



UnB

Programa de Pós-graduação em Política Social - PPGPS

Departamento de Serviço Social - SER

Instituto de Ciências Humanas – ICH

Universidade de Brasília – UnB

Cliffthianny Alves Sousa

Desospitalização e integralidade do cuidado: desafios e contradições na Rede de Atenção à
Saúde no Serviço de Nefrologia do HRAN

Brasília - DF

2025

Clifftianny Alves Sousa

Desospitalização e integralidade do cuidado: desafios e contradições na Rede de Atenção à Saúde no Serviço de Nefrologia do HRAN

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Sociais (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Andréia de Oliveira.

Brasília - DF

2025

Cliffthianny Alves Sousa

Desospitalização e integralidade do cuidado: desafios e contradições na Rede de Atenção à Saúde no Serviço de Nefrologia do HRAN

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Sociais (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Andreia de Oliveira – Orientadora

Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS/SER/ICH/UnB)

Profª. Drª. Miriam de Souza Leão de Albuquerque – Membro do Programa

Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS/SER/ICH/UnB)

Profª. Drª. Tânia Regina Krüger – Membro Externo ao Programa

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profª. Drª. Fernanda Scalzavara – Membro Suplente Externo ao Programa

Departamento de Serviço Social – (SER/ICH/UnB)

Brasília - DF, 30 de junho de 2025



Nascemos livres, iguais, dignos e com direitos.
Da liberdade, somente a ilusão.
Da igualdade, no máximo a comunhão.
Da dignidade, é melhor não falar.
Dos direitos, nem dos “manos” nem dos humanos.
Iguais em cor, sexo, religião e opinião.
Do preto ao índio, “de cara” a exclusão.
Do sexo, por favor, não seja viado!
Da religião, nada que bata tambor.
Da opinião: - cala a boca falastrão!
Direito à vida, segurança, identidade e paz.
Do viver, ninguém pede para nascer.
Da segurança, que segurança?
Da identidade, somente no RG.
Da paz, só depois que morrer.

Depois que Morrer, de Elton Paulo Dobrovoliski,
no livro Poesias, Contos e Crônicas: Direitos Humanos

AGRADECIMENTOS

Chegar a este momento me faz rememorar os caminhos que trilhei em busca do que julgo ser o sentido da vida: o conhecimento. Este, em mim, ainda é imperfeito, cheio de dúvidas e dificuldades em afirmar certezas. Construo-o e reconstruo-o a cada respiração, pois o que julgo saber agora, já não sei horas depois. Neste caminho, por vezes tracei um ciclo virtuoso e vicioso, mas sempre em movimento, sempre em busca de certezas sobre o que, na maior parte do tempo, é dúvida. Neste momento, este caminho me trouxe até aqui, mas aponta além.

Então, primeiramente, a Deus, por não me permitir desistir da caminhada que me trouxe a este momento singular da minha vida, o qual duvidava que seria possível um dia alcançar.

À minha “casca de bala”, em especial, minha irmã, Gleidiane Sousa, sem a qual eu não estaria vivenciando esta conquista que, igualmente, pertence a ela. Obrigada por me apoiar em meus momentos de dor e desesperança, acreditar em mim e proporcionar o alicerce sobre o qual estou construindo meus sonhos.

Ao meu pai, Reginaldo Sousa, que, ao seu modo, é o melhor pai do mundo! Um exemplo de pessoa e profissional que me inspira todos os dias da minha vida. Um ser de aço, reflexível e forte. Meu guia completo sobre o que devo esperar de um homem.

Aos meus irmãos, Clyffson e Gledson pelo apoio.

In memoriam da minha mãe, Iraci Costa Alves, inspiração de vida e de resistência às diversidades e ao enfrentamento da doença Lúpus eritematoso sistêmico, a qual compartilhamos. Hoje, compreendo os motivos que a fizeram desistir do tratamento que tanto lhe afligia. Apesar das suas lembranças estarem se esvaindo, ainda persistem aquelas que alicerçam meu caráter e me dão forças para continuar.

In memoriam da minha filha da espécie *canis*, poodle, Bolinha Sousa, que, durante 13 anos, foi minha companheira para todos os momentos, ensinando-me a amar sem pedir ou esperar nada em troca. O vazio deixado por sua partida não será preenchido ou compensado por outro ser. Cabe a mim agradecer pelo tempo de vida que me dedicou e por me ter feito uma humana melhor.

Aos profissionais da saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), realizando um trabalho de excelência, mesmo com escassez de recursos e abundância de obstáculos para a garantir o direito à saúde.

Meus agradecimentos estendem-se ao Programa Multiprofissional em Nefrologia da SES-DF, do qual sou especialista, que me proporcionou um olhar crítico sobre a realidade dos utentes da rede de saúde com uma patologia tão singular como a doença renal crônica. Este

programa ensinou-me a olhar a realidade dos utentes para além da condição biomédica apresentada, considerando as determinações sociais do ser.

Às pessoas com doenças crônicas que, assim como eu, almejam um sistema de saúde integrado e integrador da realidade social dos sujeitos envolvidos. Ter uma patologia sem cura, de caráter paliativo, cuja única proposta possível é a administração da doença e a qualidade de vida, não é fácil nem linear. Passamos por momentos de desesperanças e perda de sentido da vida e do tratamento. Mas, quando encontramos um atendimento de excelência e com profissionais capacitados para nos atender além das nossas necessidades biomédicas, sentimo-nos renovados e amparados, com forças para continuar lutando por uma cura.

Por fim, agradeço a minha primeira orientadora, dra. Maria Elaene Rodrigues, por me acolher e lapidar as primeiras ideias sobre a pesquisa que ora se apresenta como concluída, mas que ainda se encontra em constante construção e reconstrução, visto que a realidade social na qual esta pesquisa se desenvolveu continua a mudar constantemente.

