condicionantes de saúde estruturais da vida social do sujeito.

Tal compreensão também se evidencia a partir dos estudos de Moroço (2020), ao explorar os impactos da informatização no processo de alta hospitalar, a partir da implementação de “assinatura eletrônica” no prontuário eletrônico. Neste processo descrito por Moroço (2020), a introdução da assinatura eletrônica teria reduzido o tempo de alta hospitalar e saída do usuário do hospital, considerada como um resultado positivo. Embora o autor analise o tempo de internação como um dos aspectos principais de eficiência, a partir de suas ponderações foi possível compreender a ideia de que a alta hospitalar passa a ser articulada fortemente vinculada ao parecer médico, de sua especialidade sobre o fim de suas intervenções institucionais, seguida de procedimentos burocráticos de liberação do usuário. Tal fator revela-se como uma expressão da percepção da alta como um fim em si mesma e o esvaziamento do conceito de “responsável”, assim como do princípio da “integralidade”, que pressupõe decisões e consensos multiprofissionais acerca das condições de saúde circundantes ao sujeito internado.

²⁷ Autores que convergem para o protagonismo da enfermagem na execução da alta hospitalar: Manço, 2022; Mello, 2013; Petronilho, 2016; Oliveira, 2019; Borges, 2019; Silva, 2020; Manara, 2021

O presente estudo demonstrou que ferramentas de informática (assinatura eletrônica) permitiram a revisão do processo **de alta do paciente após a dispensa médica** com redução significativa do tempo de espera decorrente de procedimentos burocráticos. Esta redução implica em maior giro-leito em períodos diurnos [...] (Moroço, 2020, p. 54, grifos próprios).

Apesar do autor obter *sucesso na diminuição do tempo* de articulação da *alta hospitalar*, abre-se espaço para questionar sobre a qualidade e segurança dos processos que cercam tal procedimento, por exemplo.

Moroço (2020) conclui que a tecnologia da informação contribui para acelerar o processo de alta, cortando burocracias. Menciona a qualidade de índice de rotatividade e menor tempo de internação; não se delonga em descrever detalhadamente a qualidade das intervenções multiprofissionais ou em que medida a diminuição do tempo na alta hospitalar pode afetar o princípio da integralidade para continuidade dos cuidados do usuário.

Foi possível refletir de forma ampliada, a partir do exemplo desta produção, acerca das possíveis limitações na compreensão dos processos profissionais inerentes à alta hospitalar e o quanto, por vezes, esta tende a ser concebida como um fim em si mesma. Neste movimento, torna-se suscetível à incorporação de discursos financeiros centrados, alinhando-se às exigências de agilidade de liberação do usuário e rotatividade de ocupação de leitos, sem a necessária reflexão crítica às limitações imperadas pela atual macroestrutura ou considerações acerca das necessidades humanas em saúde.

A forma como foi explicitada as informações são indicativos de que o saber sob as formas biomédicas ainda determina os processos de desospitalização, considerando os demais profissionais como secundários às decisões médicas. É o que fica evidente em Moroço (2020, p. 33), quando o autor apresenta dois fluxogramas comparativos, correspondentes ao processo anterior à intervenção e subsequente à implementação do prontuário eletrônico na instituição estudada.

Ambos se iniciam com a comunicação de alta médica no sistema, seguido do acionamento da enfermagem que fica incumbida da comunicação da alta, organização de documentação, cancelamento do provimento de nutrição, farmácia e liberação do usuário. O fluxo, não menciona uma equipe multiprofissional para tomada de decisão horizontais. O autor reconhece, contudo, a possibilidade de limitações no estudo “Outra eventual limitação é a ocorrência de outras intervenções que pudessem

justificar os achados e que não foram levadas em consideração” (Moroço, 2020, p. 58). Considerando que o autor não tenha tido intenção de atribuir maior relevância para uma ou outra categoria profissional, ainda assim, pode-se perceber como a medicina é considerada a área detentora do saber-poder em “saúde” em detrimento das demais que operam, aparentemente, a partir de comandos hierarquizados; caso contrário, seria possível notar que na elaboração de fluxos de altas hospitalares, os diagramas apresentados sugerissem “reuniões sistemáticas” da equipe multiprofissional para alta, ou “decisões compartilhadas”, à exemplificar.

Retomando os achados acerca das atribuições médicas, trazidas nas demais produções selecionadas, notou-se como incumbência da categoria a avaliação da necessidade de continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção do SUS, entre os ambulatórios disponíveis na região (Alves, 2021, p. 73).

A autora Silva (2023) tece críticas à medida que expõe as atribuições da medicina no processo de alta hospitalar, ao trazer que a categoria tem preocupações usualmente restritas aos quadros clínicos e o que a isso se relacionar.

Quanto à observação do arranjo da **alta responsável**, percebemos que há uma **preocupação da equipe com a continuidade do cuidado**, mas essa ainda **é cindida pelos saberes profissionais** e focada na continuidade do cuidado renal: a manutenção da hemodiálise. Os médicos mostram a preocupação de garantir a **clínica** (consultas de seguimento na especialidade) e hemodiálise, numa perspectiva **biomédica de cuidado** [...] (Silva, 2023, p. 36, grifos próprios).

Rufino (2020) é um dos poucos autores que traz em detalhes a compreensão sobre as atribuições médicas, no formato de tópicos, ao descrever a composição do quadro de profissionais do Núcleo Interno de Regulação, uma vez que sua dissertação se trata de uma avaliação do NIR na garantia de direitos às gestantes. O autor, que é enfermeiro, aborda dentre várias competências médicas:

Acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com os demais profissionais aqueles que têm potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de retaguarda pactuados na RAS [...] e/ou outro instrumento utilizado para gerenciamento dos casos[...];
Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução;
Identificar pacientes com critérios de alta hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente (Rufino, 2020, p. 72).

É perceptível que Rufino (2020) empreende certo esforço em

aproximar o profissional da medicina à equipe multiprofissional responsável por planejar a alta hospitalar dos usuários. Nessa produção foi possível ainda encontrar elementos do saber-poder médico imperante, ao colocar a categoria como elemento chave das decisões e os demais profissionais como assessoramento, “equipe assistente”, diferente de “equipe assistencial”.

A noção de “equipe **assistencial**” pode remeter à PNHOSP, que a qualifica a **assistência** hospitalar a ser prestada por “**equipe multiprofissional**, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso” (Brasil, 2013). Trata-se, assim, de uma assistência conjunta e articulada com vistas à promoção de saúde do usuário, orientada por suas necessidades e sob a lógica da integralidade. Por outro lado, a imprecisão do termo “equipe assistente” pode sugerir uma redução da concepção multiprofissional à uma assistência prestada à atuação de uma categoria com centralidade do processo.

Passando à terceira categoria profissional – assistentes sociais –, recomendada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017) para composição das equipes multiprofissionais responsáveis por articular, entre outras ações, a alta hospitalar responsável, observa-se que ainda há reduzido espaço para definição ou problematizações acerca de suas atribuições.

O pouco espaço de definição acerca das atribuições do assistente social nas produções analisadas, pode indicar alguns fatores associados: a existência de poucas produções técnico-científicas do serviço social na alta hospitalar responsável; a reduzida precisão dos conhecimentos dos demais integrantes das equipes acerca do objetivo interventivo do assistente social, ou, ainda, a persistência de um espaço de atuação marcado pela baixa valorização e inserção efetiva desse profissional nos processos da alta hospitalar.

Dentre os autores que discorreram acerca das atribuições do serviço social no planejamento da alta hospitalar, elencou-se o acionamento da rede de atenção via Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a “garantia” do treinamento do cuidador e programação de alta, providenciando receitas, assim como orientando retornos e encaminhamentos aos usuários.

É o que relata a autora Ignácio (2017) ao dizer sobre o processo de alta hospitalar:

[...] o início do processo se dava por intermédio do Serviço Social, que fazia contato com o SAD, na ocorrência de casos de pessoas

internadas que estavam em processo de planejamento de alta [...] A assistente social do hospital se responsabilizava por garantir o treinamento desse cuidador e a programação da alta, providenciando as receitas, as indicações de datas de retornos e encaminhamentos que porventura tenham sido prescritos (Ignácio, 2017, p. 13).

É possível notar que a atuação do Serviço Social ainda não tem sido compreendida em sua amplitude²⁸, quando na publicação de Silva (2020) foi possível perceber, por exemplo, que os processos de trabalho ainda são confundidos com a política de assistência social.

A autora Silva (2020) descreve os processos que envolvem o NIR no planejamento da alta hospitalar, no que tange os “rounds” (visitas/passagem de informação entre a equipe) realizados à beira-leito dos usuários:

O NIR conta, atualmente, com a parceria do serviço de assistência social e seu papel é de extrema importância no acompanhamento dos pacientes internados até a alta, principalmente nos casos de longa permanência, o que tem contribuído em muito para a enfermagem do NIR quanto ao desenvolvimento de um plano para a gestão de alta hospitalar (Silva, 2020, p. 40).

Ainda que exista a possibilidade de a autora de fato estar de referindo à política de assistência social, mostra-se igualmente plausível que a compreensão do trabalho do assistente social na saúde permaneça, de maneira equivocada, associado aos profissionais “*da assistência social*”. A análise do contexto em que os trechos se inserem indica, contudo, que a produção revela uma baixa compreensão das potencialidades de atribuições e competências do *assistente social*, no planejamento da alta hospitalar. Considerando que a autora descreve processos internos do hospital, reduzem-se as possibilidades de participação de assistentes sociais vinculados à política assistência social como protagonistas nos processos diários, o que reforça a premissa de imprecisão conceitual quanto ao escopo de atuação deste profissional.

A produção da autora Alves (2021) abordou que a atribuição do assistente social para a AHR se manifesta no “[...]acompanhamento no pós alta a partir do retorno do paciente ao ambulatório ou ao monitorá-lo por contato telefônico

²⁸ Os assistentes sociais inseridos na política de saúde, podem e devem desempenhar ações que extrapolem os atendimentos emergenciais e burocráticos. O fazer profissional está associado à “ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências)” (Cfess, 2009, p.21).

para o reforço de orientações” (Alves, 2021, p. 73). A dissertação também menciona que o assistente social fica incumbido de “[...] auxiliar na viabilização de direitos, em possibilidades de alteração da realidade vivenciada e, em alguns casos, na oportunização de alta hospitalar de forma responsável” (Alves, 2021, p. 62).

Foi possível notar, a partir da leitura de Alves (2021), que esta constitui uma das poucas obras que abordam de maneira mais abrangente a atuação do serviço social como protagonista ativo na articulação da alta hospitalar. Na dissertação foi defendido, ainda, que o levantamento de dados socioeconômicos através de estudos sociais pelo serviço social, se faz necessário na medida em que subsidia compreensão das condições objetivas de vida do usuário, contribuindo para o planejamento da alta hospitalar responsável:

Alguns aspectos socioeconômicos e culturais devem ser avaliados pela equipe multiprofissional para o processo de desospitalização e resultar em uma alta responsável, principalmente daqueles que necessitarão de maior assistência no domicílio. Dentre eles se destacam: o suporte familiar e comunitário; a situação habitacional; a disponibilização de transporte para a continuidade ao tratamento de saúde e saída do hospital; a situação trabalhista e vínculo empregatício, a situação previdenciária e assistencial, renda, acesso a medicamentos, equipamentos e insumos de saúde. Estas situações são avaliadas principalmente pelo Assistente Social (Alves, 2021, p. 62).

Assim, a pesquisadora conclui que dentre os processos de alta hospitalar responsável, o serviço social identificou necessidade de reconfigurar seus processos de trabalho incluindo estudos sociais para levantamento dos dados que promovam uma desospitalização segura, com uma perspectiva qualificada da assistência à saúde prestada (Alves, 2021, p. 74).

Outra pesquisadora (Silva, 2023), traz uma extensa problematização sobre as necessidades humanas em saúde e as angústias trazidas por pacientes renais durante sua internação e, principalmente, no momento da alta hospitalar. A emocionante produção da autora, que entrevistou e acompanhou diversos usuários em diferentes momentos do tratamento, ressalta que o assistente social “[...] é o elo para as articulações necessárias de cuidado para garantir a alta hospitalar, especialmente nos casos de maior complexidade. Neste sentido, é uma alta responsável que garantirá o cuidado em uma rede específica e especializada” (Silva, 2023, p. 78). Foi possível identificar a percepção de que o serviço social

[...] têm uma preocupação com a produção do mundo e da vida, que

garantam que este cuidado biomédico possa acontecer, como a regulação e inserção dos usuários em clínicas de hemodiálise, ao que eles chamam de “disk-diálise” e são eles ainda – os assistentes sociais – os responsáveis pela articulação da rede, que acontece nos casos mais complexos (Silva, 2023, p. 36).

Nos relatos de Silva (2023), ao entrar em contato com as histórias de vida narradas pelos usuários participantes em sua pesquisa, a autora adota uma perspectiva crítica ao modelo reducionista exclusivamente biomédico, passando a abordar as necessidades em saúde em concepção ampliada.

Já na produção de Pereira (2023), informa-se que o serviço social fica responsável por fornecer orientações aos usuários sobre os serviços territorializados de reabilitação:

Durante a pesquisa de campo, identificou-se que há pouco estímulo, por parte da equipe, para que o usuário acesse outros espaços do território e, por vezes, esse direcionamento fica a cargo do profissional do Serviço Social [...].

Alguns profissionais até indicam alguns locais para o usuário ir, mas na maioria das vezes, eles direcionam o usuário até o Serviço Social para que eu indique os locais; muitos não conhecem os espaços e, muitas vezes, não se fala sobre essa questão com os usuários (Pereira, 2023, p. 65).

E na produção de Rufino (2020) o serviço social ganha configurações de atuação a partir da responsabilidade pelo trabalho com famílias para transferência interna ou externa do hospital, orientar usuários quanto aos pertences pessoais e apoiar a central de vagas. Chama atenção no estudo a compreensão de que ao assistente social compete “Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência” (Rufino, 2020, p.71). Esse fato levanta questionamento acerca do possível uso do serviço social para um potencial tipo de convencimento dos usuários para aceleração de um processo de alta, não necessariamente responsável, a partir do termo de consentimento relatado, tendo em vista a predominância do saber-poder médico na alta hospitalar trazido anteriormente.

Avançando, a partir da sistematização dos significados atribuídos pelos autores às atribuições profissionais, foi possível captar o grande protagonismo da enfermagem na gestão dessa ação (multi)profissional e dos detalhes de gerenciamento de leitos e encaminhamentos, tendo domínio no quantitativo de

produções acerca da temática, assim como participação ativa na articulação que envolve famílias e rede externa; por vezes, desafios aparecem, como a colocação de sua atuação como secundária à decisão médica de liberação de alta.

Segue-se o papel da medicina, descrita como fortemente vinculada às preocupações diagnósticas e curativas, apresentando dificuldades de compreensão da perspectiva integral da vida social do sujeito, relacionada às suas necessidades humanas em saúde. A medicina ainda foi ressaltada como detentora de um saber-poder imperante sobre as demais profissões no contexto hospitalar, deliberando, de forma equivocada, a alta médica – entendida como o encerramento das intervenções da medicina – como sinônimo do momento adequado da alta hospitalar, ainda que essa decisão não tenha sido avaliada responsavelmente pela equipe mínima recomendada pelo MS (Brasil, 2017).

Por fim, ao serviço social, fica incumbido pelas demandas que fogem ao biológico e que se enquadrem na demanda curativa médica, ou na demanda gestora da enfermagem. O olhar para as demandas para além da queixa da doença, das condições ou “significados” envoltos à vida material do sujeito, dizem respeito à atuação do assistente social. Por vezes se aproximam das competências descritas também como da enfermagem: como o acionamento da rede de serviços ou orientações sobre continuidade dos cuidados. O serviço social também se destaca como profissional que atua com as famílias, ainda que para sensibilização ou convencimento acerca de assinatura de documentos que envolvam a alta hospitalar/transferência do usuário.

Não se evidencia, nas produções analisadas, um protagonismo recorrente desse profissional. Em apenas uma parcela minoritária (Alves, 2021; Silva, 2023) das produções suas atribuições são descritas de maneira mais detalhada, ao mesmo tempo em que se observa a ausência de volume expressivo de produções oriundas área de sua área de expertise no montante analisado²⁹.

