



DISPOSITIVOS INTRA-HOSPITALARES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS: IMPLICAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Stephanie Marques Moura Franco Belga¹ 

Kênia Lara da Silva² 

Alzira de Oliveira Jorge¹ 

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a produção do cuidado em um hospital público e os dispositivos utilizados para a atenção integral.

Método: trata-se de uma pesquisa de interferência em saúde, em que a coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2019 a junho de 2022. Foram realizadas observações e registros em diário de campo do pesquisador, entrevistas individuais com coordenadores e gerentes, e grupos focais com trabalhadores de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais. O material empírico foi submetido à análise de conteúdo temático.

Resultados: foram identificados dispositivos que contribuem para a construção de novas práticas de gestão e cuidado, como o projeto Lean nas Emergências (ferramentas do *Fast Track*, *Kanban* e *Huddles*); o Núcleo Interno de Regulação; a atuação dos médicos hospitalistas, comanejadores e coordenadores de plantão; a atuação da equipe de atenção domiciliar dentro do hospital; e os dispositivos para a gestão interdisciplinar, como as corridas de leitos interprofissionais, discussões de casos e a construção compartilhada dos projetos terapêuticos.

Conclusão: verificou-se que os dispositivos implementados contribuem para a transformação do modo de produção em saúde e do processo de trabalho em favor da integração do hospital ao sistema de saúde.

DESCRITORES: Integralidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Modelos de assistência à saúde. Reestruturação hospitalar. Redes comunitárias de saúde.

COMO CITAR: Belga SMMF, Silva KL, Jorge AO. Dispositivos intra-hospitalares e práticas assistenciais: implicações para a integralidade e continuidade do cuidado. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20230005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0005pt>

INTRAHOSPITAL DEVICES AND CARE PRACTICES: IMPLICATIONS FOR CARE COMPREHENSIVENESS AND CONTINUITY

ABSTRACT

Objective: To analyze the care production in a public hospital and the devices used for comprehensive care.

Method: This was a health interference study, in which data collection was carried out from September 2019 to June 2022. Observations and field researcher diary records, individual interviews were conducted with coordinators and managers, and focus groups with workers, of a large hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. The empirical material was submitted to thematic content analysis.

Results: Devices that contribute to the construction of new management and care practices were identified. These included the Lean in Emergencies project (Fast Track, Kanban, and Huddles tools); the Internal Regulation Unit; the role of hospitalist physicians, co-managers, and shift coordinators; the work of the home care team within the hospital; and devices for interdisciplinary management, such as interdisciplinary bed runs, case discussions, and shared construction of therapeutic projects.

Conclusion: The implemented devices contribute to the transformation of the health production model and work process in favor of integrating the hospital into the healthcare system.

DESCRIPTORS: Comprehensive health care. Continuity of patient care. Health care models. Hospital restructuring. Community health networks.

DISPOSITIVOS INTRAHOSPITALARIOS Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES: IMPLICACIONES PARA LA INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción asistencial en un hospital público y los dispositivos utilizados para la atención integral.

Método: Se trata de un estudio de interferencia en la salud que se recogieron datos entre septiembre de 2019 y junio de 2022. Se realizaron observaciones que fueron registradas en el diario de campo del investigador, así como entrevistas individuales con coordinadores y gestores, y grupos focales con trabajadores de un gran hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais. El material empírico se sometió a análisis temático de contenido.

Resultados: se identificaron dispositivos que contribuyen a la construcción de nuevas prácticas de gestión y atención, como el proyecto Lean Emergency Care (herramientas Fast Track, Kanban y Huddles); el Centro de Regulación Interna; el trabajo de los médicos hospitalarios, coordinadores y coordinadores de guardia; el trabajo del equipo de atención domiciliar dentro del hospital; y dispositivos de gestión interdisciplinaria, como las carreras interprofesionales de camas, la discusión de casos y la construcción compartida de proyectos terapéuticos.

Conclusión: Se constató que los dispositivos implementados contribuyen a la transformación del modo de producción de salud y del proceso de trabajo a favor de la integración del hospital al sistema de salud.