E agradeço a minha orientadora, dra. Andreia Oliveira, por todo o apoio e carinho no qual tem conduzido e orientado esta pesquisa nos últimos meses de mestrado. Por ter aceitado o desafio de ser minha orientadora na metade do caminho para a defesa e por todo o conhecimento que me repassou nos últimos meses, ajudando-me a concretizar as ideias, abstratas e, por vezes, confusas que compõe o quadro final desta pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar os dispositivos públicos utilizados pela equipe multiprofissional, pelas instituições de saúde e pelos próprios utentes para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade do atendimento no processo de desospitalização no serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). A pesquisa foi construída com base no método materialista histórico-dialético, adotando uma abordagem qualitativa, por meio de pesquisa exploratória e entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados nove participantes, entre utentes e profissionais vinculados ao setor de nefrologia do HRAN. A temática central do estudo é a integralidade do cuidado no contexto da desospitalização, compreendida como expressão do direito à saúde. Com base na Linha de Cuidados para Pessoas com Doença Renal Crônica e utilizando dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foi possível traçar o percurso assistencial dos usuários. Observou-se que a equipe de nefrologia do HRAN realiza um trabalho pautado em práticas articuladas e na escuta ativa das demandas e necessidades dos utentes, demonstrando compromisso com a integralidade do cuidado em sua dimensão subjetiva e relacional. No entanto, ao se considerar a integralidade em sua concepção ampliada, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os dados revelaram limitações na articulação intersetorial com outros serviços e políticas públicas. Assim, não se pode afirmar que o setor de nefrologia do HRAN promova uma atenção integral capaz de garantir o direito à saúde dos utentes, especialmente daqueles que dependem da resolutividade do Estado e da continuidade do tratamento nos diferentes níveis de atenção. O estudo sugere, em suas notas conclusivas, que, diante dos múltiplos desafios enfrentados por profissionais e utentes na atenção integral à saúde, persiste o que se denominou nesta investigação como uma “integralidade focalizada”, ainda distante dos pressupostos constitucionais que orientam o SUS.

Palavras-chave: integralidade do cuidado; direito à saúde; desospitalização; políticas públicas de saúde; nefrologia.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the public mechanisms employed by the multidisciplinary team, health institutions, and the users themselves to ensure continuity and comprehensiveness of care during the de-hospitalization process in the nephrology service of the Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). The research was guided by the historical-dialectical materialist method and adopted exploratory methodological procedures, utilizing semi-structured interviews with a qualitative approach. A total of nine participants were interviewed, comprising users and professionals from the nephrology sector of HRAN. Prior to conducting the fieldwork, it was essential to establish the theoretical foundation that underpins the study. To this end, scholarly contributions aligned with the dialectical method and focused on the analysis of health policy in Brazil were incorporated. Additionally, considering the specific context of nephrology and the Care Line for Patients with Chronic Kidney Disease, the study examined the care pathway for these patients, using data from the Health Department of the Federal District. The findings reveal that the nephrology team at HRAN demonstrates a form of "focused comprehensiveness," characterized by well-coordinated practices and an attentive response to the needs and demands of patients. The team endeavors to integrate both the holistic and subjective dimensions of care into their work. However, when examining the broader scope of comprehensive health action as prescribed by Brazil's Unified Health System (SUS), the data indicate significant challenges in achieving effective intersectoral coordination across other services and public policies. Consequently, it cannot be affirmed that the nephrology sector at HRAN ensures full comprehensiveness of care that upholds the patients' right to health. The study highlights persistent barriers faced by both professionals and users in securing continuity of treatment through specialized care at different levels of the health system. These obstacles reflect broader systemic limitations in guaranteeing patients' rights and underline the need for stronger interinstitutional integration and support mechanisms.

Keywords: comprehensive care; continuity of care; de-hospitalization; public health policy, nephrology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde	73
Gráfico 1 – Total de atendimentos na Atenção Primária à Saúde às pessoas com doença renal crônica no Brasil – 2019 a 2023	75
Figura 2 – Fluxograma de encaminhamento da APS	77
Fotografia 1 – Hospital Regional da Asa Norte- HRAN.....	81
Fotografia 2 – Reunião multiprofissional para discussão de caso na unidade de nefrologia do HRAN.....	82
Tabela 1 – Taxa de internação por IR segundo a faixa etária e o sexo no Brasil (2010 a 2023)	83
Gráfico 2 – Utentes hospitalizados na nefrologia do HRAN	84
Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos utentes participante da pesquisa	85
Quadro 2 - Descrições clínicas e sociais dos/as utentes entrevistados/as	94

LISTA DE SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar
APS – Atenção Primária de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CF – Constituição Federal
CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional da Secretária de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional da Secretária de Saúde Municipais
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF – Distrito Federal
DP – Diálise Peritoneal
DRC – Doença Renal Crônica
ESF – Estratégia Saúde da Família
GDF – Governo do Distrito Federal
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HD – Hemodiálise
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HRT – Hospital Regional de Taguatinga
IGES – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IR – Insuficiência renal
ISMEP – Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa
MA – Maranhão
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNH – Política Nacional de Humanização
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PS – Pronto-socorro
PTNED – Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SES – Secretaria de Saúde

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCDF – Tribunal de Contas do DF