Tal cenário, marcado pela baixa representatividade de produções oriundas do Serviço Social acerca da alta hospitalar responsável, pode indicar fragilidades no processo de sistematização e produção de conhecimento sobre o tema. Essa lacuna pode repercutir em menor visibilidade e valorização do saber profissional do assistente social, bem como na limitação de sua apropriação sobre a

²⁹ Alves (2023) é Assistente Social, mestre em Saúde Pública.

matéria, acarretando barreiras de análise crítica e à transformação da realidade, especialmente no que se refere à qualificação do debate e das práticas relacionadas à alta hospitalar responsável.

A literatura analisada identificou diferentes desafios à efetivação da alta hospitalar responsável, aspectos discutidos, entre outros, por Manço (2022), Perales (2023), Mello (2013), Ignacio (2017) e Oliveira (2019). Entre os fatores prevalentes, destacaram-se a visão fragmentada predominante pela medicina no planejamento da alta hospitalar, a sobrecarga de trabalho, a hegemonia médica na tomada de decisões e alta rotatividade de leitos, elementos que dificultam o planejamento da AHR em conformidade com o princípio da integralidade.

Parte da problemática acima mencionada pode ser observada em relatos de diferentes profissionais apresentados nas pesquisas de Manço (2022) e de Mello (2013):

[...]Aqui, diferente de outros lugares que eu conheço, é um processo muito mais dinâmico, o paciente fica pouco. A rotatividade é grande. Eu percebo que a maioria dos pacientes vai para outras instituições do que para casa. Então é um processo muito rápido, a gente não tem o tempo que precisa para programar uma alta. Eu me sinto ruim com isso. Meio mal comigo mesmo por não conseguir olhar com calma uma alta, porque tem que liberar leito [...] (Manço, 2022, p. 70).

As principais dificuldades encontradas em relação à equipe multiprofissional é a hegemonia médica na AH. Por exemplo: um paciente com prescrição de alta médica, porém da parte da enfermagem ainda não estaria pronto para AH. Na maioria dos casos vai embora mesmo assim. Geralmente, não existe uma abordagem multiprofissional para que a alta seja acordada com outros membros da equipe (Mello, 2013, p. 113).

Os desafios também são descritos pela autora Perales (2023)

Identifica-se o predomínio de um modelo de atenção à saúde pautado no modelo biomédico, que opera de forma episódica e reativa, voltado para as condições agudas e agudização das doenças crônicas, possui caráter hospitalocêntrico, em que o processo assistencial está centrado no cuidado médico, com ênfase na cura de doenças e na fragmentação do ser humano, se distanciando de uma proposta de cuidado à saúde integrado e abrangente [...] (Perales, 2023, p. 51).

Outros desafios relatados pelos autores para a execução de uma alta hospitalar responsável na perspectiva da integralidade do cuidado foram: lacunas de comprometimento da rede familiar de apoio para continuidade dos cuidados; dificuldades de articulação com a atenção básica da RAS e orientações de alta hospitalar não personalizadas ao contexto do usuário e das famílias.

No que concerne aos condicionantes da RAS, esta pesquisa tornou evidente a necessidade de continuidade de cuidado ao idoso pela atenção primária em saúde, após um período de hospitalização. A atenção básica é a principal porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado para atender às necessidades de saúde da população (Perales, 2023, p. 50).

Outro ponto explorado pelos participantes foi a fragilidade da atenção primária em dar seguimento aos cuidados dos idosos dependentes após a alta hospitalar, como mostram as falas a seguir:

Tem muito idoso que volta a ser internado aqui e a gente percebe que, se tivesse tendo uma assistência mais próxima na atenção básica, não precisaria estar internado [...].

A principal coisa é o retorno do paciente. O paciente vai com uma demanda para casa, que a família precisa dar continuidade nesse cuidado [...] e muitas vezes esse paciente retorna com maior frequência com piora das lesões, com descompensação das doenças de base, por falta de cuidado, falta de conhecimento[...].

Se tivesse um acompanhamento acredito que diminuiria bem essas questões[...] porque às vezes a família tem medo, não sabe administrar, tem umas dúvidas que surgem na hora que estão em casa e acabam não tendo uma referência de onde elucidar isso, e acaba voltando para o hospital[...] (Perales, 2023, p. 45).

Também foi relatado como desafio a sobrecarga de trabalho dos profissionais, decorrente do desequilíbrio entre demanda e recursos humanos disponíveis; fragilidades na educação permanente relativa aos aspectos da alta hospitalar e do SUS; gestão na perspectiva curativa; desconhecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dificuldades de continuidade da atenção por limitações estruturais das UBS e RAS (Mello, 2013).

A autora Ignácio (2017) ratifica os desafios da AHR como falta de integração entre os profissionais, serviços hospitalares e UBS, presença de sobrecarga do cuidador/família para continuidade dos cuidados e sobrecarga do sistema de saúde.

A falta de integração entre os profissionais e serviços hospitalar e unidades básicas de saúde ou de saúde da família podem produzir resultados indesejáveis como reinternações, deterioração da condição clínica da pessoa, sobrecarga do cuidador/família, sobrecarga do sistema de saúde, com aumento nos custos em saúde (Ignácio, 2017, p. 59).

Oliveira (2019), por sua vez complementa que observa certa limitação na perspectiva da enfermagem no cuidado, centrado no curativismo dos problemas de saúde física. Também considera que, por vezes, a atuação do enfermeiro fica condicionada às ações do médico da equipe, incluindo acúmulo de funções, sendo

que, observa a enfermagem orientando os usuários quanto ao que a medicina apenas prescreve. Segue o relato de uma das entrevistas contidas na pesquisa da autora, em sequência sua conclusão.

Porém, as enfermeiras relataram que, no cotidiano do trabalho na unidade pediátrica, muitas vezes, o enfermeiro faz o papel do médico na alta hospitalar:

Na realidade, não temos alta hospitalar de enfermagem. Na nossa unidade, fazemos o papel do médico, como sobre a orientação de medicação e retorno dos pacientes. Na alta fazemos o papel do médico em orientar as medicações e os cuidados que ele prescreve. A criança vai embora só com a prescrição médica, as orientações médicas para a mãe, mas não as de enfermagem. E eu penso, porque não fazer uma orientação que é nossa? (Oliveira, 2019, p. 53).

Pela identificação dos registros sobre a sistematização da assistência de enfermagem, incluindo o processo de enfermagem, contidos nos prontuários eletrônicos das crianças egressas de internação pediátrica, pode-se observar que as enfermeiras centram seus cuidados, principalmente, em problemas de saúde física das crianças, tanto na admissão quanto na alta hospitalar (Oliveira, 2019, p. 69).

Em contrapartida, a pesquisa realizada por Borges (2019), evidencia de forma positiva a comunicação entre os profissionais envolvidos – médicos e enfermeiros – nos processos de alocação e transferência dos usuários. A autora destaca a centralidade da atuação do enfermeiro em relação à figura médica no que tange os processos de gestão de leitos:

Paralelamente a isto, a comunicação foi observada como uma potencialidade na Gestão de Leitos no que tange à centralidade do gerenciamento dos leitos atribuída ao profissional enfermeiro neste serviço. Mesmo que tenha sido apontada perda de informações no “triângulo” de comunicação (enfermeiros, médicos residentes e enfermeiros da Gestão de Leitos), colocada como uma dificuldade apreendeu-se que, com estas ações centralizadas para um profissional, há um melhor direcionamento destas ações na relação com a equipe (Borges, 2019, p. 115).

A partir dos excertos é possível identificar a predominância da perspectiva da medicina e enfermagem para o manejo de leitos – processo que inclui a alta hospitalar responsável. No trecho de Borges (2019), embora a autora apresente resultados considerados satisfatórios no âmbito da gestão de leitos, chama atenção o fato de serem mencionadas apenas duas categorias profissionais na condução dessas ações. Os questionamentos podem ser levantados na medida em que há a recomendação mínima de equipe multiprofissional para esse tipo de processo que inclui também a participação do profissional assistente social.

Diante disto, coloca-se a possibilidade de que os resultados avaliados como satisfatórios possam ser apenas parcialmente positivos, uma vez que o desfalque na composição da equipe multiprofissional na projeção do processo de gestão de leitos pode limitar a incorporação de uma perspectiva integral dos cuidados necessários à alta hospitalar responsável. Assim, observa-se que, nas descrições apresentadas, à operacionalização da alta hospitalar é circunscrita à medicina e enfermagem em dissonância à horizontalização do cuidado por equipe multiprofissional recomendada pela PNHOSP (2013) e Ministério da Saúde (2017).

Observa-se em Borges (2019) que o trabalho em saúde é considerado de caráter coletivo, sendo o enfermeiro responsável por mobilizar direcionamentos aos demais profissionais que viabilizam a gestão de leitos. Nesse contexto, torna-se pertinente problematizar se os enfermeiros responsáveis por essa articulação compreendem a alta hospitalar na perspectiva da integralidade do cuidado e se, de fato, têm promovido avaliações multiprofissionais ou se acabam por ratificar a verticalidade das dinâmicas em uma única categoria profissional.

Neste íterim se observa que dinâmicas verticalizadas em saberes uniprofissionais – a exemplo da medicina e enfermagem – citadas nas diversas publicações contribuem para manutenção de práticas danosas à segurança e continuidade do cuidado ao usuário do serviço, em conformidade com o princípio da integralidade na alta hospitalar responsável.

Outros autores (Alves, 2021; Silva, 2023; Araújo, 2023; Pereira, 2023; Rufino, 2020) levantarão pontos em suas análises que vão ao encontro às dificuldades encontradas pelos demais autores para articulação da alta hospitalar responsável em equipe multiprofissional.

Em Alves (2021) a pesquisa indica tamanha lacuna nos processos de trabalho da equipe de modo tal que não foi possível concluir se houve ou não planejamento de alta hospitalar responsável a partir das inserções em prontuário dos usuários; apenas tem indícios de práticas educativas direcionadas às famílias e usuários pelos registros do serviço social. A partir dessa pesquisa também foi possível refletir sobre as razões pelas quais o protocolo de alta responsável não é aplicado de maneira generalizada na instituição estudada, sendo que é relatado uma espécie de triagem³⁰ de pacientes aos quais o planejamento de AHR é “aplicado”. A prática de

³⁰ Conforme Alves (2021) “Os seguintes critérios foram utilizados, inicialmente, para a identificação dos pacientes elegíveis ao processo de planejamento de alta responsável, mediante a revisão do prontuário

triagem sobre quais usuários recebem ou não atendimento para continuidade dos cuidados de maneira “responsável”, indica a persistente dificuldade da efetivação do princípio da integralidade nas práticas em saúde.

Silva (2023) encontra em suas análises a centralidade do cuidado na doença (especialidade) e nos serviços de saúde (hospital), com o que ela chama de “ausência de território”, da vida objetiva dos sujeitos, indicando uma “fragmentação do cuidado e um distanciamento da imagem-objeto da integralidade[...]” (Silva, 2023, p. 11).

Araújo (2023) relata que tarefas como o planejamento de alta (neonatal) e transição do cuidado pela equipe multiprofissional é “incipiente” no Brasil, sem envolvimento multiprofissional efetivo.

Pereira (2023) aponta a desconexão entre os serviços da RAS como um dificultador para elaboração de uma alta hospitalar responsável, na perspectiva transversal da atenção; pondera de mesma forma sobre a necessidade de elaboração de estratégias cotidianas de enfrentamento dos desafios a partir do conceito das “redes vivas” contendo protagonismo e mobilidade do usuário para “[...] além de identificar os pontos de desconexão na rede, elabore estratégias de (re)conexão no cotidiano do trabalho” (Pereira, 2023, p. 62).

Rufino (2020) tece críticas ao sistema de gestão de leitos que devido ao, já mencionado por outros autores, desequilíbrio entre oferta e demanda por leitos, acarretam superlotação de uma maternidade estudada, gerando negação de leitos às usuárias que buscam a maternidade e são redirecionadas a outros serviços para busca de atendimento.

[...] as mulheres que não se encaixarem no perfil de atendimento daquele momento, possuem dificuldades de realizar o seu parto na maternidade e são, então, orientadas a buscar outro hospital, violando, pelo menos parcialmente, o direito do cidadão à saúde apregoado na Constituição Federal de 1988 (Rufino, 2020, p.129).

Evidencia-se, nesse contexto, que a superlotação dos serviços constitui um importante desafio para a implementação do princípio da integralidade na

do paciente: os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) pela enfermagem, com base nas escalas de Fugulin, Braden e Morse aplicadas no início da internação; idade, tempo de permanência, reinternação no HUPE em 2019 e a existência de comorbidades [...] Nos casos sem informação sobre as escalas foram utilizados outros critérios: mais de uma internação no ano; uso de serviços de urgência/emergência; acamado; distúrbio do nível de consciência; dependência de oxigenoterapia; ventilação mecânica não invasiva; plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD; uso de drenos, cateteres e estomias; cuidados paliativos” (Alves, 2021, p.47-48).

gestão de leitos em razão das condições objetivas vivenciada pelas equipes atuantes no pronto socorro. Nessas circunstâncias, a gestão de leitos passa ser orientada por uma lógica seletiva, condicionando o acesso ao serviço – e, portanto, ao direito da gestante – a critérios restritivos. Essa dinâmica subverte não só o princípio da integralidade, como a universalidade que orienta os serviços do SUS.

A efetivação dos princípios pressupõe o direcionamento de propostas estratégicas de gestão voltadas para atendimento integral à realidade encontrada no território; pressupõe a ampliação, disputa de orçamentos e recursos adequados à demanda apresentada, não se restringindo ao mero redirecionamento (informal) de usuários considerados fora “do perfil de atendimento daquele momento” do serviço pela equipe responsável pela gestão de leitos.

Paralelamente às limitações identificadas, as teses e dissertações analisadas indicam também potencialidades que possibilitam vislumbrar caminhos à concretização da Alta Hospitalar Responsável, orientada pela perspectiva da integralidade do cuidado e da atenção à saúde dos usuários.

Estiveram presentes nas considerações dos autores percepções acerca do esforço de segmentos profissionais na promoção de uma alta hospitalar orientada pela perspectiva da integralidade, com continuidade dos cuidados e acionamento da RAS em suporte à saúde. De mesmo modo, foi destacado o envolvimento diário e precoce – desde a admissão – de toda a equipe, por meio de reuniões e discussões de caso, objetivando avaliar as condições de alta e deliberar conjuntamente estratégias que melhor atendam as necessidades dos sujeitos.

É o que se segue nas entrevistas e análises realizadas por Manço (2022):

Na visão dos entrevistados, a continuidade do cuidado é garantida por meio de um cuidado integral no planejamento de alta[...] para garantir a concretização da integralidade dessa assistência, é possível identificar a presença efetiva do trabalho de uma equipe multiprofissional, neste setor. A maioria dos entrevistados indica que o trabalho da enfermagem está articulado com outros profissionais como, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Manço, 2022, p. 64;66).

Aspectos similares foram observados pela tese de Perales (2023) como potencialidades para efetivação de uma alta hospitalar responsável:

O diálogo multiprofissional não eximiu que cada profissional dentro de sua área de conhecimento refletisse sobre as questões vinculadas ao seu fazer individual, mas potencializou a discussão acerca da

complexidade que envolve a pessoa idosa dependente de cuidados. Isso torna-se explícito nas ações que foram desenvolvidas pelo grupo, em que buscou-se estabelecer intervenções centradas no indivíduo e seu contexto de vida dentro de uma ampla perspectiva de saúde. Esses dados corroboram com as diretrizes da PNHOSP, que propõe um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar (Perales, 2023, p. 78).

Petronilho (2016) percebe ainda o valor da atuação conjunta da equipe multiprofissional:

A reunião multiprofissional de equipe deverá ser realizada para a construção da linha de cuidados do paciente e, serão levantadas as necessidades de saúde específicas do paciente e familiares, assim como as metas a serem alcançadas com a internação, considerando a expertise e atuação de cada profissional envolvido no cuidado (Petronilho, 2016, p. 89).