DESCRIPTORES: Atención sanitaria integral. Continuidad asistencial. Modelos sanitarios. Reestructuración hospitalaria. Redes comunitarias de salud.

INTRODUÇÃO

A história das políticas de saúde aponta as transformações nas instituições hospitalares que passaram a assumir sua atual configuração como lugar destinado ao cuidado em saúde¹. Nessa direção, o hospital passa a ser visto não apenas exclusivo para diagnóstico e tratamento de doenças, mas também como um espaço potente para a formação e incorporação tecnológica². Nesse espaço, há diversas tensões e disputas relacionadas ao modo de funcionamento hospitalar².

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

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

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

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

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

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa interferência em saúde⁸. A investigação qualitativa considera a complexidade histórica, o contexto e a implicação do pesquisador na sua relação com o objeto em estudo⁹. A pesquisa interferência tem como princípio a desconstrução, pois questiona enfoques tradicionais e produz intervenções radicais no campo da micropolítica⁹. Busca captar os efeitos produzidos no campo de estudo a partir das interferências do e com o pesquisador,

capturando as conexões e ruídos percebidos, problematizando o discurso institucional e pessoal, e produzindo múltiplos sentidos que ultrapassam as certezas da ciência hegemônica¹⁰. Neste tipo de pesquisa, a construção da metodologia se dá no transcorrer do processo do estudo, estando o pesquisador alerta ao que o campo pede^{8,10}. Portanto, é um processo flexível que incorpora diferentes técnicas e procedimentos.

O estudo foi realizado no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), instituição pública, geral e de grande porte, localizado no município de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. O hospital possui cerca de 400 leitos, incluindo porta aberta 24 horas no Pronto-Socorro (PS), maternidade e unidade de atendimento aos sintomáticos respiratórios nos anos de 2019 a 2022, durante a pandemia de Covid-19. Destina seu atendimento exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para cerca de 1,5 milhões de pessoas da porção norte da região metropolitana de Belo Horizonte, além de ser hospital de ensino e campo de práticas de universidade pública federal^{11,12}.

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

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

A revisão integrativa foi realizada nos meses de abril a maio de 2021, totalizando 139 publicações. Os critérios de inclusão definidos para todas as bases foram: estar nas línguas português, inglês ou espanhol; ter sido publicado nos últimos dez anos, e conter no título, resumo ou palavra-chave os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Integrality in Health, Integralidad en Salud, Integralidade em Saúde; Healthcare Models, Modelos de Atención de Salud, Modelos de Assistência à Saúde; Admitting Department Hospital, Servicio de Admisión en Hospital, Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes. Além destes, incluíram-se as palavras-chave “Redes de Atenção à Saúde” e “Hospital”, sob as opções AND e OR respectivamente. A revisão permitiu identificar dispositivos intra-hospitalares, pressupondo práticas organizativas e relacionais para atingir um cuidado integral em hospitais brasileiros e em outros países¹³.

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

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

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

Na segunda fase do estudo, foram realizadas treze entrevistas em profundidade, conduzidas pela pesquisadora principal, com gestores e coordenadores do hospital, selecionados por serem condutores e coordenadores da gestão do cuidado dentro do hospital. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital e orientadas por um roteiro semiestruturado com questões que buscavam captar

a percepção do entrevistado quanto ao trabalho interdisciplinar, produção do cuidado, dispositivos intra-hospitalares utilizados e relação com a rede de atenção.

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

O convite aos participantes do grupo focal foi livre e destinado a todos os profissionais das linhas de cuidado. Nos casos de não adesão de alguma categoria, foi feito um convite ao profissional sugerido pela coordenação da linha. Os grupos focais tinham um roteiro com questões provocadoras sobre o trabalho interdisciplinar, as facilidades e dificuldades da produção do cuidado e os dispositivos que os profissionais utilizam para promover a atenção integral. Para estimular a discussão, foi apresentada uma situação problema referente a um paciente com quadro agudo de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essa situação foi identificada durante a fase de observação, retratando recorrências comuns no hospital. Esse exercício possibilitou que os profissionais refletissem sobre o próprio trabalho, tendo o mundo do cuidado como lugar de operar dispositivos e de produzir redes de conexões³.