TRS – Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PERCURSO METODOLÓGICO	17
3	INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SUS: DESAFIOS NA INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA UM CUIDADO INTEGRAL	23
3.1	Política Social no Capitalismo: breves considerações das suas origens e desafios	23
3.2	Reflexões Sobre a Trajetória do SUS.....	30
3.3	A Integralidade e Intersetorialidade no SUS: a necessária conectividade entre as políticas sociais.....	42
4	DESOSPITALIZAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ENTRE DIREITOS, REDES E HUMANIZAÇÃO.....	56
4.1	Origem e Evolução do Conceito de Desospitalização.....	56
4.2	A Humanização como Pilar da Desospitalização.....	59
4.3	Estratégias e Barreiras no processo de Desospitalização.....	64
5	INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DESOSPITALIZAÇÃO NO SUS: INTERSETORIALIDADE, DIREITOS E DESAFIOS NO CUIDADO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	69
5.1	A linha de cuidado e a Doença Renal Crônica (DRC)	69
5.2	Linha de cuidado da Doença Renal Crônica no DF	78
5.3	Caracterização do serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte-HRAN	80
5.4	Perfil sociodemográfico dos sujeitos de pesquisa	85
5.5	Caminho Assistencial e os desafios na garantia do direito universal e integral à saúde na atenção na nefrologia	93
5.6	A construção da integralidade do cuidado e os desafios da rede intersetorial	106
5.7	A perspectiva do cuidado e a responsabilização da família.....	115
5.8	(Des)continuidade do Cuidado e familismo no processo de desospitalização	123
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	BIBLIOGRAFIA	137
	APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (EQUIPE)	153
	APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (UTENTES)	154

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa emerge de inquietações pessoais e acadêmica sobre o processo de desospitalização como elemento fundamental para a garantia do direito à saúde e a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. A experiência na Residência Multiprofissional em Nefrologia da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), correspondente ao biênio 2021-2023, na condição de assistente social residente, possibilitou vivenciar os desafios concretos enfrentados por utentes¹ internados em leito de pronto-socorro e demais clínicas hospitalares.

Muitos aguardavam uma vaga ou a realização de um procedimento necessário à continuidade do cuidado na rede de saúde. A maioria desses utentes era composta por adultos, predominantemente homens negros, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, à espera de uma vaga em instituições de abrigo do Distrito Federal ou de procedimentos médicos. Essa espera prolongada resultava em hospitalizações desnecessariamente longas, evidenciando a precariedade da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a ausência de estratégias eficazes para a continuidade do cuidado.

De acordo com matéria intitulada “Utentes morrem por não conseguir hemodiálise no DF” publicada pelo SinMédico do Distrito Federal (2023), os utentes do Sistema Único de Saúde do DF podem levar, em média, até 530 dias para acessar algum procedimento médico. Quando se trata de utentes com necessidade de Terapia Renal Substituto (TRS), o tempo de espera médio é de aproximadamente três meses. Além do mais, a demora para a garantia do direito à TRS no DF já havia chamado a atenção do Tribunal de Contas do DF (TCDF), que, à época, cobrou soluções urgentes à Secretária de Saúde (SES). Com o aumento de 300% no número de utentes aguardando hemodiálise no DF entre 2021 e 2022, a situação foi considerada uma crise humanitária pelo órgão fiscalizador (SinMédico, 2023).

Durante o período de formação, acompanharam-se os impactos da interrupção dos serviços de hemodiálise em clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal. O caso mais grave ocorreu em fevereiro de 2022, quando a clínica de hemodiálise localizada em Samambaia fechou abruptamente, interrompendo o tratamento de 137 utentes (Teixeira, 2022). Diante da sobrecarga da rede pública hospitalar, em matéria realizado pelo Jornal Metrôpoles, oito utentes passaram a “residir” no Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

¹ De acordo com o dicionário Priberam da língua portuguesa, a palavra utente é proveniente do latim que diz respeito àquele que usa ou desfruta de alguma coisa pelo direito de uso, ou seja, usuário. A escolha por esta palavra deu-se, entre outras razões, por ser um adjetivo com terminação neutra, contemplando os direitos de representatividade da comunidade LGBTQIA+.

por medo de perderem a vaga de diálise (Dutra, 2023).

A situação agravava-se para aqueles que, necessitando de diálise, permaneciam internados devido à indisponibilidade de vagas em unidades de referência para hemodiálise ambulatorial. Além disso, os impactos da pandemia de COVID-19 e o encerramento de contratos com clínicas conveniadas intensificaram ainda mais essa crise (Teixeira, 2022; Silva, L. *et al.*, 2021). No percurso da experiência vivenciada na Residência Multiprofissional em Nefrologia, observei que a internação prolongada gerava ansiedade, enfraquecimento dos vínculos familiares e comunitários, risco de agravamento do estado clínico e, em alguns casos, resultava em óbito por infecção hospitalar causada por bactérias multirresistentes. Neste ponto, não posso deixar de mencionar uma utente que me inspirou a escrever sobre a temática da internação prolongada.

Trata-se de uma mulher negra, cujo nome, por razões éticas, não será revelado. Ela era solteira, sem filhos, analfabeta funcional, em situação de vulnerabilidade social e apresentava um quadro de sofrimento psíquico (esquizofrenia). Após sofrer um Acidente Vascular Cerebral (AVC), perdeu a fala e grande parte dos movimentos do corpo, mantendo apenas mobilidade no braço esquerdo e na parte superior do tronco. Em decorrência do agravamento de sua saúde, passou a necessitar de hemodiálise.

No início do tratamento, recebia visitas diárias da irmã ou da sobrinha durante a internação. No entanto, com o passar dos meses, tornou-se cada vez mais difícil obter uma vaga para diálise ambulatorial, devido aos múltiplos fatores sociais e clínicos que a acometiam, como sua condição de acamamento, sofrimento mental e necessidade de TRS. Nesse contexto, as visitas familiares tornaram-se cada vez mais escassas. Após um episódio em que retirou o cateter do pescoço, passou a permanecer em contenção mecânica. Após um ano de internação, em janeiro de 2023, faleceu sozinha em um leito hospitalar.

A experiência vivenciada durante a Residência Multiprofissional em Saúde possibilitou uma imersão profunda nos desafios enfrentados por utentes do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de desospitalização. No atendimento cotidiano, tornou-se evidente que muitas das dificuldades desses indivíduos extrapolavam a esfera da saúde, alcançando dimensões sociais e econômicas que comprometiam a continuidade do cuidado.