Oliveira (2019) vai ao encontro dos demais pesquisadores ao ressaltar a essencialidade de articulação de uma AHR desde o momento da admissão do usuário. Ao elucidar que a abordagem centrada na criança e na família requer o atendimento de múltiplos fatores relacionados ao processo saúde e doença, abre-se espaço para inferir a potência da atuação multiprofissional nesse processo. Considera-se aqui que a diversidade de especialidades e saberes profissionais integrados, desde a admissão no hospital, possibilitam apreensão mais abrangente das necessidades biofisiológicas, psicológicas e socioculturais que atravessam o processo saúde-doença, favorecendo uma atenção orientada pela integralidade do cuidado.

Abordagem centrada na criança e na família: os cuidados são concebidos como resultantes do atendimento das necessidades resultantes da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais e ecológicos na determinação do processo saúde e doença. Nessa abordagem, visa-se recuperar a saúde da criança, promovendo as condições para evitar as intercorrências hospitalares e estender as ações a outros espaços da convivência infantil, de modo a assegurar a promoção de sua saúde (Oliveira, 2019, p. 9).

[...] o planejamento da alta pelo enfermeiro constitui medida a ser iniciada desde o momento da admissão hospitalar, de forma integralizada ao desenvolvimento da SAE, devendo-se contemplar aspectos situacionais pregressos e futuros da internação hospitalar (Oliveira, 2019, p. 41).

Silva (2020) também indica a importância de uma equipe multidisciplinar engajada para garantia da alta hospitalar segura em conjunto aos

serviços da rede:

Ao lado do leito do paciente, a equipe multidisciplinar atua conjuntamente ante as suas necessidades, planejando ações de cuidado e um plano de alta hospitalar seguro. Contudo, essa representa uma atribuição centrada na alta ainda em âmbito institucional, podendo ser aprimorada uma maior articulação do NIR com os serviços da rede de atenção à saúde, especialmente, a atenção primária em saúde [...] (Silva, 2020, p. 51).

Demais autores, em suas análises concordam com a importância da adoção do referencial de necessidades humanas básicas para avaliação com acurácia no processo de definição de “alta segura” (Araújo, 2023, p.54) e ainda ratificando as estratégias multiprofissionais para que a alta seja qualificada garantindo a continuidade do cuidado (Pereira, 2023).

Faz-se necessário ressaltar que a atuação de equipes multiprofissionais, conforme relatos analisados, demonstra significativa potência para a consolidação da alta hospitalar responsável em perspectiva da integralidade do cuidado. Nessa direção, ressalta-se também a importância de que essa atuação não seja relativizada por meio de dinâmicas verticalizadas entre as diferentes categorias profissionais. Em outras palavras, é fundamental que, desde o momento da admissão, o usuário tenha acesso aos diversos profissionais que compõem a equipe, de modo que, de forma conjunta e horizontal, discutam os aspectos relevantes relacionados às suas necessidades humanas básicas e às condições biopsicossociais estruturantes à continuidade de seus cuidados, bem como à garantia de uma atenção integral e humanizado à sua saúde.

De mesmo modo, torna-se necessário problematizar perspectivas fragmentadas nas quais uma única categoria profissional passa a avaliar critérios de inclusão ou não de outros profissionais no planejamento da alta. A dinâmica em questão mostra-se particularmente evidente no que tange os relatos que indicam o acionamento do serviço social apenas quando as demandas não se configuram como atribuições da medicina ou enfermagem.

Nessas circunstâncias, tal prática pode contribuir para o engendramento de demandas indevidas ou inadequadamente direcionadas, uma vez que as diferentes categorias profissionais não detêm, necessariamente, conhecimento específico e aprofundado sobre as competências e atribuições das demais áreas. Diante disso, defende-se que o acesso dos usuários à equipe mínima e ampliada seja

assegurado ao longo de todo o período de internação, de forma articulada e integrada, evitando a reprodução de relações de dominância entre categorias profissionais e favorecendo a garantia ao acesso ampliado à saúde e ao planejamento de alta responsável.

A partir dos elementos discutidos, foi possível perceber a persistência da perspectiva curativista biomédica em detrimento da perspectiva ampliada de saúde, considerando a integralidade, as necessidades humanas básicas e os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença dos usuários. Tal fato acarreta prejuízos e desafios às demais categorias das equipes multiprofissionais que atendem às demandas hospitalares, inclusive no quesito de planejamento de uma alta hospitalar responsável.

A análise do compilado de produções, demonstrou que a persistência de uma visão fragmentada, diminui a efetividade do planejamento de alta, ocasionando reinternações e maiores custos evitáveis ao sistema único de saúde. A hipervalorização do saber médico em detrimento de outras áreas, também ocasiona, a partir do conteúdo sistematizado, fluxos frágeis, sobrecarga de trabalho à determinadas categorias, bem como a dilapidação do princípio da integralidade durante a articulação da alta hospitalar.

Ainda neste tópico, é importante notar que além das reflexões críticas realizadas por alguns autores – que denunciaram a fragmentação no atendimento às necessidades em saúde dos usuários –, também pode-se identificar, nas descrições de elementos chaves da gestão de leitos trazidas por parte dos autores indícios desse mesmo fenômeno. Em diversos momentos, tais descrições indicam, ainda que de forma não intencional, as categoriais profissionais consideradas essenciais para manejo de uma alta hospitalar, deixando de citar outros profissionais ou atribuindo-lhes um papel secundário no processo decisório de alta médica.

O aspecto supracitado permitiu inferir a persistência de reducionismos na compreensão teórica do conceito ampliado de saúde, evidenciando a manutenção de perspectivas que limitam a incorporação efetiva de abordagens multiprofissionais integradas.

Outro ponto a ser ressaltado é a respeito do paralelo entre categoria da enfermagem e a gestão de leitos. Ainda que haja tensões entre as perspectivas médicas e demais integrantes das equipes multiprofissionais, os estudos analisados indicam grande protagonismo da enfermagem na gestão de leitos, incluindo o manejo

de alta hospitalar; por vezes, aparecem ainda como um importante elo entre os profissionais da equipe, assim como com familiares. Esta categoria profissional também fica em evidência com relação ao montante de produções científicas acerca da temática analisadas nesta pesquisa.

Neste mesmo âmbito, a medicina é o segundo campo de saber que mais aparece presente nas produções de conhecimento acerca da alta hospitalar e o princípio da integralidade. A categoria, majoritariamente é descrita como responsável pelas ações prescritivas à queixa dos sujeitos e possui poder decisório contundente quanto ao momento julgado “adequado” para alta.

O serviço social, por sua vez, segue como terceira categoria nas produções e citações. De mesma forma, outras categorias³¹ pontualmente aparecem. Tal fato, pode indicar a necessidade de ampliação de produções do conhecimento pelo serviço social que, a partir da sua base formativa histórico-dialética, contribuam para remodelação das práticas profissionais no SUS, sob um novo eixo paradigmático de análise em saúde, dando novos sentidos às expressões da questão social recorrentes nos hospitais. Neste sentido, que também contribua para uma avaliação integral do processo saúde-doença envolto na realidade dos seus usuários, extrapolando o biológico a partir do contorno da concretude da vida social dos sujeitos.

Quanto às potencialidades para efetivação de uma alta hospitalar responsável em concordância com o princípio da integralidade, é unânime a sistematização de dados: o caminho para que se efetive o princípio do SUS e se tenha maior chances de sucesso na alta hospitalar responsável é o trabalho articulado das equipes multiprofissionais – enfermeiros, assistentes sociais, médicos e outros quando disponível – de forma horizontal, com valorização dos saberes das especialidades em uma tomada de decisão conjunta. Atrelada a este processo, a capacitação das equipes, via educação permanente, relativa às condições materiais de vida dos usuários, da alta hospitalar responsável e dos princípios do SUS que permeiam as atuações das categorias.

Dito isto, no tópico que se segue, será exposto em que medida as produções abordaram ou valorizaram a alta hospitalar responsável (AHR) balizada a partir do princípio da integralidade do SUS.

³¹ Nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, técnico em enfermagem, psicopedagoga e profissionais administrativos.

4.3 ARTICULAÇÃO DA AHR EM CONCORDÂNCIA COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DO SUS

Neste último eixo de análise, procurou-se compreender em que medida as teses e dissertações selecionadas tratam a temática da Alta Hospitalar Responsável articulada ao princípio da integralidade SUS.

Acerca dos materiais analisados (2 teses e 16 dissertações), nenhuma delas fez menção direta à alta hospitalar responsável (AHR) partindo da PNHOSP e correlacionando-a ao princípio da integralidade do SUS. No entanto, ainda que não se tenha vasta literatura que faça a defesa do termo apresentado pela PNHOSP, foi possível captar diversas aproximações com o tema a partir de gêneros similares, como conceitos “alta hospitalar segura” ou somente “alta hospitalar” associado a uma descrição de atividades e procedimentos engajados com a continuidade do cuidado dos usuários ou até mesmo esforços para compreensão ampliada do conceito de necessidades em saúde para a desospitalização.

A localizar quantitativamente o acima exposto, realizaram a interface entre alta hospitalar a algum nível de integralidade ou ao conceito de AHR, sete (7) das dezoito (18) produções selecionadas. Já o conceito de integralidade foi abordado de maneira mais abrangente e em diferentes níveis de explicitação, compondo o total de quinze (15) das dezoito (18) produções.

Retomando o fato de que a PNHOSP prevê, além da horizontalização do cuidado centrado no usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar, também a articulação da alta hospitalar responsável a partir de três componentes: orientação dos usuários e familiares na perspectiva da autonomia e autocuidado, a articulação da continuidade do cuidado nos pontos de atenção da RAS e implantação de mecanismos de desospitalização via cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

É com a implantação destes mecanismos que os profissionais e serviços devem incluir em suas práticas, formas de intervenção que promovam o cuidado integral ao usuário, do momento de sua admissão no serviço ao momento de desospitalização, a partir do planejamento da alta hospitalar responsável.

Das produções³² que associaram em alguma medida a alta hospitalar e integralidade pode-se observar narrativas ora explicitando as perspectivas críticas

³² Manço (2022), Perales (2023), Petronilho (2016), Oliveira (2019), Manara (2021), Alves (2021), Pereira (2023).

dos autores, ora limitações explicitadas acerca de perspectivas burocráticas e fragmentadas ainda comuns no momento da alta hospitalar.

Perales (2023), por exemplo, defende em sua tese, uma perspectiva do processo assistencial em saúde integral durante todo o processo de internação e que não se finaliza na alta hospitalar, mas que planeja e articula a continuidade do cuidado conforme a necessidade dos sujeitos.

[...] o processo assistencial deve ser qualificado, integral e apoiado em barreiras de segurança, devendo iniciar desde a entrada no hospital, continuando durante o processo de internação hospitalar e sendo estendido após a alta para o domicílio, por meio da integração entre os níveis assistenciais, com o cuidado longitudinalmente centrado nas necessidades da pessoa idosa (Perales, 2023, p. 114).

Petronilho (2016) em sua dissertação também ressalta que o planejamento de alta hospitalar é uma ferramenta que expressa o cuidado integral, elencando ainda, em partes, os eixos previstos na PNHOSP para continuidade dos cuidados domiciliares. O autor ressalta, no entanto, o que pôde ser analisado como uma fragilização do eixo de orientações aos usuários, afetando além de sua autonomia e poder decisório, o princípio da integralidade no cuidado.

Observa-se na prática do planejamento da alta, que as orientações são fornecidas no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvidas durante o período de internação [...].

Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Isto contradiz a literatura que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar, a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação [...] o planejamento da alta é uma ferramenta de cuidado integral durante a internação e pós-alta que deve permitir a transição do cuidado do paciente do hospital para o domicílio valorizando a participação da família (Petronilho, 2016, p. 85).

Essa mesma ambivalência fora encontrada por Oliveira (2019) ao estudar o cuidado centrado na criança e sua família quando defende o planejamento de alta hospitalar com ações integrais e educativas desde a admissão dos usuários, no entanto se depara com limites na comunicação entre serviços e entre equipe interna.

[...] o planejamento da alta hospitalar com vistas ao cuidado integral em saúde da criança, é importante a implementação de ações educativas durante a internação, valorizando a abordagem centrada na criança, o estabelecimento de vínculo com a família desde a admissão hospitalar e a sua participação nesse processo [...].

[...] a integralidade da atenção em saúde no processo de alta hospitalar da criança, mostrou que há ausência de comunicação entre o hospital e a atenção primária (Oliveira, 2019, p. 1 e 28).

O eixo da PNHOSP que prevê a orientação familiar e dos usuários, seguido do eixo de articulação com os serviços da RAS aparecem com frequência quando os autores se referem à perspectiva integral de atenção na alta hospitalar. Assim a associação permite sintetizar que a integralidade tem sido associada também por meio de ações profissionais que expressem compromisso com tais condutas.

Marana (2021), exemplifica o quanto a prática profissional tem impactos sobre o nível de integralidade na assistência aos cuidados em saúde aos usuários na alta hospitalar. Sendo assim, a direção dos processos de trabalho dos profissionais impacta ora em uma perspectiva em concordância com a integralidade, ora com práticas reducionistas.

[...] o que pode ser observado é que, quando ocorrem as orientações para a alta hospitalar, estas são realizadas nos últimos momentos que antecedem a saída do hospital, de forma rápida e sem o aprofundamento adequado necessário.

[...] Na minha prática profissional é possível perceber o desconhecimento dos enfermeiros acerca dos encaminhamentos realizados para a alta, a falta de registros de enfermagem durante o processo de internação acarretando planos de alta ineficazes, a inexistência de protocolos operacionais para o processo de alta segura e que pode acarretar a ocorrência de erros nas orientações fornecidas evidenciando um processo da alta hospitalar burocrático e mecanizado (Marana, 2021, p. 22 e 24).

A autora também traz considerações acerca da PNHOSP quanto às orientações realizadas em uma alta hospitalar responsável, sendo possível notar como o contexto hospitalar ainda enfrenta limites estruturais e no manejo das equipes para com os usuários. A alta, por vezes, é considerada um momento crítico, quando se explicitam o caráter ampliado das necessidades humanas em saúde e suas relações sociais.

No momento da alta hospitalar, ocorre a transição dos cuidados do paciente em ambiente hospitalar para os outros contextos de saúde, podendo ser considerado como um momento frágil para a segurança do paciente [...]. [...] Outro ponto que pode ser observado nas instituições de saúde, que pode potencializar a ansiedade tanto de pacientes quanto de seus familiares, principalmente se houver a necessidade de cuidados domiciliares intensivos, são as orientações incompletas desconsiderando as necessidades do paciente e seu contexto social[...]. Nesse contexto, a equipe de saúde precisa estar atenta e direcionar a assistência também para a família, buscando

identificar como será o enfrentamento para a realização dos cuidados, respeitando a autonomia e decisão do paciente, pois toda essa situação do processo de alta hospitalar envolve valores e questões significativas e não apenas as de ordem administrativa (Manara, 2021, p. 29).

Ainda sob a perspectiva de uma alta hospitalar responsável baseada no princípio da integralidade, Alves (2021) contribui com sua defesa acerca do tema ao pontuar sobre eixos e perspectivas dos documentos aqui já avaliados (PNHOSP e LOS, a exemplificar).

Há desafios ao planejamento da alta de forma sistemática pela equipe de saúde, e alguns caminhos possíveis de serem percorridos de acordo com as especificidades do serviço. Pondera-se que as sugestões para o planejamento da alta responsável devem estar baseadas nos princípios da integralidade da atenção, na humanização, e na promoção da autonomia dos sujeitos (Alves, 2021, p. 73).

Já Pereira (2023) reflete que o processo de alta hospitalar, ainda que com a atenção em saúde centrada na pessoa, pode incorrer em equívocos no momento da desospitalização, caso esta seja reduzida ao desligamento do usuário da instituição e da própria rede de serviços. Fica evidente, partindo do autor, uma lógica da integralidade sinonimicamente associada à continuidade da atenção pela RAS e a necessidade de superar a lógica reducionista do “fim do cuidado” de definição da alta hospitalar; assim, é necessária a defesa do cuidado integral da admissão à liberação, de maneira implicada, definindo a prática da alta hospitalar responsável.

O autor lança luz ao dizer que

De fato, a alta pode ocupar o lugar do não cuidado quando não é planejada, comunicada ou efetivada de forma segura, humanizada e com qualidade. Embora seja necessário compreendê-la como parte do processo de cuidado, a mudança do paradigma da alta como desligamento para a ideia de liberação do usuário de um serviço para que ele continue a trilhar seu caminho de cuidado na rede de serviços de saúde, supõe condições para que a rede possa atender o usuário e a família de modo integral (Pereira, 2023, p. 48).