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

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

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

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

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Hospital cenário. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução nº466/12.

RESULTADOS

O estudo foi constituído por 35 participantes, sendo 13 deles coordenadores ou gerentes que foram entrevistados individualmente e 22 que participaram dos dois grupos focais realizados. Em relação à categoria profissional, participaram oito enfermeiros (22,9%), sete médicos (20,0%), três psicólogos (8,6%), três fisioterapeutas (8,6%); três assistentes sociais (8,6%), dois (5,7%) representante das seguintes categorias: fonoaudiólogo, auxiliar administrativo, nutricionista, técnico de

enfermagem e terapeuta ocupacional, e uma técnica em radiologia (2,9%). Dos 35 participantes, 62,9% representaram trabalhadores da saúde, 25,7% estavam em cargo de coordenação ou gerência, 5,7% assumiam alguma referência técnica, 2,9% eram da diretoria e 2,9% assessoria da direção.

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

Projeto Lean nas Emergências e suas ferramentas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

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

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

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

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

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

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

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

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

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

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

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

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

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

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

Dispositivos voltados para a gestão dos processos de trabalho

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

Os dispositivos implementados no HRTN modelam a reestruturação da atenção hospitalar, pois contribuem tanto para uma nova racionalidade da lógica da gestão como também para uma nova racionalidade da lógica do cuidado. Pois, se forem empregadas apenas ferramentas para incidir sobre a lógica racionalizadora da gestão sem a produção de transformações efetivas nas práticas de cuidado, se tornam estratégias limitadas à redução de custos e aos aspectos administrativo-burocráticos da gestão. E isso não é efetivo para a transformação dos modelos de gestão e atenção dentro do hospital.

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

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

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

Um das estratégias que otimizaram uma maior comunicação interna foi a incorporação dos médicos comanejadores, responsáveis por facilitar a conversa e articulação junto às equipes assistenciais na transição de cuidado, atuando no cogerenciamento do plano terapêutico do

paciente^{17,18}. Além disso, a participação dos médicos horizontais em todas as unidades de cuidado dentro do hospital, garantindo a melhor gestão dos casos e cuidado no cotidiano dos serviços e a articulação do médico coordenador de plantão do pronto-socorro com o NIR, tem produzido uma dinâmica diferenciada para o processo regulatório interno e externo e a gestão estratégica assistencial no âmbito hospitalar.

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

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

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

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

Reconhecendo os diversos dispositivos para a produção do cuidado, a atenção domiciliar tem se mostrado uma relevante possibilidade de inovar a produção em saúde^{13,25}. A existência das equipes do EMAD dentro do hospital estudado é uma oportunidade para articular e integrar o hospital à rede de serviços, produzindo capacidade de gerenciar itinerários de entrada e de saída dos pacientes em toda a complexidade da rede. Se bem implementado e alinhado à construção de uma alta segura, reduz os desafios da utilização excessiva ou da ausência de destinos assistenciais que garantam o cuidado seguro e adequado aos pacientes^{2,24,25}.

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

O hospital pode ser visto como um componente estruturante para fomentar um cuidado ampliado, tendo em vista o princípio da integralidade^{2,26}. É uma “estação de cuidado” que o sujeito percorre para obter a integralidade em saúde. Contudo, para que tal premissa seja alcançada, há

de se pensar em dispositivos que o conecte de forma mais adequada à rede de serviços, pois, por melhor e mais especializado que seja, não consegue garantir a integralidade sozinho, mas apenas se efetivamente articulado em rede.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Ademais, para que o hospital, enquanto estação cuidadora, se constitua como equipamento articulado com os diferentes e diversos serviços de saúde da rede, é preciso que os trabalhadores e a direção da instituição estejam sintonizados aos princípios que sustentem o modelo de atenção usuário centrado, interdisciplinar e integral, e orientados para que, na prática, haja a integração e articulação. Caso contrário, não haverá a superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico, tampouco a transformação nas práticas cotidianas do hospital.