O contexto hospitalar revelou, portanto, uma realidade preocupante: utentes que necessitavam de alta médica permaneciam internados por longos períodos devido à ausência de suporte na rede de atenção à saúde e à fragilidade da Política de Assistência Social. Em casos mais críticos, indivíduos que dependiam de cuidados contínuos, como aqueles em tratamento de hemodiálise, enfrentavam obstáculos estruturais e administrativos que colocavam suas vidas

em risco. A falta de acesso a serviços essenciais, aliada à morosidade burocrática e à desarticulação entre os diferentes níveis de atenção, evidenciava uma lacuna na efetivação do princípio da integralidade do SUS.

A desospitalização não pode ser concebida apenas como a liberação de leitos hospitalares, mas como um processo que garanta a continuidade do cuidado e a inserção do utente em uma rede de suporte capaz de assegurar seu direito constitucional à saúde. A transição do cuidado hospitalar para o atendimento domiciliar ou para unidades de menor complexidade deve ser planejada e articulada entre os diferentes serviços de saúde e a rede de proteção social, garantindo que as condições de vulnerabilidade não se tornem barreiras intransponíveis para esses indivíduos.

Entretanto, a desospitalização frequentemente se apresenta sob a perspectiva da liberação de leitos e da redução de custos hospitalares, distanciando-se de seu propósito essencial: a garantia do direito à saúde. Quando conduzido sem um planejamento adequado e sem a devida integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), esse processo pode resultar em abandono terapêutico, negligência e violações de direitos sociais, especialmente para populações vulnerabilizadas (Bianco, 2020).

Diante da falta de acesso a serviços essenciais, muitos utentes recorrem à judicialização da saúde como última alternativa para garantir seus direitos. As demandas judiciais não se restringem ao acesso a serviços de saúde, mas incluem também questões como vagas em abrigos, transporte para tratamentos, exames e internações hospitalares. Tal cenário evidencia um Estado omissor, que negligencia direitos básicos como dignidade, moradia e segurança, comprometendo a efetivação do princípio da integralidade no SUS. Além do rigor acadêmico, esta pesquisa também se configura como uma homenagem a uma utente em sofrimento psíquico que faleceu enquanto aguardava uma vaga para hemodiálise, destacando a urgência do tema.

Sob a perspectiva da determinação social² do processo saúde-doença, que compreende os problemas de saúde como fenômenos históricos e sociais, este estudo tem como objeto central *a integralidade do cuidado no processo de desospitalização como via de garantia do direito à saúde*. A investigação se concentra na abordagem integral da saúde na desospitalização

² A determinação social da saúde é uma concepção que compreende o processo saúde-doença como um processo dialético, sendo, no modo de produção capitalista, uma expressão de contradição e desigualdade. E, nesse sentido, entende como implicados estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Desse modo, adoecer, assim como o acesso à saúde (compreendida em sentido ampliado) e as formas de morrer são expressões individuais e coletivas. Dito de outra forma, a concepção de determinação social da saúde parte do caráter histórico e social dos problemas de saúde e do processo saúde-doença. As determinações sociais compreendem o processo de saúde e doença com vista nas contradições existentes no modo de produção capitalista (Almeida Filho, 2004).

de utentes com internações prolongadas.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os dispositivos públicos utilizados pela equipe multiprofissional, pelas instituições de saúde e pelos próprios utentes para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade do atendimento no processo de desospitalização no serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Para alcançar esse objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar a configuração do processo de desospitalização no serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), analisando sua integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as implicações para a continuidade do cuidado integral;
- b) Identificar as potencialidades e os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional no contexto da desospitalização, considerando as interlocuções intra-hospitalares e extra-hospitalares necessárias para assegurar o atendimento integral aos utentes e seus familiares;
- c) Examinar como ocorre a articulação intersetorial entre o serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), a rede de saúde e as demais políticas públicas, com foco na garantia da continuidade do cuidado e na efetivação do direito à saúde dos utentes e de suas famílias.

A pesquisa se ampara na normativa legal do direito à saúde estabelecida pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que o define como um direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1990). A garantia de acesso aos serviços de saúde,³ enquanto direito, diz respeito ao uso adequado do espaço, dos serviços, da tecnologia e da equipe certa no atendimento em todos os níveis e serviços da rede (Matos, 2014).

No mesmo sentido, a integralidade, conforme prevista no artigo 7º da Lei 8.080/90, estabelece que a atenção à saúde deve ser pautada em um conjunto de ações articuladas, considerando as determinações sociais da saúde e o contexto histórico, social e cultural dos

³ Nakata *et al.* (2020) diferencia o sistema de saúde dos serviços de saúde. De acordo com as autoras (p. 08), “o primeiro é definido como um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados, seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população, cuja configuração é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais. Já o Sistema de Serviços de Saúde pode ser definido como um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente ditas. Desse modo, a expressão “sistema de saúde” é empregada para indicar o conjunto de elementos que impactam de forma mais abrangente o estado de saúde, levando em consideração não apenas as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas também ações que considerem outros determinantes sociais da saúde, ou seja, a organização que indica a necessidade de ações intersetoriais para a manutenção da condição de saúde. Por sua vez, a expressão “serviços de saúde” é empregada para se referir à organização que considera ações e serviços restritos ao setor saúde, ou seja, indica uma organização unisetorial”.

utentes (Lima *et al.*, 2012; Mattos, 2009). A integralidade, de acordo com Mattos (2009), é compreendida como a conexões entre as múltiplas dimensões do cuidado, visando ao atendimento das diferentes necessidades de saúde e à construção de uma visão mais abrangente daqueles que são os “alvos” das políticas públicas.