As práticas de cuidado na perspectiva integral sendo de ação de gestão de leitos, gestão do NIR ou gestão hospitalar, as perspectivas de formação continuada em saúde, ou dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais da saúde são defendidas por parte expressiva dos autores estudados nesta pesquisa, ainda que com ressalvas dos desafios encontrados para efetivação do princípio.

Sendo assim, se faz necessário contextualizar o que os próprios autores têm compreendido por integralidade, já que a defesa da alta hospitalar responsável que o fazem está intrinsicamente ligada a essa perspectiva, além de situar em que medida os sentidos do princípio contemplam a literatura cientificamente já instituída.

Retomando a literatura já conhecida, a exemplo de Mattos (2009), a integralidade pode ser indicada a partir de três conjuntos de sentidos. O primeiro, partindo de ações profissionais, o modo como os profissionais operam respostas às demandas apresentadas pelos usuários, assim sendo, “[...] cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (Mattos, 2009, p. 52).

O segundo, sob a ótica de gestão, na organização dos serviços de atenção à saúde, partindo da realidade concreta e considerando as mudanças que abarcam a reconfiguração dos processos de trabalho no decorrer de um período histórico. Assim,

Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem [...]. Neste sentido, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada [...] que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (Mattos, 2009, p. 60-61).

O terceiro, tematiza as respostas governamentais a certos problemas de saúde, sendo eles, demandas de grupos populacionais específicos de modo que “[...] a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais” (Mattos, 2009, p. 63).

Outro autor que complementa as reflexões de Mattos (2009) acerca da integralidade é Paim (2012) que revela quatro direções do princípio: a primeira sendo ações de articulação dos níveis de atenção em saúde de forma integrada; a segunda como a abordagem profissional que deve considerar o usuário em sua totalidade biopsicossocial; a terceira, a continuidade do cuidado pela RAS; e a quarta, a ação intersetorial em um conjunto integrado de políticas públicas que atendam à saúde da população de maneira abrangente.

Se é verdade que a integralidade do SUS se expressa sob tais eixos de análise, e que a PNHOSP se baliza pelo princípio, é verdade também que a alta hospitalar é uma prática que perpassa a todos os mesmos conjuntos de sentidos, quando articulada de forma responsável.

Os autores selecionados a partir das teses e dissertações presentes na BDTD publicadas entre 2013-2023 dão pistas sobre suas compreensões acerca do princípio da integralidade e lançam luz sobre as diferentes medidas em que a alta hospitalar se concretiza de maneira responsável.

Nesta direção, as produções destacam as ações profissionais e de gestão, na organização dos serviços hospitalares através dos Núcleos Internos de Regulação ou equipes similares de controle. Outro eixo de análise destacado foi o de acionamento das RAS para continuidade do cuidado, ora em maior, ora em menor grau com presença do eixo de articulação dos diferentes níveis de atenção existentes no SUS.

A exemplo de Manço (2022) que destaca a ação profissional da equipe multiprofissional como articuladora do princípio da integralidade através da continuidade do cuidado após a desospitalização:

Para garantir a concretização da integralidade dessa assistência, é possível identificar a presença efetiva **do trabalho de uma equipe multiprofissional**, neste setor. A maioria dos entrevistados indica que o **trabalho da enfermagem** está articulado com outros profissionais [...] o **trabalho** em equipe é percebido pelos entrevistados como um ponto essencial **na Transição do Cuidado**, no desenvolvimento do planejamento de alta (Manço, 2022, p. 66, grifos próprios).

Perales (2023) também destaca em sua tese acerca ações profissionais guiadas pelo princípio da integralidade que promovem uma alta hospitalar responsável integral ao dizer sobre a existência de uma “necessidade de elaborar e implementar **estratégias multiprofissionais** que promovam um **cuidado integrado**, a partir da realidade vivenciada pelos profissionais e sob **uma perspectiva reflexiva e dialógica acerca dos processos de trabalho** em saúde” (Perales, 2023, p. 64, grifos próprios).

Ao que concorda Oliveira (2019) ao defender a prática profissional centrada na criança e na família em sua dissertação que aborda saúde da criança como eixo de articulação de uma atenção integral para continuidade dos cuidados em saúde:

[...] **os cuidados** são concebidos como resultantes do atendimento das necessidades resultantes da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais e ecológicos na determinação do processo saúde e doença [...] condições para evitar as intercorrências hospitalares e **estender as ações** a outros espaços da convivência infantil, de modo a assegurar a promoção de sua saúde (Oliveira, 2019, p. 9, grifos próprios).

Outros autores como Mello (2013), Ignácio (2017), Borges (2019), Silva (2020) e Pereira (2023) também concordam e elucidam suas perspectivas em congruência às ações interventivas profissionais como possibilitadoras do princípio da integralidade na continuidade dos cuidados pós-hospitalares.

Ainda nessa perspectiva e ratificando a contribuição das práticas profissionais à integralidade, o dado é validado também quando aplicado em sua negativa. Ou seja, as ações profissionais podem ferir o princípio da integralidade durante o planejamento de uma alta hospitalar, diminuindo o caráter responsável do procedimento.

A autora Perales (2023) indica que quando o cuidado é fragilizado nas orientações de alta ou na comunicação dos profissionais de saúde com o idoso e rede de apoio, a transição de cuidado fica prejudicada, aumentando o risco de reinternações. “As orientações e o planejamento da alta são, muitas vezes, conduzidos de forma rotineira e não personalizada, desconsiderando as necessidades específicas da pessoa idosa e do seu contexto” (Perales, 2023, p. 49). A partir do relato, nota-se o comprometimento do princípio da integralidade durante a articulação de uma alta hospitalar.

Partindo de Petronilho (2016) também se identifica o mesmo pressuposto em negativa:

Observa-se na prática do planejamento da alta, que as orientações são fornecidas no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação. [...] Na maioria das vezes, **as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente**. Isto contradiz a literatura que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar, a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação (Petronilho, 2016, p. 85, grifos próprios).

Sobre a percepção de Oliveira (2019) a atuação da equipe no momento da alta hospitalar teve consequências negativas para a integralidade da atenção e a contrarreferência para a atenção primária:

[...] a integralidade da atenção em saúde no processo de alta hospitalar da criança, mostrou que há ausência de comunicação entre o hospital e a atenção primária [...] enfermeiros da atenção básica possuíam dificuldades para identificar a criança em alta hospitalar, assim dificultando o agir integral (Oliveira, 2019, p. 28).

O processo de cuidar, que tem por finalidade o atendimento integral das demandas de saúde dos usuários, demonstra ter sua qualidade comprometida também quando as ações profissionais se dão sob uma perspectiva reduzida a parâmetros centrados na patologia. Nesse contexto ocorre um desencontro da perspectiva ampliada de saúde no momento da alta hospitalar, reduzindo as potencialidades de intervenção em conformidade com o princípio da integralidade. Fica exemplificado por Manara (2021) e Silva (2023):

[...] nota-se que a percepção dos enfermeiros perante a temática (alta hospitalar), ainda está centrada no modelo biomédico enfatizando apenas as condutas relacionadas à terapêutica medicamentosa sem ampliar as possibilidades do planejamento para alta hospitalar sob a ótica da própria profissão de enfermagem (Manara, 2021, p. 107).

[...] A experiência de cuidado dos usuários com condições crônicas [...] se mostrou centrada na especialidade [...], nos procedimentos, com ausência de outros pontos de cuidado no território. O hospital se mostrou como o local de apoio e segurança dos usuários neste processo de cuidado e os demais serviços da rede de saúde se mostraram secundários, coadjuvantes nesse processo de cuidar (Silva, 2023, p. 88).

Em síntese, a partir da análise das teses e dissertações balizada pelos conceitos de integralidade em Paim (2012) e Mattos (2009) é possível afirmar que a Alta Hospitalar pode se expressar de maneira responsável e integral ou de maneira fragmentada, partindo da intencionalidade nos processos de trabalho e nas ações profissionais dos trabalhadores da saúde.

A intencionalidade na ação profissional, praticada durante um procedimento de alta hospitalar, é um dos fatores que resguardam a integralidade no processo ou distancia sua efetivação. É através de tais atos que se pode planejar uma alta hospitalar em perspectiva responsável, abrangente, multiprofissional e integral e com concreta continuidade de cuidado, respondendo às necessidades biopsicossociais dos usuários ou, ratificar uma prática reducionista centrada na patologia e no modelo biomédico, com baixa efetividade no desempenho de continuidade dos cuidados em saúde.

A Alta Hospitalar também fora abordada sob a ótica da gestão,

compreendida como parte da organização dos serviços de saúde que estruturam esse processo. Tal perspectiva pôde ser identificada a partir de indícios presentes nas análises dos autores revisados.

Nesse sentido, a Alta Hospitalar aparece como um processo que permite a materialização da integralidade, principalmente nas narrativas que descrevem a construção de processos diretivos e organizativos das instituições de saúde. Essas iniciativas são retratadas, por exemplo, na atuação de profissionais inseridos em Núcleo Internos de Regulação (NIR), no trabalho de equipes especializadas instituídas para atender à desospitalização e à educação em saúde, assim como na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A dimensão gerencial da organização dos serviços de saúde também se expressa nas estratégias de articulação intersetorial mobilizadas durante o processo de planejamento e efetivação da alta hospitalar. Sob a luz da integralidade, essa perspectiva remete à dimensão da gestão na construção de fluxos, arranjos institucionais e articulações entre serviços que possibilitem a continuidade do cuidado em âmbito extra-hospitalar.

Os trabalhos analisados abordam sobre as redes substitutivas de cuidados continuados, protocolos instituídos nos serviços de saúde e a interlocução entre RAS ou outras políticas e evidenciam o grau de aderência da gestão a práticas que resguardecem ou afastem a integralidade nas direções.

O princípio da integralidade, para Petronilho (2016), em concordância com Merhy (1997), se efetiva num dado Sistema de Saúde a partir da rede de assistência e na articulação dos serviços:

O princípio da Integralidade será inserido no Sistema, quando os serviços de saúde se organizarem para atender às necessidades de saúde da população como um todo e, dos doentes mentais em particular, em rede de assistência. Para Merhy (1997), esta rede deve ser articulada e construída, mantendo os pontos de contato no Sistema de Saúde, para referência e contra referência dentro da perspectiva de integração [...] e a Integralidade acontece pela articulação dos serviços de saúde numa rede mais complexa, cabendo aqui outros serviços como o serviço social, o judiciário, entre outros (Petronilho, 2016, p. 83-84).

A perspectiva gerencial da alta hospitalar também é ressaltada por Rocha (2016) que concorda sobre o compromisso entre diversos atores sociais resguardar o cuidado integral aos usuários:

[...] nenhum processo de desospitalização pode ser considerado de sucesso sem a existência de uma rede substitutiva de serviços de saúde que seja efetiva nas suas ações, entendendo essa rede constituída tanto pelos outros equipamentos de saúde públicos ou privados quanto pelas famílias e pela comunidade. Não havendo processos de ressocialização e de reinserção nos mercados de trabalho e de produção social desses sujeitos “desospitalizados” estaremos fadados apenas à desassistência dos mesmos pelo Estado e pela sociedade (se é que podemos separá-los!) (Rocha, 2016, p. 204).

As redes substitutivas de serviços de saúde e redes de apoio interpessoal aparecem como elementos chaves para o cuidado continuado após alta hospitalar, necessitando de um esforço consciente e estratégico de gestão para aproximação com os diferentes territórios ocupados pelos usuários e os aparelhos estatais lá instalados, entre outros potenciais direcionadores de cuidados. Ignácio (2017) lança luz ao dizer que:

Torna-se então, imprescindível para que se garanta o cuidado integral à pessoa, que a comunicação seja efetiva, entre os três atores principais: o **paciente** dependente de cuidado domiciliar e sua família no papel do **cuidador** principal; o hospital que definiu o diagnóstico e tratamento; e a **rede municipal** de saúde, que seja através do SAD ou da Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/USF), se responsabilizará pelo acompanhamento e continuidade desse cuidado no domicílio. As interações e comunicações entre esses três atores são fundamentais nas ações de planejamento da alta e preparo do cuidador para dar continuidade dos cuidados.

[...] No que tange a organização dos serviços, a integralidade vem mediante a descentralização das ações, do trabalho e da atuação de equipes multi e interdisciplinares, realizando assim a intersetorialidade, formando parcerias, juntamente com a educação permanente (Ignácio, 2017, p. 13-14 e 21).

Concorda no mesmo conjunto de sentidos, Oliveira (2019) ao ressaltar que

[...] a integralidade da atenção em saúde, prevendo as condições necessárias para a continuidade do cuidado integral, após a alta hospitalar [...] espera-se também haver a articulação entre o hospital e o serviço de atenção primária para dar continuidade e promover a integralidade da atenção à saúde da criança [...] (Oliveira, 2019, p. 15).

Faz-se necessário problematizar que, sob a ótica gerencial, é relevante promover e utilizar recursos disponíveis à continuidade dos cuidados. Parte-se do pressuposto de que, dentre os diversos atores e serviços componentes dos recursos disponíveis, os gestores de políticas sociais de saúde devem buscar, preferencialmente, aqueles mais qualificados e especializados que se fizerem

necessários ao atendimento das demandas e direitos do usuário.

É possível notar em Perales (2023), a partir do relato de um entrevistado, a atribuição da “falta de comprometimento da família” como fator inibidor de uma alta hospitalar responsável (Perales, 2023, p.41-42). Outro, elenca ainda que “quando a família está junto fica mais fácil [...] Agora, a família que deixa o idoso aqui [...] é mais complicado” (Perales, 2023, p.41).

Um terceiro entrevistado demonstra compreender que a fragilidade de vínculos familiares pode advir de um histórico de relações interpessoais conturbados que, por vezes, se desdobram na ausência de uma figura cuidadora de suporte familiar na velhice.

O que eu percebo é que, quando essa relação pais e filhos não são bem estabelecidas desde a infância, isso implica muito na velhice, isso implica no cuidado, na relação, isso implica em tudo, então, isso começa desde lá da infância [...] a gente percebe que não é uma coisa daquele momento, mas uma coisa que foi construído a vida inteira ou que não foi construído, que foi essa relação afetiva com os filhos, isso impacta muito (Perales, 2023, p. 41).

Um quarto entrevistado pela autora ainda elenca que a falta de informações da família quanto a cuidados especializados é um dificultador encontrado para a alta hospitalar. Conforme a entrevista

A principal dificuldade é a falta de informação da família, eles não têm ideia da necessidade de cuidados, de mudança de decúbito, tem muita dificuldade em relação à alimentação quando esse paciente sai com sonda nasointestinal, com sonda vesical, às vezes até precisando de oxigênio, então, eles têm muita dúvida [...] a família fica com medo e não fazem porque não sabem como fazer, foge daquela situação (Perales, 2023, p. 42).

Com isso, entende-se que as redes de atenção à saúde, bem como as demais políticas sociais intersetoriais, devem ser privilegiadas como recursos prioritários à continuidade de cuidados especializados. A família ou a rede interpessoal de apoio do usuário, por sua vez, deve ser incluída nesse processo como ator social de suporte e fortalecimento dos vínculos comunitários do sujeito na sua relação com a saúde. Deste modo, os gestores devem refrear a tendência de responsabilizar exclusivamente as famílias pela promoção e continuidade dos cuidados, sob o risco de fragilizar as práticas em saúde – a partir de uma perspectiva individualizante –, incorrendo não apenas na desassistência estatal apontada por Rocha (2016), mas também, na culpabilização dos sujeitos sobre sua condição de

auto provimento de saúde.

A família e rede de apoio deve ser considerada como um catalisador da continuidade dos cuidados, pós alta hospitalar, quando disponível, havendo a necessidade de a rede abarcar as necessidades integrais de atenção que esse usuário necessite, ainda na hipótese de ausência de cuidadores de referência pertencentes à sua rede pessoal de suporte.