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

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Graal; 1995.
2. Reis AAC, Furtado LAC, Beltrammi DGM, Souza MP. Atenção hospitalar no SUS. In: Santos TBS, Pinto ICM, organizadores. *Gestão hospitalar no SUS*. Salvador, BA(BR): EDUFBA; 2021. p. 27-84.
3. Cecílio LCO, Merhy EE. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate*. 2003; 27(64):110-22.
4. Beltrammi DGM, Reis AAC. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. *Saúde Debate [Internet]*. 2020 [acesso 2023 Jan 15];43(5):94-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]*. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2022 Dez 22]. 20 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília, DF(BR): Diário Oficial da União; 2013 [acesso 2023 Jan 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

7. Wright M, Mainous AG 3rd. Can continuity of care in primary care be sustained in the modern health system? *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 15];47(10):667-69. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-18-4618>
8. Figueiredo EBL, Andrade EO, Muniz MP, Abrahão AL. Research-interference: A nomad mode for researching in health. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 15];72(2):598-603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>
9. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Rev Lusófona Educ* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Dez 20];40:139-53. Disponível em: <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01>
10. Moebus RLN. Como se constitui o campo numa pesquisa em acontecimento? In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H, organizadores. *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Editora Hexis; 2016. p. 83-6.
11. Costa MA, Mota JAC, Figueiredo RCP, Antunes MIS, Torres HOG, Coutinho AP, et al. Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo linhas de cuidado. In: Magalhães Júnior HM, organizadores. *Desafios e inovação na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte, BH(BR): Mazza Edições; 2010. p. 549-70.
12. Jorge AO, Costa MA, Couto VR. Os desafios para manejo da pandemia da Covid-19 em um hospital de Belo Horizonte e sua relação com a APS. *Rev APS* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Jan 22];3(1):24-31. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.143>
13. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 7];46(133):551-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
14. Toldrá RC, Ramos LR, Almeida MHM. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 27];27(3):584-92. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1670>
15. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 20];24(1):e190609. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>
16. Costa LBM, Godinho FM, Rentes AF, Bertani TM, Mardegan R. Lean healthcare in developing countries: evidence from Brazilian hospitals. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2017 [acesso 2022 Dez 20];32(1):e99-e120. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2331>
17. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Mar 20];27(3):e4480016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>
18. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, Matta GC, Miranda L, Graboys V. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Mar 15];22(6):1991-2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016>
19. Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 20];71(6):2817-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>
20. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde*

Colet [Internet]. 2007 [acesso 2023 Jan 15];12(4):849-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>

21. Nakata L, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira, JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 15];24(2):2019-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
22. Tierney AA, Payán DD, Brown TT, Aguilera A, Shortell SM, Rodriguez HP. Telehealth use, care continuity, and quality: Diabetes and hypertension care in community health centers before and during the COVID-19 Pandemic. Med Care [Internet]. 2023 [acesso 2023 Mar 15];61(1):S62-S69. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001811>
23. Wu C, Wu Z, Yang L, Zhu W, Zhang M, Zhu Q, et al. Evaluation of the clinical outcomes of telehealth for managing diabetes: A PRISMA-compliant meta-analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2018 [acesso 2023 Mar 15];97(43):e12962. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012962>
24. Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. Health Rep. 2018;29(11):3-11.
25. Santos JLP, Pereira LC, Pedreira JBA, Silva VA, Pereira A, Aguiar ACSAA. Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 20];28:e20180286. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0286>
26. Beltrammi DGM, Camargo VM. Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal. São Paulo, SP(BR): HUCITEC; 2017.
27. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 15];23:e170627. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - O hospital como observatório da rede: uma possibilidade a ser construída, que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2023.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL.

Coleta de dados: Belga SMMF.

Análise e interpretação dos dados: Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL.

Discussão dos resultados: Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL.

Revisão e aprovação final da versão final: Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL.

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: CAAE: 1960071903003.5140 e parecer nº 5.119.946, e da UFMG: CAAE:19600719.0.0000.5149 e parecer nº 3.613.33.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados Melissa Orlandi Honório Locks, Maria Lígia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 24 de janeiro de 2023.

Aprovado: 19 de maio de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Stephanie Marques Moura Franco Belga

stephaniebelga@gmail.com