Apesar dos avanços do SUS, a fragmentação da rede de serviços de saúde compromete a continuidade do cuidado, resultando em superlotação dos hospitais e dificuldades no acesso a serviços essenciais, ou seja, o sistema ainda é caracterizado por uma “rede desarticulada, assimétrica e incompleta de serviços de saúde que operam diferentes tecnologias e que são acessados de maneira desigual pelos utentes” (Belga; Jorge; Silva, 2022, p. 552). Para mitigar esses efeitos, o planejamento da alta segura deve ser iniciado no momento da admissão hospitalar, com a devida orientação aos utentes e seus familiares sobre o tratamento, os cuidados necessários e os serviços disponíveis nos diferentes níveis de atenção à saúde (Belarmino, 2020).

A presente pesquisa busca analisar criticamente os desafios e entraves que permeiam o processo de desospitalização no SUS, investigando como a precarização das políticas públicas afeta a efetivação dos direitos dos utentes. Para isso, examina o contexto da desospitalização de utentes internados por períodos prolongados no setor de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), evidenciando a ausência da integralidade nesse processo e suas implicações para a garantia do direito à saúde.

Ao discutir essas questões, este estudo pretende contribuir para o aprimoramento das práticas e políticas voltadas à desospitalização, promovendo reflexões sobre a necessidade de um cuidado integral, intersetorial e universal à saúde.

A dissertação está organizada da seguinte forma: após esta introdução, apresenta-se o método e os procedimentos metodológicos adotados no estudo. Os resultados são discutidos em três capítulos principais: o primeiro aborda a temática da integralidade e intersetorialidade no SUS, enquanto o segundo e terceiros refletem sobre a desospitalização como um dos caminhos para a integralidade do cuidado. Por fim, a pesquisa se encerra com as considerações finais, nas quais são apresentadas as conclusões e contribuições do estudo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade social, ocupando um lugar central no pensamento teórico. Este, por sua vez, constitui a alma da teoria⁴, sendo uma ferramenta de articulação entre o conteúdo, os pensamentos e a existência (Minayo, 2008). Assim, todo processo investigativo depara-se com a escolha do método, dos procedimentos e dos instrumentos técnicos que darão suporte ao método, concretizando sua aplicação.

De acordo com Minayo (2008), o ser humano sempre almejou desvendar a realidade que se apresenta ao seu redor, buscando na ciência os meios para alcançar tal objetivo. A ciência, portanto, configura-se como o principal instrumento de investigação da realidade concreta. No campo social, a pesquisa social produz conhecimento acerca do objeto de estudo, seja com o intuito de compreender melhor uma determinada realidade, seja com o objetivo de intervir nela. Esse processo exige do pesquisador clareza quanto aos caminhos a serem percorridos e quanto às possibilidades que a pesquisa pode oferecer ao conhecimento científico, sendo os produtos da pesquisa representações provisórias da realidade, as quais tendem a se transformar à medida que a própria realidade social se modifica. Esse processo de produção do conhecimento não é caracterizado pela ausência de questionamentos, mas constitui, ao contrário, o motor que impulsiona o pesquisador a buscar novos dados e teorias sobre o tema (Netto, 2012; Minayo, 2008).

O método é o instrumento para a elucidação da realidade, não sendo uma simples soma de técnicas. Por esse motivo, a escolha do método constitui um problema central na pesquisa, seja nas ciências da natureza, seja nas ciências sociais (Netto, 2012). Para que o método seja eficaz na apreensão da realidade social, é indispensável o emprego do pensamento crítico, a fim de desvendar o que é visível aos sentidos e descobrir conexões entre teoria e empiria.

A partir desse ponto, o presente estudo adota o materialismo histórico-dialético como método analítico. A escolha por esse método deu-se por ele permitir sucessivas aproximações ao objeto de estudo, com o objetivo de aprofundar os conceitos que o envolvem. Trata-se de um método que apreende a realidade em suas múltiplas determinações — compostas por sucessivas contradições que geram novos conceitos e preconceitos — e compreende o sujeito como um ser ativo no processo de pesquisa, permitindo uma relação dialética entre sujeito e objeto.

⁴ A teoria, é para Marx, a reprodução ideal do movimento do objeto pelo pesquisador. Para ele, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura dinâmica da realidade a sua volta e essa reprodução torna-se mais correta à medida que o pesquisador for fiel ao objeto de pesquisa, sendo a teoria o movimento real do objeto transposto para o plano ideal (Netto, 2012).

Reafirmando a contradição existente na realidade social, o método proposto por Marx (Netto, 2012) mostrou-se o mais adequado para o estudo “a integralidade do cuidado no processo de desospitalização como via do direito à saúde”.

A compreensão de que o direito à saúde no capitalismo não é algo natural ou espontâneo, mas sim fruto de manifestações sociais voltadas ao atendimento das necessidades de diferentes sujeitos em distintos contextos históricos, torna o método marxista oportuno. Isso porque a realidade social é viva e dinâmica, e a intenção é que “a realidade apareça com o máximo de sua vivacidade, de sua integridade” (Ianni, 2011, p. 1). Outrossim, o método proposto exige que o pesquisador discorra a partir da realidade concreta. O concreto entra em nossa mente como ponto final, e não como ponto de partida das análises. Assim, o pesquisador interpreta o concreto (objeto de investigação) por meio da abstração (capacidade intelectual), isolando o concreto e abstraindo suas determinações (totalidade), transformando o objeto concreto em abstrato (Netto, 2012). No entanto, a realidade produzida não depende exclusivamente do que se cria nas abstrações.

Ou seja, o materialismo histórico-dialético proporciona o desvelamento da realidade social do sujeito para além do aparente. Assim, para Marx (*apud* Netto, 2012), a realidade deve ser pensada, refletida, questionada, e o pesquisador possui um papel ativo nesse processo investigativo. Dessa forma, utiliza-se de instrumentos e técnicas de pesquisa para apropriar-se do objeto como um todo, sendo essencial a compreensão de sua dinâmica e estrutura (Netto, 2012).