Seguindo outras configurações do princípio da integralidade sob a gestão da alta hospitalar, essas se expressam nas direções tomadas por coordenadores e equipes dos Núcleo Internos de Regulação. Nesse âmbito, a tomada de decisões da gestão frente aos desafios estruturais e de recursos, pode expressar em diferentes graus o comprometimento com a integralidade no manejo das admissões e desospitalizações de usuários. Assim é possível refletir em Silva (2020):

[...] o NIR surge dessa problemática, em que a falta de leitos acarreta pronto-socorro superlotado, com pacientes internados pelos corredores, com excessiva ocupação dos leitos de observação, além da comunicação ineficaz com outros serviços das redes de atenção à saúde e, mesmo, entre setores e serviços internos[...] com vistas à otimização de leitos hospitalares, em resposta a um cenário de exigência orçamentária restritiva, porque não se trata de ampliar ou criar novos leitos, mas de gerenciar melhor a infraestrutura existente (Silva, 2020, p. 45).

Nesse exemplo, a interpretação da autora é de que a gestão de NIR, que mobiliza também os protocolos para alta hospitalar, conforme a PNHOSP, é incumbida pelas respostas dadas em uma determinada estrutura limitante. A autora compreende que à gestão do serviço de saúde não se trata de tensionar a ampliação ou criação de novos leitos de internação que possam comportar a demanda maior que a oferta, mas se trata da melhor gerência da infraestrutura dada. A partir de Silva (2020), é possível refletir sobre como as compreensões de gestão afetam diretamente a execução do princípio da integralidade no SUS.

O ponto trazido pela autora contrapõe, por exemplo, o sentido da integralidade refletido por Mattos (2009) de que a dinâmica da realidade deve ser o ponto de partida para articulação do princípio através de ações de gestão dos serviços. Se é verdade o que o autor defende sobre a busca contínua de ampliação das possibilidades de apreensão e atendimento das necessidades de saúde de um grupo, quando refletimos sobre o expresso por Silva (2020), nota-se como o *modus operandi* diretivo dos serviços de saúde – sejam por NIR ou outros segmentos – tem

grande influência sobre o espaço de disputa em direção à concretização da integralidade na alta hospitalar.

A autora, em um segundo momento afirma que o NIR também tem papel preponderante no emprego de ações que resguardecem a integralidade do cuidado em saúde sendo que considera

[...] o ator mais importante é o usuário, para o qual a gestão se dispõe a empreender ações e ferramentas para que o objetivo final seja sempre reestabelecer a saúde e a satisfação desse, aprimorando o processo do cuidado, em sua total integralidade, visando atendimento mais adequado as suas necessidades (Silva, 2020, p. 21).

A reflexão trazida pela autora foi balizada a partir do manual de implementação do NIR (Brasil, 2017). O documento, além do exposto acima, prevê também a gestão de modo a otimizar os leitos hospitalares via ampliação e readequação do perfil de leitos.

A partir da experiência revelada por Silva (2020), a presente pesquisa levanta a provocação de como pôde ser implementado por uma equipe do NIR as estratégias de gestão que resguardassem o atendimento mais adequado às necessidades integrais dos usuários, sem que, necessariamente, se pautasse a ampliação de leitos em um ambiente de constante superlotação, como relatado. Nesse sentido a alta hospitalar responsável, que deve ser iniciada a partir do momento da admissão – sob a ótica da integralidade do cuidado –, até o momento da desospitalização do usuário, fica comprometida à luz do princípio da integralidade do SUS.

Considerando o cenário em Silva (2020), o usuário inicia sua admissão em um serviço já em discordância com o princípio da integralidade – com superlotação, com usuários internados em corredores, sem perspectiva de atendimento adequado às suas necessidades em leitos regulares, ou até ficando sujeito a uma comunicação ineficaz com outros serviços das RAS para desospitalização segura. Ratifica-se como a interpretação e ação dada pela gestão de um NIR se torna crucial para enfrentamento das dificuldades estruturais – consubstanciadas por políticas governamentais – e para solução dos desafios em encontro do princípio da integralidade no planejamento da alta hospitalar responsável.

Se o segundo sentido de integralidade exposto por Mattos (2009) e complementado por Paim (2012) é verdade, além da afirmativa, será possível notar a negativa do princípio da integralidade no processo de alta hospitalar a partir dos níveis

de gestão.

Perales (2023) ao entrevistar profissionais da saúde de um hospital terciário no atendimento ao idoso elenca que há a necessidade de inclusão de sistematização da assistência ao usuário, de maneira compartilhada com outros níveis de saúde para uma transição efetiva e bem-sucedida. Três de seus entrevistados relatam as dificuldades de implementação de uma transição segura em alta hospitalar a partir dos limites institucionais vivenciados:

“Se fosse um protocolo a ser seguido, porque não são coisas que precisam de grandes investimentos [...] inicialmente tornar algo protocolado: identificar esse idoso, como idoso em situação de fragilidade. Se a gente faz uma identificação desde a porta: “esse idoso tende a ser um idoso que vai ter internações recorrentes e vai ter limitações, ele vai precisar de cuidados diferentes”.

“Se tivesse algo mais organizado, discussão entre a equipe multiprofissional, eu acho que tem tudo para estar melhorando, porque hoje eu vejo que é não é uma rotina, não existe essa rotina. Se tem uma equipe que é organizada trabalhando nisso, é logico que você vai estar, oferecer um trabalho de muito mais qualidade, com resultado melhor com esse idoso na alta [...] as ações seriam intensificar aquilo que a gente já faz de uma maneira mais organizada, que vire rotina.”

“Falta realmente sentar, pensar e organizar esse trabalho [...] é muito informal, vamos passando informação dessa maneira.” (Perales, 2023, p. 46)

A partir dos relatos é possível concluir o quão importante se faz um nível de gestão hospitalar que aplique intencionalidade nas práticas e racionalidade dos processos. A promoção de avaliação no nível coletivo dos padrões de atendimento observados, das necessidades em saúde de forma ampliada e construção de fluxos, sistemas e parcerias intersetoriais, são direções gestoras que podem abarcar o sentido de atendimento integral no planejamento de alta hospitalar ou dirimir esse princípio; o que pôde ser observado nos depoimentos foi um nível de gestão ainda insuficiente para articulação desse direcionamento com ausência de protocolos padrões, fragilidades na organização dos processos coletivos e informalidade nas formas de comunicação entre as RAS.

Outro fator presente nas ações gestoras e que merecem atenção, destacado em Perales (2023), se trata da forma seletiva com a qual parte da rede elenca o usuário que pode ou não acessar um determinado serviço que o hospital

indicou como necessário à uma alta hospitalar responsável.

A experiência de uma boa comunicação com o SAD, expressada pelos entrevistados, revela uma prática exitosa na comunicação com este serviço. Todavia, não incorpora a assistência a todos idosos dependentes na transição hospital domicílio (Perales, 2023, p. 48)

O mesmo pode ser observado em Rocha (2016) ao pontuar sobre o trabalho da Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde (EADES), em um hospital federal estudado, ao qual foi membro e coordenador.

Rocha (2016) traz que o trabalho multiprofissional realizado pela EADES é balizado por um instrumento criado para selecionar o público-alvo admitido no programa de desospitalização por eles desenvolvido. Para tal, os profissionais da assistência ao usuário devem encaminhar solicitação de parecer para a equipe gestora. Esta avalia as “[...] variáveis clínicas, familiares, individuais, do ambiente domiciliar e da rede de cuidados durante o planejamento da alta hospitalar responsável” (Rocha, 2016, p. 128).

Conforme o autor, a equipe consegue, através de seu trabalho, desenvolver instrumentos de desospitalização de maneira segura e em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Rocha (2016) ressalta ainda que conforme monitorado pelo fluxograma utilizado pela EADES o processo de articulação da desospitalização é composto por três³³ (3) macroprocessos, vinte e nove (29) subprocessos e cinquenta e uma (51) ações.

Os fatos relatados pelo autor levam à conclusão de que a ação da gestão conseguiu resguardar a integralidade no processo de alta hospitalar dos usuários admitidos no programa, a partir de estudos de processos e ações intencionais. Por outro lado, a EADES, ao assegurar uma alta hospitalar responsável a determinados usuários, excluiu, também, todos os demais não admitidos no programa. – *A esses, qual tipo de alta hospitalar foi ofertada?* – Interessante refletir como a integralidade pode ser comprometida a partir da visão e direção tomadas por

³³ Conforme o autor “O que se pretende saber com as três perguntas universais da admissão da EADES é: a) onde será o domicílio que o(a) paciente irá morar depois que receber alta hospitalar; b) quem da sua família ou do seu grupo social vai ser o(a) seu(sua) cuidador(a); e c) onde e com quem o(a) paciente faz tratamento de saúde, caso o faça. Respostas de suma importância para que o processo de desospitalização da equipe EADES tenha continuidade” (Rocha, 2016, p. 185).

gestores e coordenadores dos serviços de saúde. Se faz importante também compreender que as ações gestoras, sejam elas em congruência ou desacordo com os princípios do SUS, possuem valor político em suas decisões. *O valor/A direção seguido(a) pela gestão em suas ações, se não para atender as necessidades integrais dos seus usuários, então para quê ou qual finalidade?*

Nesse sentido, o próprio autor reflete sobre o caráter restrito da prática de desospitalização do EADES neste hospital ao considerar que

[...] é preciso que discutamos sobre o que está por traz desse interesse de se incluir as famílias e/ou os grupos sociais nos processos de cuidado do(a)s paciente(s) que são atendido(a)s pelo programa de desospitalização da equipe EADES.

[...] Quando penso nos princípios contidos na Lei Orgânica da Saúde[...] me questiono se não seria direito de todos os pacientes hospitalizados terem acesso ao programa de desospitalização.

[...]Com que direito a equipe EADES decide quem tem ou não tem direito de acesso às ações de saúde oferecidas pelo hospital? (Rocha, 2019, p. 187-188).

Nota-se no relato acima como as diretrizes dadas por uma determinada gestão institucional podem restringir a efetivação da integralidade do SUS. A mesma nuance restritiva de cuidados integrais durante a alta hospitalar se explicita na pesquisa de Borges (2019) a partir de reflexões sobre indicadores de qualidade hospitalar e de Moroço (2020) ao avaliar a redução do tempo de desospitalização de usuários.

Periodicamente os hospitais são submetidos a avaliações institucionais por meio de auditorias, entre os indicadores avaliados, o tempo de internação é uma variável estrutural de desempenho institucional. O período de internação, quando muito longo, demonstra, por vezes, ineficiência no processo assistencial, no entanto, quando muito curto, indica atenção para uma alta realizada de maneira precoce e em desacordo com parâmetros de segurança do usuário.

As dificuldades em se articular a AHR em tempo adequado, perpassam muitos fatores, alguns aqui já relatados pelas produções analisadas: dificuldades em atuação multiprofissional durante plano terapêutico e de acompanhamento individual/familiar dos usuários, predominância da compreensão biomédica de saúde e dificuldade em comunicação com serviços das RAS. Outrossim, o desfinanciamento afeta exponencialmente as gestões institucionais.

A partir do descrito por Borges (2019) é possível notar que o desfinanciamento da política de saúde no contexto neoliberal tem impacto crucial na

tomada de decisão dos profissionais.

O desfinanciamento do SUS é percebido como um desafio à concretização da integralidade pela gestão quando esta precisa elaborar estratégias de planejamento, ações, controle e avaliação dos indicadores de saúde de maneira equânime e integral aos diversos usuários em meio ao cenário de desequilíbrio entre oferta de leitos no serviço e demanda populacional:

No cenário hospitalar brasileiro, debate-se o uso racional de leitos, tornando-se uma questão de estratégia frente ao atual desequilíbrio entre oferta e demanda. Com vistas à otimização da utilização dos leitos disponíveis internação [...] mensurar a produtividade dos hospitais por meio de alguns indicadores, como, por exemplo, o tempo de internação [...].

A regulação é uma estratégia de gestão que apresenta conexão com ações de planejamento, controle e avaliação, com a finalidade de buscar garantias de uma assistência equânime e integral em interface com os princípios do SUS [...] contempla ainda abordagens em termos de relação custo/benefício no contexto de saúde [...] consiste também na racionalização dos custos (Borges, 2019, p. 28).

Em paralelo, a pesquisa desenvolvida por Moroço (2020) objetiva avaliar a redução de tempo de saída do usuário, de um hospital público terciário, após a alta médica, a partir da incorporação de uma ferramenta de informática no circuito de desospitalização. Na produção é possível notar a preocupação com a redução do tempo de alta, enquanto um indicador de qualidade e segurança dos usuários:

O incremento da demanda sobre qualidade e segurança dos pacientes e as **restrições econômicas atuais têm impulsionado as instituições hospitalares a reverem seus diversos processos**. Um destes processos é a alta hospitalar, que dentre seus vários aspectos a serem considerados, existe a **necessidade de agilizar o tempo entre a alta e a saída do hospital** (Moroço, 2020, p. 9, grifos próprios).

O autor, através de um fluxograma demonstra que houve sucesso na diminuição de tempo de saída do hospital pelos usuários, após integração do sistema informatizado. O que levanta, no entanto, algumas questões.

Em Moroço (2020) é possível ver que este pauta-se na PNHOSP (2013) para abordar o NIR e a recomendação multiprofissional de equipe para regulação de leitos. O que neste hospital é cumprido, todavia, para agilização do tempo de alta hospitalar, somente duas categorias aparecem no diagrama do processo de saída do usuário: medicina e enfermagem. A alta médica é o ponto desencadeador das ações de enfermagem (cancelamento de serviços de assistência

e comunicação da alta).

Outro aspecto a ser considerado é que, embora o autor faça considerações acerca da necessidade de a gestão desenvolver ações tendo em perspectiva a atenção à saúde e necessidades do indivíduo de forma humanizada, não fica explícita a defesa pela compreensão ampliada de necessidades humanas em saúde; sendo que a gestão do “caso”, pode indicar que a atenção tem sido centrada no saber médico.

A gestão do caso é processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor do caso, a pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte, para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa. Tem por objetivo propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar [...] A permanência hospitalar acima do tempo necessário caracteriza-se como uma preocupação de longa data, contribuindo para redução da qualidade da assistência e aumento dos custos. (Moroço, 2020, p. 18 e 22).

É necessário que se questione quem são os gestores institucionais, suas áreas de conhecimento e como a predominância desses saberes afetam a determinação do que se considera como um tempo de permanência hospitalar médio, desejável, seguro e, especialmente, suficiente ao encerramento dos cuidados terciários.

Os estudos realizados por Moroço (2020), que não se trata de caso isolado, proporcionam a reflexão por inferência sobre a intencionalidade diretiva das instituições e como as perspectivas, quando restritamente biomédicas, tensionam os locais de poder, definidores dos sentidos que a alta hospitalar toma, podendo se afastar da ótica integral; mostram ainda a necessidade da produção de saberes sobre a saúde por diversas categorias profissionais, com seu devido arcabouço teórico e metodológico para ocupação de espaços de poder, vislumbrando uma perspectiva ampliada de necessidades em saúde, processos de cuidados integrais e humanização, ainda que sob cenários de escassez de recursos.

Assim, é possível refletir a partir dos autores sobre os impactos de uma determinada racionalidade e intencionalidade em razão de outras. Ou seja, os sentidos estratégicos da integralidade da AHR, neste caso, são dirimidos quando pautados nos compromissos gestores sob a égide do neoliberalismo na administração de recursos. Podem tender à focalização em custo/benefício de tempo de internação

ou em indicadores isoladamente como objetivo final da política institucional, em detrimento da atenção integral às necessidades de saúde dos usuários.

Todavia, é a partir da crença em uma gestão institucional comprometida com valores democráticos da Reforma Sanitária que se pode esperar a concretização da alta hospitalar responsável balizada pela integralidade no SUS. Nessa perspectiva, a gestão assume papel estratégico na organização de processos e na mobilização de recursos capazes de sustentar a continuidade do cuidado para além do hospital.

A partir do sentido democrático de gestão que assume o princípio, efetiva-se uma atuação voltada à articulação de estratégias e ações que indiquem formas de captação de recursos – como pactuação e parcerias intersetoriais e/ou interinstitucionais – bem como apresentação de propostas em disputas orçamentárias e tensionamentos dos espaços de controle social. Tais movimentos demonstram-se fundamentais para o atendimento pleno e integral às necessidades de saúde da população usuária, resguardando a segurança e autonomia dos usuários e buscando a saúde coletiva como objetivo final.

Avançando, por fim, ao segundo sentido da integralidade, impresso na atuação da gestão na organização dos serviços de atenção à saúde terciários na alta hospitalar, notou-se a ação de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em diversas produções (Manço, 2022; Mello, 2013; Petronilho, 2016; Oliveira, 2019; Borges, 2019; Silva, 2020; Manara, 2021).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como um método para organizar e sistematizar os cuidados a serem prestados, com base em princípios científicos. Tem-se por objetivos identificar tanto as situações e necessidades de saúde quanto os cuidados necessários para atendê-las, subsidiando as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (Oliveira, 2019, p. 11).

Conforme Mello (2013) a SAE é utilizada privativamente pela enfermagem de maneira a gerir os recursos disponíveis não apenas para a intervenção clínica, mas de maneira a projetar práticas de educação em saúde entre equipes, redes, assim como com usuários e suas famílias. Esse instrumento privativo foi utilizado como uma forma de planejamento e padronização de intervenção na alta hospitalar, além de possibilitar segurança na tomada de decisões profissionais acerca dos cuidados a serem fornecidos.

Segundo Mello (2013):

É possível, também, prever a utilização de estratégias didático-pedagógicas com recursos acessíveis ao entendimento do usuário e familiar relativos às especificidades para a manutenção da qualidade de vida, adequação às limitações eminentes e sequelas[...] Poderá ele, também, exercitar a troca de informações com colegas de outras instituições para onde o usuário será contrarreferenciado, a fim de verificar as reais possibilidades da continuidade do cuidado, iniciado durante a internação hospitalar (Mello, 2013, p. 51).

Petronilho (2016) complementa e ressalta que por meio da SAE é possível ao enfermeiro conhecer a realidade concreta de forma que atue de maneira a atender integralmente suas necessidades. É através desse instrumento que os vínculos profissionais são estreitados e são realizados registros que documentam e instrumentalizam o histórico dos usuários, direcionando resoluções qualificadas e seguras. “A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é implementada por profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade, visando o cuidado interativo, respaldo seguro[...]” (Petronilho, 2016, p. 44).

A perspectiva de Oliveira (2019) expressa a dimensão do princípio da integralidade na SAE quando, ao estudar cuidado integral à criança e família, relata que tal ferramenta necessita de institucionalização, uma vez que ratifica a “[...] promoção da qualidade e articulação de serviços de saúde, uma vez que orienta o acesso universal e o cuidado integral das crianças e de suas famílias, em todos os cenários do SUS, considerando trabalho em redes de atenção à saúde (RAS)” (Oliveira, 2019, p. 14). Além disso, a SAE durante o planejamento de alta, conforme a autora, é capaz de aperfeiçoar e integrar a continuidade da assistência à saúde após a desospitalização.

Observa-se em Silva (2020) a associação entre o trabalho de gestão do NIR de um hospital terciário e a compreensão de que a Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilita o desenvolvimento de habilidades e novos saberes no gerenciamento de leitos. Ao se considerar o sentido trazido pelos demais pesquisadores, é possível concluir que o instrumento se torna um facilitador da efetivação da integralidade durante o planejamento de alta e gerenciamento de leitos, quando se apropriado por gestores que mantêm o princípio em vista.

Todo o acima exposto ilustra uma outra dimensão de sentido que a integralidade assume quando avaliada nas estratégias de gestão dos serviços de saúde. O princípio também se expressa nos instrumentos de planejamento do

cuidado, mobilizados no cotidiano institucional.

Através do SAE e do NIR, a integralidade pode ser observada durante a alta hospitalar, no estabelecimento de protocolos de assistência ao usuário, na regulação de leitos, na construção de fluxos que resguardecam a continuidade de cuidado e na articulação das RAS. Além disso, manifesta-se no processo de educação em saúde direcionadas aos diversos atores envolvidos, desde a admissão até a desospitalização dos sujeitos.

A partir do conteúdo exposto pelos autores no que tange à SAE, torna-se claro como o instrumento é pensando enquanto estratégia de monitoramento, documentação e reflexão acerca das direções profissionais tomadas. Tais processos se pautam na realidade apreendida a partir de aproximações consecutivas realizadas pela enfermagem nos atendimentos aos usuários e famílias, processo tal que contribui para efetividade das ações de cuidado e planejamento em uma perspectiva ampliada.

Neste sentido, ressalta-se ainda a importância não apenas da institucionalização da SAE, mas a defesa de um processo de sistematização da assistência pela equipe multiprofissional (mínima³⁴) realizada nas instituições hospitalares, pensando em um coletivo de saberes, trabalhados interdisciplinarmente objetivando a promoção de práticas cada vez mais próximas da perspectiva do cuidado integral nos processos de alta hospitalar responsável. Sistematização tal que seja possível documentar, acompanhar, avaliar, produzir novos saberes, construir um processo planejado de intervenção conjunta, além de formar contínua e coletivamente em saúde tais profissionais para atender protocolos de alta hospitalar responsável com cuidado integral.

Por último, um terceiro sentido atribuído por Mattos (2003) à integralidade tematiza as respostas governamentais a certos problemas de saúde, sendo eles, demandas de grupos populacionais específicos de modo que “[...] a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as

³⁴ Aqui faz-se menção à equipe mínima sugerida pelo manual de implementação do NIR (2017) contendo assistentes sociais, enfermeiros e médicos para realizar a gestão de leitos, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar, padronização de transições para continuidade de cuidados. Elenca-se ainda que a implementação de uma equipe multiprofissional ampliada é desejável, na medida da possibilidade de sua implementação. A partir dessa referência, a presente pesquisa identificou que a inclusão de uma gama diversificada de profissionais especialistas, considerando a realidade do território atendido, o perfil do público usuário e as especificidades de demandas e de segmentos sociais, pode contribuir para maior efetividade das intervenções relacionadas à alta hospitalar responsável.

possibilidades de prevenção como as assistenciais” (Mattos, 2009, p. 63).

Neste sentido, foi possível notar tais elementos abordados nos trabalhos analisados ao citarem políticas públicas promulgadas pelo Estado para atender aos cuidados integrais, considerando a particularidade de determinados grupos populacionais específicos.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), citada por parte dos autores estudados, padroniza e qualifica a atenção hospitalar no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para os serviços hospitalares como componente das RAS. Nela tem-se a ratificação do princípio da integralidade, por meio de direcionamentos estratégicos, inclusive para a alta hospitalar responsável.

Na tese de Perales (2023), ao abordar a transição de cuidados hospitalares de idosos com dependência, se embasa dentre múltiplas políticas, na, até então, Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e Política Nacional do Idoso (PNI) – atualmente o termo “idoso” foi redefinido para “pessoa idosa”. A partir destas e outras políticas, a autora faz a defesa da integralidade da atenção ao segmento com a finalidade de manter, promover a autonomia e independência das pessoas idosas, além de reconhecer a incapacidade funcional como o principal problema que as afeta, assim, conforme a autora, a partir das políticas, é possível balizar ações que primam pela atenção integral a este segmento, com suas especificidades.

Perales (2023), sendo uma entre os sete autores que fazem a correlação da integralidade com o planejamento de alta hospitalar responsável, compreende que a autoatribuição da atuação do Estado frente as demandas intrínsecas ao envelhecimento através das políticas específicas possibilitam romper com estruturas verticalizadas, fragmentadas e centradas na doença, promovendo o “trabalho em rede, com articulação entre os níveis assistenciais e ações centradas nas necessidades das pessoas” (Perales, 2023, p. 64).

Outra forma em que se pode identificar o sentido da integralidade enquanto respostas governamentais às necessidades de um grupo populacional é vista através da dissertação de Ignácio (2017). A pesquisadora ao trabalhar com a população em cuidados paliativos, defende a necessidade de implementação de uma política nacional para atenção domiciliar. Até o momento da publicação (2017) ainda não havia sido promulgada a mencionada política, assim como não havia uma resposta governamental padronizada por meio de uma política voltada aos cuidados paliativos; avanço observado no ano de 2024 com a Portaria nº 3.681 do Ministério da

Saúde que institui a PNCP (Política Nacional de Cuidados Paliativos). É possível notar a preocupação da autora com o atendimento integral para usuários dos cuidados paliativos, quando esta busca defender os direitos de escolha, autonomia e humanização neste processo, incluindo todo o suporte necessário na sua desospitalização, caso seja uma escolha do usuário, receber os cuidados paliativos em local alternativo ao hospital.

A alta tecnologia e os cuidados paliativos não devem ser vistos como práticas contraditórias, visto que o CP é uma abordagem que visa qualidade de vida, tornando seu fim num momento digno, permitindo que o próprio paciente faça suas escolhas, inclusive do lugar onde deseja morrer.

[...] A alta hospitalar é uma transição específica e deve prever a continuidade dos cuidados em domicílio. As equipes de saúde, do hospital e a equipe de referência local, devem desenvolver um plano global de conduta terapêutica, incluindo educação do paciente e da família e, de maneira especial, coordenação entre profissionais que dão assistência, articulado com os serviços comunitários (Ignácio, 2017, p. 24 e 57).

Prosseguindo na análise, outro segmento social emerge dentre as produções: as crianças. Através de Oliveira (2019) que aborda o cuidado integral à saúde da criança e sua família na alta hospitalar. A autora refere que a atuação profissional de sua categoria (enfermagem) se pauta na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em uma unidade pediátrica de um hospital estadual no qual trabalha.

Através da PNAISC, por exemplo, é possível ver o direcionamento da integralidade atribuído pela política ao reunir estratégias para atendimento aos direitos das crianças e adolescentes e suas necessidades particularidades em saúde. Conforme a autora, tais estratégias, no âmbito do SUS promovem a “[...] saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança” (Oliveira, 2019, p. 13).

Outra portaria trazida, agora por Manara (2021), e que exemplifica respostas governamentais em saúde, se trata da organização dos Cuidados Prolongados nas redes de atenção às urgências e emergências – Portaria nº 2.809/2012, do Ministério da Saúde. A pesquisadora, ao abordar o trabalho da enfermagem na alta hospitalar de usuários com grau de dependência destaca sobre o balizamento de estratégias seguras de desospitalização deste segmento de usuários a partir do documento. A autora interpreta da Portaria que

As redes de atenção hospitalar e extra-hospitalar constituem-se em opções estratégicas e fundamentais para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo de internação (Manara, 2021, p. 19).

Nota-se também a intervenção governamental em direção à integralidade quanto ao usuário com doenças neurológicas, quando abordado por Alves (2021), ratifica linhas de cuidados integrais considerando

[...] o grau de comprometimento e do tipo de sequela, a condição de saúde do usuário demandará uma equipe diversificada e especializada, a exemplo do profissional da fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e fonoaudiologia, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Alves, 2021, p. 40).

A integralidade também se expressou a partir de ações governamentais quando foi possível perceber a implementação de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados no atendimento de usuários renais crônicos. Através da dissertação da autora Franciele Finfa da Silva (2023) é possível elencar como o investimento e construção de equipamentos nas RAS que atendam continuamente usuários com doenças crônicas, permite guiar ações de cuidado integral nos demais níveis de atuação para efetiva assistência, considerando a concreticidade da vida de seus usuários; além do cuidado integral, através do relato dos usuários da enfermaria de nefrologia, foi possível notar que as ações de governo podem expressar também o compromisso com o princípio da universalidade. É o que traz o relato da entrevistada “Violeta”, em Silva (2023):

A verdade é que eu não pensei que fosse fazer hemodiálise tão rápido, na verdade eu queria um tratamento pra não perder o rim né. Porque eu não podia acreditar que fosse assim tão rápido. Eu fui na consulta, eu disse meu sintoma, eu segui o tratamento, eu tomei tudo os medicamento que o médico me disse[...] Só que eu acho já tava muito muito avançado e eu terminei fazendo. Eu cheguei [em SP dia] 6 de [maio], e eu fiz hemodiálise no dia 10 de maio. Então foi rápido né? Mas, eu fiquei muito agradecida porque eu... atenderam a mim muito bem. Eu tinha um pouco de medo de não me atender porque eu era boliviana né? Sim, eu morava lá, mas era longe né? Não era aqui. Eu tinha essas coisas na minha cabeça. Mas, bem, não foi assim. E eu recebi uma boa atenção [...] eu fiquei aqui [internação no Hospital Referência] 20 dias. [...] Quando eu fiz hemodiálise, eu não queria fazer. É porque é difícil né aceitar fazer... é muito difícil. Então eu ficava assim: eu nem olhava, eu nem prestava atenção ao que me falava, porque eu tava deprimida. Mas depois de 2 semanas eu fiquei melhor [...] (Silva, 2023, p. 63-64).

Outras produções vão ao encontro à demonstração do sentido da integralidade via ações específicas de governo na garantia de proteção e promoção da saúde coletiva, a exemplo de Pereira (2023) que demonstra um centro ambulatorial de referência em reabilitação para pessoas com deficiência. No momento o autor elenca também sobre as redes especializadas nos cuidados à pessoa com deficiência no SUS e como essas redes atravessam a integralidade à atenção continuada aos usuários em diferentes pontos e níveis dos serviços de saúde.

Desta mesma forma nota-se a partir de Rufino (2020) e Araujo (2023) os cuidados voltados ao recém-nascidos e gestantes, dentro de suas especificidades e serviços de atenção especializados. Outrossim, a partir de Girão (2021), constata-se a integralidade em ações entre as RAS para garantia de atenção a usuários submetidos a transplantes renais, o que proporciona a reflexão sobre os níveis de atenção à saúde e investimento em recursos (humanos e estruturais), além de tecnologias assistivas especializadas que resguardam a sinergia da assistência dentro do SUS.

Em síntese, a partir da análise das pesquisas produzidas pelos autores em relação à alta hospitalar responsável, tendo como base o princípio da integralidade, é possível inferir, alicerçando-se nos sentidos e citações autorais, que o princípio da integralidade se expressa também nas respostas governamentais que servem de parâmetros para gestão e execução dos serviços de saúde.

Foram exemplos de ações governamentais as múltiplas políticas utilizadas para balizar o trabalho em saúde: PNHOSP, PNSI, PNI, menção sobre a construção da Política Nacional de Cuidados Paliativos, PNAISC de atenção integral à saúde da criança, Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e a organização dos cuidados prolongados (Portaria MS nº 2.809/2012).

Outra manifestação em que se pode inferir a objetivação da integralidade conforme o sentido de resposta governamental esteve presente nas menções aos múltiplos serviços especializados nas quais os autores das produções se inseriam, ou se articulavam para programação de uma alta hospitalar responsável. Através da construção dos serviços de atenção domiciliar, centro de referência em reabilitação para pessoas com deficiência, serviços hospitalares ou ambulatoriais especializados em doença renal crônica, assim como serviços especializados no atendimento a recém-nascidos e gestantes (hospital maternidade).

É importante ressaltar, nesse quesito, que as ações empreendidas pelos governos podem também se comprometer em consolidar a integralidade por, assim como dirimir sua efetivação, a depender dos esforços e recursos empreendidos em fortalecimento do sistema de saúde nacional e regional ou partindo dos cortes e tetos de investimentos promulgados, impactando na execução concreta dos serviços.

Nessa mesma linha de raciocínio, e retornando ao sentido da integralidade da gestão, não basta que os serviços, segmentem seu público de atenção, ou seja, não basta que eles se apoiem em políticas específicas para oferecer uma AHR apenas a um segmento atendido pelas instituições de saúde urge a necessidade de uma gestão que se apoie a um plano geral de alta hospitalar responsável a todos seus usuários, resguardando o princípio da integralidade e defendendo o direito dos usuários que possuem demandas especiais de saúde. Defende-se, portanto, que instituições que disponham de serviços de internação se atentem ao planejamento para atendimento das necessidades em saúde de todo o público admitido, em suas particularidades, sem que se percam o olhar atento aos segmentos também atendidos por ambulatórios e hospitais gerais.

Em outras palavras, para que não se incorra no equívoco – a exemplo do observado por Rocha (2016) – de se compor uma equipe ou plano de alta hospitalar responsável restrito a apenas um segmento específico atendido em um serviço de saúde, mediante “critérios” de seleção de usuários. É imprescindível que se afirme que o planejamento de alta hospitalar responsável, articulado de forma integral, constitui um direito de todos os usuários, sem exceções.