Partindo da perspectiva histórico-dialética, este estudo se fundamenta em três categorias centrais de análise: totalidade, contradição e mediação. Essas categorias são essenciais para a reflexão sobre conceitos-chave que orientam o objetivo da pesquisa, como a integralidade da Rede de Atenção à Saúde, a desospitalização e o direito à saúde.

Sob o viés do materialismo histórico-dialético, este trabalho busca, por meio de uma pesquisa de natureza exploratória, desvendar as contradições que permeiam a política de saúde no Brasil em nome da reprodução do capital. Assim, visa proporcionar uma leitura crítica acerca dos desafios à concretização da integralidade na atenção à saúde e do direito à saúde, frente às pressões neoliberais.

A escolha pelo tipo de pesquisa exploratória deve-se à intenção de proporcionar maior familiaridade com o objeto investigado, contribuindo para a construção e reconstrução do conhecimento no campo científico. A abordagem exploratória é fundamental para o método dialético, considerando que busca apreender as contradições do objeto de estudo dentro da sua historicidade (Lima; Mioto, 2007). Em outras palavras, a relação entre objeto e sujeito permite

que o sujeito se aproxime e se aproprie das características que definem o objeto. Contudo, o conhecimento resultante desse processo não é imutável ou absoluto, encontrando-se em constante metamorfose, conforme as múltiplas determinações dos processos sociais vivenciados pelo sujeito e pelo objeto (Minayo, 2008; Behring e Boschetti, 2017).

Ao abordar teoricamente esses conceitos, construímos o referencial que sustentará a pesquisa. Com base em uma perspectiva teórico-crítica, o estudo busca analisar o processo de desospitalização à luz da integralidade do cuidado e do direito à saúde na área da nefrologia. Pretende-se compreender as complexidades inerentes a esse processo, que envolve a política pública de saúde e suas repercussões na garantia desse direito. Além disso, a pesquisa problematiza os desafios impostos pelos interesses mercantis e privatizantes, frequentemente antagônicos à universalização da saúde.

Esta pesquisa ressalta que a compreensão da desospitalização ultrapassa a simples saída do utente da instituição hospitalar, abrangendo as múltiplas determinações e os encaminhamentos necessários à continuidade do atendimento no pós-alta. Dessa forma, analisar a integralidade do atendimento na rede pública de saúde leva a uma reflexão sobre a totalidade, considerando os processos que envolvem a atenção à saúde. Nesse percurso, o trabalho buscou evitar uma concepção idealista e superficial da realidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, aproximando-se de uma compreensão dialética da essência da realidade por eles apresentada.

Na categoria mediação, essencial à constituição desta pesquisa, estabelecem-se conexões e interconexões entre complexos maiores e menores, com o intuito de compreender os processos históricos e sociais ocorridos na política de saúde. Construir o processo de mediação implica analisar a política de saúde sob diferentes aspectos a ela relacionados, entre os quais se destaca a integralidade do cuidado em saúde. Conforme Marx (2012, p. 256), as complexidades são de natureza simples e concreta, sendo que o simples apresenta baixa complexidade social, enquanto o concreto possui maior complexidade histórica, por representar as relações de produção socialmente desenvolvidas na sociedade. Conforme o autor:

[...]simples são a expressão de relações nas quais o concreto pouco desenvolvido pode ter se realizado sem haver estabelecido ainda a relação ou o relacionamento mais complexo, que se acha expresso. O universo categorial do método em Marx: notas para o debate mentalmente na categoria mais concreta, enquanto o concreto mais desenvolvida conserva a mesma categoria como uma relação subordinada (Marx, 2012, p. 256).

Portanto, ainda conforme Marx (p. 409-410):

O concreto é concreto porque é a concentração de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso, o concreto aparece no pensamento como o processo da

concentração, como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação. [...] No segundo [caminho], as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto por meio do pensamento. [...] O método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo espiritualmente como coisa concreta. Porém isto não é, de nenhum modo, o processo da gênese do próprio concreto.

Para Vieira Pinto (1979), o processo de conhecimento só atinge seu grau mais elevado quando admite a contradição, apreendendo as manifestações da realidade sob a categoria do determinismo contraditório e compondo o sistema lógico que acolhe, manipula e aplica a contradição. Esse sistema é a lógica dialética. A dialética não é um mero aglomerado de contradições, mas sim a compreensão de que um elemento não existe sem o outro, e que cada um carrega em si a essência do oposto, sem deixar de ser o que é, definindo-se, portanto, pela simultaneidade de contradições que se condicionam dentro do mesmo conceito.

Partindo dos pressupostos teórico-críticos que fundamentam este estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa na condução da pesquisa, considerando sua adequação para a análise das relações sociais e dos fatores que influenciam direta ou indiretamente a vida dos indivíduos, os quais não podem ser mensurados ou quantificados (Minayo, 2008). Nesse contexto, foram desenvolvidas tanto a pesquisa bibliográfica quanto a pesquisa empírica.

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo das significações, abrangendo crenças, valores e atitudes — aspectos que correspondem a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos sociais — os quais não podem ser reduzidos à simples operacionalização de variáveis.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir de artigos, livros, teses e dissertações que compõem as categorias definidas para o estudo. Utilizou-se a concepção marxista de política pública de saúde e, para esse fim, foram adotados autores que debatem o tema a partir de uma perspectiva crítico-analítica, como Paim (2008; 2012; 2015), Ayres (2004; 2009), Cecílio (2003; 2006; 2011; 2014) e Mendes (2007; 2011; 2019), os quais dialogam com outros estudiosos que analisam essa temática.