Outrossim defende-se que as instituições possam compor, através de uma equipe especializada ou através de formações contínuas aos trabalhadores e gestores de saúde, um plano de alta hospitalar responsável ampliada a todos os usuários do SUS, para que não se incorra em ações de prevaricação e cerceamento de direitos, desfalcando o atendimento a um público usuário em detrimento de outro, em um sistema de saúde sabidamente universal e equitativo.

Quanto às respostas especializadas, defende-se que elas sejam articuladas considerando seus respectivos públicos usuários – crianças e adolescentes, pessoas idosas, usuários com doenças crônicas, pessoas com deficiência etc. –, não apenas em setores ou serviços especializados, mas de maneira geral e integral; sendo que a articulação da alta hospitalar responsável, conforme necessidades em saúde de cada grupo populacional, é a própria expressão da

integralidade dos cuidados.

Por consequência, irrefutavelmente, deve-se combater em uma instituição de saúde a construção de visões fragmentadas, que segmentem a atenção à saúde, elencando qual público usuário pode ou não acessar métodos estratégicos de alta segura. Ratifica-se, então, que o público usuário com critérios para acessar equipes e ações especializadas necessárias à AHR são todos aqueles que também possuíram admissão na instituição: todos os usuários que ali estiverem. Sem exceção.

Nesta perspectiva, atesta-se categoricamente como os hospitais e outros serviços que possuem internação, podem se beneficiar de ações de gestão que padronizem a atenção ao usuário por meio de planos conjuntos e multiprofissionais de alta hospitalar responsável ampliados, ratificando os princípios do SUS a todos aqueles que forem admitidos na instituição.

Por fim, o presente eixo de análise restou demonstrado que a alta hospitalar responsável se trata de uma direção profissional e política tomada frente às necessidades de cuidados em saúde. As modalidades interventivas traçadas em sua articulação afetam diretamente a concretização do princípio da integralidade, por mobilizarem os divergentes interesses de classe contidos e refletidos pelas diversas compreensões e compromissos das categorias profissionais inseridas em nível de execução e gestão em todos os níveis do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa iniciou-se com o desejo de contribuir com a qualificação do processo de planejamento da alta hospitalar em instituições de nível terciário e secundário que realizam admissão de usuários em regime de internação. Esse desejo emergiu a partir da inserção desta pesquisadora como assistente social em um hospital público terciário da cidade de Londrina-PR e frente aos desafios profissionais enfrentados para concretização da perspectiva do cuidado integral desde a admissão até a alta hospitalar dos usuários.

Para melhor compreender o que se tem produzido, na atualidade, de conhecimento científico sobre os processos de Alta Hospitalar Responsável ou segura, assim como as perspectivas profissionais imperantes sobre necessidades em saúde, desenvolveu-se esta pesquisa para sanar, não só as angústias pessoais e profissionais frente às dissonâncias observadas em campo de trabalho – individual –, mas também indicar uma síntese de compreensões atuais, entre outras possibilidades interventivas propulsoras de práticas democráticas, integrais e humanizadas na atenção à AHR.

O primeiro capítulo deste trabalho retomou historicamente o surgimento das políticas sociais no contexto global, seus objetivos e funcionamento, assim como as primeiras experiências nacionais de sua implantação. No mesmo capítulo procedeu-se à contextualização das características iniciais das políticas de saúde brasileiras– marcadas pela fragmentação e seletividade; em seguida, abordaram-se os movimentos sociais populares da Reforma Sanitária e os processos de construção do SUS; por fim, discutiram-se os impactos do neoliberalismo na implementação e execução do Sistema. Nesse percurso, foram trazidos os conjuntos de sentidos da integralidade, conforme Mattos (2009), ao mesmo tempo em que se problematizou como o ideário neoliberal tensiona esse princípio e como tais diretrizes impulsionam a prática profissional, no âmbito hospitalar, a processos de desospitalização forçada dos usuários em detrimento da efetivação de uma Alta Hospitalar Responsável.

O segundo capítulo tematizou os níveis de atenção à saúde componentes no Sistema Único de Saúde, como forma de trazer robustez ao que se compreende por alta hospitalar responsável, prática inerente às instituições

hospitalares presentes nos níveis secundários e terciários do Sistema. De mesma forma, trouxe à luz as compreensões envoltas na construção de saberes acerca da execução da atenção primária em saúde a partir do funcionamento de pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No decorrer da exposição do segundo capítulo, definiu-se a Alta Hospitalar Responsável sob a luz da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), além de expandir a definição a partir de conceitos oriundos de teorias sobre a bioética, autonomia e liberdade dos sujeitos em uma perspectiva ampliada. Complementarmente, incorporou-se ao debate os sentidos da integralidade, a partir das contribuições de Paim (2012), as quais se mostram coerentes com a própria estruturação da PNHOSP, também balizada pelo princípio da integralidade.

Por fim, o terceiro e último capítulo dedicou-se a compreender em que medida o princípio da integralidade do SUS é contemplado ou articulado no processo de planejamento da Alta Hospitalar Responsável (AHR), com base nas produções *stricto sensu*, indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), produzidas nos dez anos subsequentes à criação da PNHOSP.

Considerando o acima exposto, o presente trabalho objetivou analisar em que medida a Alta Hospitalar Responsável é abordada e orientada pelo princípio da integralidade do SUS nos processos de cuidado, a partir das teses e dissertações indexadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) de 2013 a 2023.

A pesquisa contou com 18 produções, sendo duas teses e dezesseis dissertações brasileiras, indexadas na BDTD, entre 2013 e 2023, e demonstrou sob três eixos de análise – eixo de referencial teórico utilizado pelos autores, eixo de abordagem ou definição das atribuições multiprofissionais para desospitalização e eixo de articulação da AHR em concordância com o princípio da integralidade do SUS– os limites e potencialidades atuais na prática da alta hospitalar responsável e integral.

O primeiro eixo demonstrou que somente quatro das dezoito produções (cerca de 22%) utilizaram-se da definição de alta hospitalar responsável contida na PNHOSP sendo que três dessas incluíram ainda outros autores para tematizar a prática. Além disso, sete (38,88%), não definiram AHR de forma alguma e outras sete abordaram a alta hospitalar (não necessariamente responsável) com base em autores diversos.

Esses dados indicaram a ainda latente necessidade de apropriação profissional das diretrizes que balizam a prática e articulação da alta hospitalar que, necessariamente, desde 2013, deve ser praticada de forma responsável. Ou seja, sob uma a diretriz de centralização do cuidado no usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar, com horizontalização do cuidado, inclusive na regulação de acesso via admissão e alta hospitalar.

Ainda assim, os saberes construídos no período analisado indicaram convergência de entendimento de que a alta hospitalar tem expressa correlação com a continuidade dos cuidados. O termo “cuidado” aparece em dez definições elencadas entre as onze produções que tematizaram alta hospitalar, tendo sua predominância sob as expressões “transição de cuidados”, “cuidados continuados”, “seguimento dos cuidados”, “transferência do cuidado” e “continuidade do cuidado”.

Outras formas de definição da alta hospitalar associaram-na como processo de “liberação” do usuário da unidade de internação, “período de transição” entre ambientes de cuidados, “processo” e “mecanismo” de “desospitalização”, “saída do paciente do ambiente hospitalar”, “ações” profissionais, “elaboração de um projeto terapêutico”, “desligamento” do usuário da instituição de saúde.

Neste primeiro eixo foi possível notar que o raciocínio de parte dos autores ao abordarem AHR tendeu a embasar-se em práticas ampliadas em saúde, conforme previsto pela PNHOSP. Ao abordarem alta hospitalar, por sua vez, não necessariamente balizavam práticas horizontais e com equipe multiprofissional mínima para esta forma de regulação de acesso. Ainda nesse espectro, notou-se que ao não se balizarem pelas diretrizes da PNHOSP, a alta hospitalar poderia ficar reduzida em práticas de um mero processo de “desospitalização”, “desinstitucionalização” e “desligamento” do usuário, sob o risco de não continuidade dos cuidados.

Sendo assim, interpretou-se das definições trazidas pelos autores as seguintes direções profissionais e políticas nas práticas em cuidado durante a alta hospitalar:

I. Alta Hospitalar Responsável (AHR): Prática em saúde balizada pela PNHOSP (2013) que prevê compreensão ampliada das necessidades em saúde dos usuários. É articulada mediante decisões horizontalizadas por equipes multiprofissionais mínimas (assistentes sociais, enfermeiros e médicos); planejada usualmente desde o momento de admissão na instituição sob o princípio da

integralidade e almejando a continuidade dos cuidados de forma a contrarreferenciar os cuidados de maneira segura.

II. Alta Hospitalar: Baseia-se em múltiplas referências conceituais para intervenção. Não se pauta na PNHOSP (2013). Incorre em brechas para intervenções fragmentadas ou que não referenciam a equipe mínima de regulação de leitos. Pode ou não se reduzir à desospitalização ou alta médica³⁵. Em um cenário favorável pode associar-se ao adjetivo “segura”, por referenciar autores com esforços de compreensões integrais.

III. Desospitalização: Momento pontual dentro da articulação da AHR. Exprime a saída e/ou desligamento do usuário dos cuidados prestados pela instituição.

Em conclusão do primeiro eixo, faz-se importante a defesa de que os profissionais busquem educação permanente em saúde, atualizando seus referenciais teóricos para tematizar e planejar intervenções seguras em matéria de alta hospitalar responsável. Reafirma-se o entendimento de que a desospitalização e liberação do usuário, são ações pontuais dentro de um emaranhado complexo de ações multiprofissionais desenvolvidas no processo da AHR. Assim, compreende-se que a educação permanente em saúde frente à AHR possibilita uma intervenção qualificada, de maneira não-reducionista, como catalizadora do princípio da integralidade do SUS.

O segundo eixo de análise “Abordagem ou Definição das Atribuições Multiprofissionais para Desospitalização” demonstrou destaque para as atribuições da enfermagem, seguida da medicina e por último do serviço social no planejamento da alta hospitalar responsável. Parte das produções mencionavam ainda brevemente a participação de outras categorias profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Foi possível notar o destaque para a abordagem aprofundada e qualitativa das atribuições com relação às categorias da enfermagem e medicina, considerando que as produções estavam concentradas em programas de pós-graduação nessa área do saber ou defendidas por tais profissionais. A exemplo das áreas de concentração dos programas: Enfermagem, Enfermagem em Saúde

³⁵ Análise conjunta com os dados encontrados a partir do eixo II desta pesquisa. Alta médica restringe-se ao encerramento das intervenções da medicina de maneira independente aos demais profissionais envolvidos na atenção à saúde.

Pública, Gestão do Cuidado em Enfermagem, Enfermagem Fundamental, Saúde Coletiva, Enfermagem em Saúde Coletiva e Psiquiátrica, Tecnologia e inovação em enfermagem, Enfermagem e saúde, Mestrado em Transplantes.

As intervenções do serviço social aparecem com citações geralmente mais tímidas, indicando a existência do profissional no ciclo de atendimento, mas sem indicar quali-quantitativamente aprofundamentos sobre suas atribuições. Ainda assim, nas produções que se propuseram a abordar além da citação, foi possível perceber a direção tomada pelos profissionais no planejamento de alta. Embora este seja o cenário predominante, foi possível identificar uma (1) autora (Alves, 2021), formada em serviço social que contribuiu com maior profundidade acerca das competências da categoria profissional na programação de alta dos usuários.

Iniciando pelas atribuições da enfermagem no processo de alta hospitalar, as publicações demonstraram que esta categoria profissional é associada como um agente de planejamento da transição de cuidado, ora durante o processo, ora após a alta médica. Esse profissional é visto como protagonista na intervenção do planejamento da assistência e gestão dos leitos – admissão e liberação de pacientes.

A enfermagem também demonstrou que, por vezes, é a responsável por tensionar as perspectivas fragmentadas e centradas na doença praticada com frequência pela categoria médica.

A análise dos estudos revela que a enfermagem identificou padrões verticais do saber-poder médico em detrimento dos saberes da equipe multiprofissional. Tal fato comprometeu os processos de AHR de forma integral, sendo que afetou a qualidade do processo transicional de cuidados na relação com família e rede de serviços. A enfermagem é tensionada a “agilizar” a desospitalização após a alta médica.

Em uma maneira geral, essa categoria é descrita especialmente como articuladora e intermediadora do processo de alta como um todo, responsável por orientação sobre cuidados com o usuário, intermediação entre família, rede e usuários, além da gestão de leitos.

Já nas atribuições da medicina, foi possível sintetizar que estes profissionais ficam descritos com um papel preponderante na decisão do momento ideal da alta, além de se responsabilizarem por avaliar a integração de determinadas categorias profissionais no processo de alta, conforme acreditam ter sua presença necessária ou dispensável. Este fato, reforçou a perspectiva biomédica estrita e afetou

a concretização da integralidade da assistência; também reforçou, por esta razão, que a alta hospitalar responsável não tem sido avaliada precocemente (desde a admissão do usuário) por uma equipe multiprofissional.

As produções analisadas, por vezes, demonstraram uma posição hierarquizada entre as categorias profissionais no processo de alta hospitalar. A alta médica, atribuição privativa, apresenta ser utilizada como sinônimo de alta hospitalar e mobiliza uma construção vertical da prática em detrimento de reuniões sistemáticas ou decisões compartilhadas entre equipe multiprofissional.

As atribuições médicas foram associadas majoritariamente aos cuidados centrados na doença ou queixa apresentada, e nas ações privativas da alta. Uma produção destacou que a medicina, na gestão de leitos, atua com acompanhamento e avaliação de transferência de usuários, conjuntamente com equipe multiprofissional, assim como identificação de pendências médicas, exames, agendamento de cirurgias e identificação de pacientes com critérios de alta para discussão de caso.

O serviço social teve suas atribuições correlacionadas ao acionamento da rede de atenção no momento da alta hospitalar, também se expressou como um ator que cuida de detalhes da alta como garantia do treinamento do cuidador, providência de receitas para a desospitalização, além de orientações à família e usuários sobre locais de acesso a serviços de reabilitação.

As especificidades dessa categoria ainda carecem de descrição aprofundada, com poucas produções nesta área de conhecimento publicadas no período estudado. Ainda assim, dos autores que abordaram a categoria, também destacam seu papel no acompanhamento pós-alta para reforçar orientações e retornos ambulatoriais; orientação de direitos para uma alta hospitalar responsável e estudos socioeconômicos para identificar vulnerabilidades e dar encaminhamento adequado para a AHR também aparecem como ação profissional.

No âmbito da atuação em gestão do NIR, aparecem com breve menção sobre fornecer apoio à central de vagas.

Nesse eixo, os autores fazem menção à desafios ainda presentes para concretização da integralidade e da AHR. Sendo exemplos das citações: visão fragmentada predominante pela medicina tradicional no momento da alta, escassos recursos humanos que afetam a participação integral e em mesma medida de alguns profissionais em detrimento de outros para alta hospitalar, persistência da visão

biomédica em dominância, alta rotatividade que dificulta o planejamento da AHR em conformidade com o princípio da integralidade.

Acresceram-se dos desafios relatados: lacunas de comprometimento da rede familiar de apoio para continuidade dos cuidados, dificuldades de articulação com a atenção básica da RAS, orientações de alta hospitalar não personalizadas ao contexto do usuário e das famílias.

E por fim, apresentaram como desafios: a sobrecarga de trabalho dos profissionais, decorrente do desequilíbrio entre demanda e recursos humanos disponíveis, fragilidades na educação permanente relativa aos aspectos da alta hospitalar e do SUS, gestão também percebida na perspectiva curativa, desconhecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), e dificuldades de continuidade da atenção por limitações estruturais das UBS e RAS.

Dentre as potencialidades para efetividade da AHR notou-se: percepção de esforço de segmentos profissionais para promoção de uma alta hospitalar na perspectiva da integralidade, com continuidade dos cuidados e acionamento da RAS; relatos de envolvimento diário e precoce (desde a admissão) de toda uma equipe via reuniões e discussões de caso avaliar as condições de alta, deliberando em conjunto as estratégias que melhor atendem as necessidades dos sujeitos; reforço positivo da atuação em equipe multiprofissional engajada horizontal e regularmente na atenção à saúde dos usuários.

A partir do exposto sobre as atribuições profissionais na alta hospitalar, percebe-se ainda a necessidade de aprofundamento da temática da AHR e do princípio da integralidade pelas equipes multiprofissionais (medicina, enfermagem e serviço social), bem como seus gestores, de forma a extrapolar a atuação centrada na doença, hierarquizada a partir do saber biomédico e comprometendo-se com as direções de atenção em saúde do SUS.

Em especial, notou-se a necessidade de engajamento na produção de saberes acadêmicos por parte do serviço social, que ainda que seja um ator essencial no processo de AHR e nas equipes mínimas do NIR, compõe a menor parte das produções, não tendo sido possível identificar produção defendida em programas de pós-graduação dessa área de conhecimento.

Para isso, faz-se urgente a defesa e promoção de formação continuada em saúde, retomando os princípios e diretrizes do SUS, atualizando os saberes multiprofissionais e construindo novos acerca das normativas e parâmetros

recentes para elaboração da alta hospitalar responsável.

É importante lembrar também a existência dos divergentes interesses de classes e saber-poder que ocorrem nas instituições de saúde e que a capacitação supramencionada, deve também compor-se a partir de referenciais críticos que permitam desvelar a realidade social e concreta, proporcionando estratégias e instrumentos que abram espaço dentre os saberes hoje privilegiados na execução dos NIR, das práticas de gestão e da assistência ao usuário.

Dentre as estratégias elaboradas de forma qualificada, ratifica-se a importância de um planejamento da alta hospitalar responsável de maneira precoce (desde a admissão do usuário), horizontalizada junto a uma equipe multiprofissional que compreenda, avalie e intervenha durante todos os processos de assistência, além de garantir uma transição de cuidados com medidas efetivas, interdisciplinares e intersetoriais.

Em conclusão deste eixo, é necessário lembrar que o compromisso com um sistema público de saúde, gratuito, universal e de qualidade, transcende a atuação individual e requer articulação política coletiva. É necessária a ocupação de espaços de controle social, de disputa de orçamentos públicos e por isso os saberes produzidos em direção ao fortalecimento do SUS, precisam também serem socializados e acessíveis à população trabalhadora e usuária através das estratégias supracitadas. Ainda nesta matéria, há a necessidade de socialização de saberes que extrapolem os muros das instituições e façam sentido aos sujeitos, que os mobilizem socialmente em direção à reafirmação dos direitos sociais, da universalidade da atenção à saúde, além de projetos societários livres de dominação entre classes.

O último eixo de análise desta dissertação, versa a “Articulação da AHR em concordância com o princípio da integralidade do SUS”. Neste se procurou compreender em que medida as produções selecionadas trataram a associação desses conceitos e como se efetiva na realidade observada.

A partir dos dados brutos, teve-se que aproximadamente 39% das produções fizeram alguma forma de articulação entre os conceitos de alta hospitalar responsável e sua defesa conforme o princípio da integralidade. Ainda que grande parte – aproximadamente 61% – não tenham realizado a defesa literal da perspectiva nesta prática, ao abordarem pelo menos um dos conceitos, foi possível notar “pistas” deixadas acerca da compreensão dos autores no que se refere aos sentidos dados à alta hospitalar.

As teses e dissertações demonstraram que a Alta Hospitalar Responsável além de consolidar o princípio da integralidade do SUS, também se expressa como uma direção profissional e política, tomada frente às necessidades de cuidados em saúde. Seus sentidos são concretizados através de ações profissionais, na gestão dos serviços de atenção à saúde e como respostas governamentais aos problemas de saúde.

A integralidade perpassou a AHR na medida em que se planeja a transição de cuidado do usuário articulando a continuidade do cuidado integrado entre os níveis de atenção do SUS; quando na abordagem profissional se considera a totalidade biopsicossocial dos sujeitos; no acionamento das RAS e na promoção da atenção intersetorial integrada entre as políticas públicas.

Os conjuntos de sentidos de integralidade da AHR mais frequentes destacaram ações profissionais e de gestão, na organização de serviços hospitalares através dos Núcleos Internos de Regulação ou a partir de equipes implementadas para a articulação da alta. Houve também a presença de elaboração de fluxos padrão para alta hospitalar e sistematização de práticas da assistência à saúde pela enfermagem. Já no âmbito das respostas governamentais a certos problemas de saúde, a integralidade se expressa na AHR na medida em que os profissionais e gestores se apoiam nas diversas políticas implementadas para atender as especificidades de diferentes segmentos sociais e parametra a execução dos serviços de saúde. A exemplificar: PNHOSP, PNSI, PNI, PNCP, PNAISC e Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.

Os resultados encontrados demonstram que a conduta profissional, entendimento político acerca da natureza da alta hospitalar, bem como do princípio da integralidade do SUS, interferem na efetivação desta prática e clareza da associação entre os conceitos. Por conseguinte, ora resguardam uma atenção à saúde abrangente e centrada nas necessidades do sujeito, ora imprimem respostas fragmentadas e em discordância aos preceitos do Sistema Único de Saúde.

As percepções acima citadas transpassaram desde a assistência direta ao usuário, a gestão e as respostas governamentais, intrinsecamente ligadas à conduta profissional e perspectivas políticas na escolha de metodologias interventivas de respostas às demandas da AHR.

Por todo o exposto e analisado acima, foi possível concluir a necessidade de reafirmação da implementação da alta hospitalar responsável através

de mecanismos oficiais institucionais. Um instrumento facilitado, notado nas produções, são os planos institucionais para alta hospitalar responsável; para tal ratifica-se a necessidade de uma composição ampla por equipe multiprofissional, forma tal que atenda ao usuário em sua integralidade, biopsicossocial, que engendre soluções viáveis e compatíveis à concepção reformada e ampliada de necessidades em saúde.

Outro ponto importante notado através das produções, fora a frequente prática de direcionar planos de AHR para apenas um determinado setor, ala ou público (ex: para usuários em cuidados paliativos, para alguns usuários “triados” e admitidos no plano de alta responsável da instituição). Relatos que denunciam interpretações restritivas, nas quais o direito social (universal) assegurado a partir da PNHOSP é indevidamente reduzido a uma prática facultativa de AHR de um usuário em detrimento de outro.

Ademais a AHR em conformidade com o apregoado pelas direções políticas dos princípios da universalidade e integralidade, resulta evidente que as instituições devem respeitar a direção da PNHOSP para aperfeiçoamento da AHR a todos os usuários admitidos em internação, sem distinção; condição que, todavia, não inviabiliza a adaptação de um plano às necessidades específicas do seu público atendido que, por sua vez, ratifica os princípios da integralidade presentes na alta hospitalar responsável.

Em conclusão, ressalta-se que a presente pesquisa almejou trazer clareza acerca da temática da alta hospitalar responsável enquanto uma prática profissional e política que deve ser permeada pela integralidade do SUS, na assistência, gestão e ações de governo. Ressalta-se ainda que se trata de um tema vasto e que não se objetivou o esgotamento das discussões, mas de forma oposta, espera-se genuinamente que seus leitores possam ter se sentido instigados a produzir novos conhecimentos, caminhos e espaços abertos de construção de um saber coletivo que reafirma direitos sociais e se compromete com a construção de um SUS público, universal, gratuito e de qualidade em todos os níveis de funcionamento.

Finalmente, a presente autora também considera a possibilidade de incorrência limitações do estudo considerando a pluralidade de áreas dos saberes e suas especificidades interpretativas. Partiu-se da análise qualitativa, assim como de seus referenciais, todavia destaca-se que área de formação em serviço social e pós-graduação em serviço social e política social imprimem sentidos e interpretações que

podem ser diversos ao de outras categorias profissionais.

Ademais, acredita-se que transpassando as diferenças multiprofissionais, a presente pesquisadora reafirma seu compromisso ético e profissional na leitura e análise de todos os documentos, bem como nos passos seguintes. Também esperança, luta e acredita em um SUS forte e soberano e ratifica o compromisso desta pesquisa em somar conhecimentos, esforços e potencialidades com as demais categorias profissionais que partilhem e sustentem os princípios postulados pelo SUS, afirmando a defesa da vida e saúde enquanto direito social universal.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, I. G. A caridade ao welfare state: um breve ensaio sobre os aspectos históricos dos sistemas de proteção social ocidentais. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 52-55, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v67n1/v67n1a17.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2024.

ALVES, M. R. **Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas: planejamento de alta em hospital terciário**. 2021. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: **Fichas Técnicas dos Indicadores**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/fichas-tecnicas-dos-indicadores-monitoramento-da-qualidade-hospitalar.pdf/view>>. Acesso em: 08 abril de 24.

ARAUJO, C. M. M. O. **Desenvolvimento de Protocolo de Alta Segura para Recém-nascidos**. 2023. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

AZEVEDO, M. C. C. V. *et al.* As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência da desospitalização da assistência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 271-276, abr./jun. 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p. v. 2.

BORGES, F. **Atuação do enfermeiro na gestão de leitos**. 2019. 154 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

BRAGA NETO, F. C. *et al.* Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 18, p. 577-608.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. URSS- Alma-Ata. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **ANS lança Sistema de Indicadores Hospitalares**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/ans-lanca-sistema-de-indicadores-hospitalares>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento da Qualidade Hospitalar**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/monitoramento-da-qualidade-hospitalar>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: 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. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 04 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Portaria Nº 2.809 de 7 de dezembro de 2012: Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. BRASILIA, DF: Ministério da Saúde, 07 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. 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**. BRASILIA, DF: Ministério da Saúde, 30 dez. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059

BRETTAS, T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**, Brasília, ano 17, n. 34, p. 53-76, jul-dez 2017.

CFESS (Brasília). Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação**

de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília- DF, 2009. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. DOU nº98: **Diário Oficial da União**, p. 44-46, 16 abr. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de Média e alta Complexidade no SUS.** 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. v. 4. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 19 ago. 2024.

DIAS, B. M. **Readmissão hospitalar como indicador de qualidade.** 2015. 76 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, São Paulo, 2015.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, ed. 24, p. 85-116, Setembro 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H>. Acesso em: 1 jul. 2024.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de saúde: Uma Política Social. *In*: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 1, p. 25-57.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. cap. 6, p. 99-111. Disponível em: <https://www.cidadaniaereflexao.com.br/uems2018/Microfsica%20do%20Poder.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2024.

GARRAFA, V. Bioética. *In*: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 24, p. 741-758.

GASPAR, R. C. A trajetória da economia mundial: da recuperação do pós-guerra aos desafios contemporâneos. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 17, n. 33, p. 265-296, Maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/rbnKdf7jR6gT3mLbcQmNgKG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2024.

GHENO, J.; WEIS, A. H. CARE TRANSITION IN HOSPITAL DISCHARGE FOR ADULT PATIENTS: integrative literature review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, n. 30, p. 1-26, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de

Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 16, p. 493-545.

GIRÃO, C. M. **Algoritmo para alta hospitalar segura do paciente submetido a transplante renal**. 2021. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Transplantes do Centro de Ciências da Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2021.

IGNACIO, D. S. **Alta Hospitalar Responsável**: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio, uma revisão integrativa. 2017. 69p. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

JUNQUEIRA, C.R. **Bioética**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. 17 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/231>. Acesso em: 4 abr. 2024.

MANARA, C. **Instrumento para a alta hospitalar**: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. 2021. 150 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

MANÇO, S. M. B. **Transição do Cuidado na alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas**. 2022. 111 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

MARX, K. **Sobre a questão judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010. 139 p.

MARX, K. **O 18 Brumário de Luis Bonaparte**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 5a edição, 1986, p. 17.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática: (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 13 out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2024.

MATTOS, R. A. de; PINHEIRO, R. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO- IMS/UERJ, 2009. 184 p. ISBN 978-85-89737-52-4. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2024.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processo. 3.ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.

MELLO, A. I. da S. **Diretrizes para o plano de alta hospitalar**: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade. 2013. 203 p. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, Setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MENDES. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 21.ed. Petrópolis - RJ, Editora Vozes: 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 14 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**, Brasília, 28 mar. 2006. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_n__648_GM__de_28_mar__2006__Aprova_a_politica_nacional_da_Atencao_Basica_estabelecendo_a_revisao_de_diretrizes_e_normas_para_a_organizacao_da_atencao_basica_para_o_Programa_Saude_da_Familia__PSF_par_o_Programa_de_Agente_Comunitario_de_Saude_PACS/62. Acesso em: 16 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**, Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_no__2_436_de_21_de_setembro_de_2017/295. Acesso em: 16 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 1-15, 18 out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 13 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 4 abr. 2024.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. de. Procedimentos Metodológicos na construção do conhecimento científico: A pesquisa bibliográfica. **KATALYSIS**, FLORIANÓPOLIS, v. 10, 3 abr. 2007. Disponível em: HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR. Acesso em: 17 abr. 2024.

MOROÇO, D. M. **Impacto da Informatização do Processo de Alta Hospitalar em um Hospital Público Terciário**. 2020. 74 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2020.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 271 p. v. 1.

OLIVEIRA, E. G. de. **Cuidado Integral á saúde da criança e sua família**: tecnologia de apoio ao planejamento da alta hospitalar. 2019. 98 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Faculdade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris-França. 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/declaracoes/>. Acesso em: 04 abril. 2024.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 15, p. 459-492.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão crítica. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 11 jun. 2024.

PERALES, P. G. P. S. **Idoso com Dependência Funcional**: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação. 2023. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no Capitalismo**: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. Orientador: Ivane Salete Boschetti. 2013. 307 p. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15153/1/2013_CamilaPotyaraPereira.pdf.

Acesso em: 30 abr. 2026.

PEREIRA, G. F. **O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação**. 2023. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

PETRONILHO, D. A. C. **O Planejamento da Alta Hospitalar de Pacientes com Depressão e Vínculo com a Atenção Primária a Saúde: Revisão Integrativa**. 2016. 105 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde: Integralidade como Princípio do Direito à Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz., 2009. p. 255-262. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/integralidade_em_saude.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

RIBEIRO, P. B. A. **O território-hospital: aproximação através de um estudo de caso**. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/srv-c0003-s01/api/core/bitstreams/4fdf1c7b-94e7-4d0f-bf8b-e799a480fc1b/content>. Acesso em: 2 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. PENSE SUS-FIOCRUZ. **Reforma sanitária**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 19 nov. 2023.

RIO DE JANEIRO. PENSE SUS-FIOCRUZ. **Integralidade**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 19 nov. 2023.

ROCHA, L. T. **"Hospital não, pelo amor!"**: etnografando processos de desospitalização. 2016. 265 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

RUFINO, M. D. C. **Avaliação das práticas de regulação assistencial do Núcleo Interno de Regulação como mecanismo de concreção ao direito à saúde da gestante: o caso da maternidade escola Assis Chateaubriand**. 2020. 159 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ed. 118, p. 366-393, jun 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SENADO FEDERAL (Brasil). Senado Federal. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. In: **Agência Senado**. Brasília, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 19 jul.

2024.

SETUBAL, A. A. **Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, M. A. E. da. **Núcleo Interno de Regulação: uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares**. 2020. 74 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2020.

SILVA, F. F. da. **(Sobre)viver com condição crônica de saúde: redes e mapas de cuidado**. 2023. 98 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2023.

SOARES, J. C. S.; CAMARGO Jr., K. R. A autonomia do paciente no processo A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NwwQLnQHcNpShcHjTdM8PmQ/>. Acesso em: 4 abr. 2024.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. *In*: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. cap. 17, p. 547-576.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v71n2/05.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SUS 30 ANOS. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 59, 2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/89084220-Expediente-editorial-sus-em-numeros-em-dia-com-a-historia-entrevista-concepcoes-em-disputa-financiamento-educacao-profissional.html>. Acesso em: 10 jun 2024

TELLES, V. S. Pobreza e cidadania: Figurações da Questão Social no Brasil moderno. *In*: TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais: afina do que se trata?**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. cap. 2, p. 79-167.

TENENBLAT, M.J.T. Financeirização do capital e questão social no contexto do novo-desenvolvimentismo. **SER Social**, Brasília, v. 16, n. 35, p. 327-353, jul-dez 2014. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13400. Acesso em: 15 jun. 2024.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 43, n. 0, p. 1-10, 4 jul. 2022. Anual. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Jz5JcDWxdyY8tYn5QnrmXHk/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.