Adicionalmente, foi realizado um estudo sobre políticas sociais, tendo como referencial teórico autores como Behring e Boschetti (2017), Braga (2019), Minayo (1998; 2008), Camila Potyara (2008; 2013) e Potyara Pereira (2006; 2008; 2012; 2014), em articulação com os demais autores citados. No campo das particularidades da integralidade e do direito à saúde, foram destacados autores que se consolidaram como referências centrais na construção do conceito de integralidade como um direito. Entre eles destacam-se Mendes (2007, 2011, 2019), Cecílio (2006, 2011), Cecílio e Merhy (2003), Cecílio *et al.* (2014), Kalichman e Ayres (2016) e Ayres

(2004). O diálogo com esses autores se estabeleceu na trama analítica com outros teóricos que discutem as políticas sociais, a política de saúde e o direito à integralidade do atendimento, sob uma perspectiva analítico-crítica, especialmente fundamentada nos princípios da teoria marxista. Ressalta-se que os autores supracitados contribuem significativamente para a construção histórica do debate sobre a política de saúde no Brasil e sobre a integralidade no Sistema Único de Saúde, sendo considerados referências fundamentais nesse campo.

Quanto à pesquisa documental sobre o tema, foram selecionadas legislações brasileiras que fazem parte do marco legal da estrutura do SUS, entre as quais destacam-se: a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), entre outros instrumentos normativos que fundamentam juridicamente o sistema. Complementarmente, também foram utilizadas normativas emitidas pelo Ministério da Saúde e da SES/DF que versam diretamente sobre o objeto de estudo, dentre as quais se destacam: Política Nacional de Promoção da Saúde; Portaria nº 3.390/2013; Portaria nº 825/ 2016; Portaria nº 389/ 2014; Portaria GM/MS n. 483/ 2010; Política Nacional de Humanização.

No que se refere à pesquisa empírica, foi realizada uma entrevista semiestruturada com três profissionais de saúde do Setor de Nefrologia do HRAN, a saber: um médico, um enfermeiro e um assistente social, identificados pelas cores azul, rosa e amarelo nesta pesquisa. Cabe salientar que, durante a entrevista com o profissional de serviço social, a residente em nefrologia também participou do processo. Inicialmente, o projeto de pesquisa previa a inclusão da profissional de psicologia da unidade entre os entrevistados. No entanto, apesar de três tentativas de contato por meio de aplicativo de mensagens, não houve retorno da profissional. Além disso, foram realizadas entrevistas com quatro utentes – identificados na pesquisa por números de 1 a 4 – em Terapia Renal Substitutiva (TRS), seja por hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP), com tempo de internação variando entre 16 e 44 dias no Setor de Nefrologia do HRAN. Durante as entrevistas, os utentes estavam acompanhados por seus familiares, que, em alguns momentos, participaram das interações.

O roteiro das entrevistas, composto por perguntas semiestruturadas, encontra-se nos Apêndices 1 e 2 e foi aplicado entre os dias 02/11/2024 e 09/11/2024. As entrevistas ocorreram no ambiente hospitalar do HRAN, na clínica de nefrologia localizada no quinto andar da instituição. Elas foram gravadas, com o consentimento prévio dos entrevistados, pela pesquisadora, para posterior descrição e análise das falas. Os resultados foram analisados a partir da transcrição das falas e, posteriormente, organizados em um banco de dados, para melhor visualização. A análise das informações seguiu a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que oferece ferramentas metodológicas voltadas à pesquisa

qualitativa. Foram selecionadas as respostas consideradas mais satisfatórias e representativas para a sistematização dos dados obtidos.

Cabe afirmar que foram assegurados o sigilo e a privacidade dos participantes na elaboração dos resultados da pesquisa, tanto em suas produções técnicas quanto científicas. As análises foram realizadas de forma não nominal, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, bem como da Resolução CONEP nº 510, de 2016 (BRASIL, 2016), que trata das normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética sob o CAAE 80722124.1.0000.5540.

3 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SUS: DESAFIOS NA INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA UM CUIDADO INTEGRAL

A política de saúde no Brasil, profundamente vinculada às transformações sociais e econômicas, configura-se como um campo de disputa que reflete os interesses em jogo entre as classes sociais. Este capítulo explora a política social como um direito fundamental, destacando seu papel histórico na organização da sociedade capitalista e sua evolução no contexto brasileiro.

A trajetória das políticas de saúde será abordada à luz dos avanços e desafios que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), marco constitucional que consagrou o direito universal à saúde. Além disso, serão apresentados os princípios da integralidade e da intersetorialidade, pilares fundamentais do SUS, que buscam articular ações setoriais e integrar as diversas dimensões do cuidado em saúde.

A análise enfoca a superação das práticas fragmentadas, reconhecendo a importância de uma abordagem ampla e integrada para promover a saúde como um direito social. Esse debate é essencial para compreender os limites e as possibilidades do SUS na implementação de práticas assistenciais mais humanizadas e equitativas, alinhadas aos princípios constitucionais, bem como para o desenvolvimento de políticas que assegurem a integralidade do cuidado e a dignidade dos cidadãos.

3.1 Política Social no Capitalismo: breves considerações das suas origens e desafios

As políticas sociais se desenvolveram no modo de produção capitalista a partir da organização política da classe trabalhadora, que pressiona o Estado por melhores condições de sobrevivência e ampliação de direitos. Nessa perspectiva, as políticas sociais se configuram como mecanismos necessários à reprodução da força de trabalho e, conseqüentemente, à reprodução do capital. Assim, o contexto político, econômico, social, histórico e cultural influencia diretamente as configurações assumidas pelas políticas sociais.

Antes de discutirmos a política social, é necessário compreender o termo "política". A política diz respeito à convivência entre os diferentes em sociedades que almejam objetivos comuns (Arendt, 1998). Por se tratar de relações entre desiguais, recorre-se ao Estado como mediador dessas relações, atuando como instrumento de negociação entre as partes, sendo, portanto, uma arena de conflitos de interesses (Camila Potyara, 2008).

A política é tão essencial ao ser social que Arendt (1998) afirma ser por meio dela que o ser humano existe ou se realiza, pois é na luta por direitos iguais que os indivíduos diferentes

garantem sua própria existência. Assim, é necessário desvendarmos o termo "política", bem como seus dois principais significados. Conforme Camila Potyara, “há um sentido mais geral, referente aos temas clássicos da política [...]. Mas há, também, um sentido mais recente e restrito, que se refere às ações do Estado face às demandas e necessidades sociais da sociedade, desde que aquele se tornou crescentemente interventor” (Potyara, C., p. 87, 2008, grifo nosso). Ainda de acordo com a autora, a política social, na atualidade, refere-se “[...] ao processo de desenvolvimento e implementação de medidas geridas pelo Estado e demandadas pela sociedade como direitos devidos para suprir necessidades sociais e promover o bem-estar dos cidadãos [...]” (Potyara, C., 2013, p. 67).

De acordo com Piana (2009) e Behring e Boschetti (2017), não é possível definir o momento exato em que surgiram as primeiras políticas sociais como fruto dos processos sociais. Contudo, pode-se afirmar que sua gênese está associada ao desenvolvimento do capitalismo, à Revolução Industrial, às lutas de classes e ao avanço da intervenção do Estado na economia. Nesse sentido, as políticas sociais têm se constituído como mecanismos de mediação entre as classes sociais e o Estado, conforme a dinâmica da correlação de forças, promovendo a subsistência necessária à classe trabalhadora para que esta possa vender sua força de trabalho e contribuir com a acumulação capitalista. Logo, a análise e a compreensão do surgimento da política social perpassam pelo processo de acumulação capitalista e pela luta de classes, tendo o Estado como mediador dos conflitos sociais (Marx, 2012).

Apesar de a teoria marxista não elucidar diretamente as políticas sociais, Marx, em suas análises, debruçou-se sobre as desigualdades sociais, relacionando-as ao controle e à manutenção de um proletariado indigente e de um exército industrial de reserva, ambos submetidos à exploração pela burguesia. Essa estrutura configura a base de sustentação do sistema capitalista e constitui o cenário no qual surgiram as primeiras formas de políticas sociais (Potyara, C., 2013). Esse contexto histórico de pauperização e luta de classes corrobora a gênese das políticas sociais, quando as situamos no seio do capitalismo embrionário e de sua evolução histórica. O proletariado, ao se organizar politicamente diante da exploração e da precarização das condições de vida e de trabalho, passa a questionar o desenvolvimento do sistema capitalista e a evidenciar as desigualdades sociais — mais tarde formalizadas como questão social⁵ (Braga, 2019). A questão social pode ser compreendida como as expressões do processo de formação e

⁵ A concepção de questão social mais aceita e difundida é de Carvalho e Yamamoto, (2005, p.77): “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

desenvolvimento da classe operária e sua inserção no cenário político da sociedade, demandando reconhecimento enquanto classe, tanto por parte do empresariado quanto do Estado. Trata-se de uma manifestação cotidiana da contradição entre proletariado e burguesia, que exige formas de intervenção que vão além da caridade e da repressão (Iamamoto e Carvalho, 2005).

Behring e Boschetti (2017) alertam para o fato de que, ao analisarmos as ações do Estado — as políticas sociais — sob a vertente do marxismo, devemos levar em consideração quatro pontos fundamentais: o processo histórico, político, econômico e cultural no qual essas políticas foram criadas.

[...] políticas sociais devem considerar suas múltiplas causalidades, as conexões internas as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social as expressões da questão social. Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. [...]. Do ponto de vista político, preocupasse em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais [...]. (Behring e Boschetti 2017, p. 56-57)

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, a análise das políticas sociais, sob a perspectiva dialética, perpassa, essencialmente, pelo surgimento e desenvolvimento do sistema capitalista de produção, bem como pelo papel do Estado na regulamentação e implementação dessas políticas como instrumento de apaziguamento dos conflitos entre as classes sociais. Ou seja, para se analisar as políticas sociais, é necessário considerar três elementos fundamentais: Estado, classe social e capitalismo.

Wood (2015), na obra *O Império do Capital*, afirma que, para a manutenção e expansão desse sistema, é necessário que as relações desiguais sejam, ao mesmo tempo, estimuladas e controladas.

A criação de transformações sociais [...] tem sido uma função importante do imperialismo capitalista desde seu início, e o Estado-nação, o instrumento indispensável. [...] como a classe capitalista não precisam de comando político direto sobre trabalhadores sem propriedade, os impérios capitalistas podem se valer de pressões econômicas para explorar sociedades subordinadas (Wood, 2015, p. 28)

Como podemos observar, o Estado exerce um papel fundamental na exploração da classe trabalhadora e na expansão do capitalismo. Esse processo seria inviável sem a conivência e o suporte do próprio Estado. Dessa maneira, o modo de produção capitalista se expande de forma ordenada e coordenada, criando condições não apenas para sua coexistência com outras

formas sociais, mas, sobretudo, para sua contínua reprodução. Segundo Mandel (1982, p. 14-15):

O modo de produção capitalista não se desenvolve em um vácuo, mas no âmbito de estruturas socioeconômicas específicas, caracterizada por diferenças de grande importância [...] O sistema capitalista é, em seu grau considerável, precisamente, uma função da validade universal da lei de desenvolvimento desigual e combinado. [...]

Ou seja, o sistema de acumulação capitalista cria e reproduz as desigualdades sociais com o objetivo de manter seu próprio ciclo de acumulação. Diante das contradições inerentes a esse processo, o capitalismo encontra no Estado seu principal aliado para viabilizar a reprodução do capital e apaziguar os ânimos da classe trabalhadora (Osório, 2014). No entanto, o Estado não poderia cumprir essa função de forma explícita; assim, enquanto garante os meios necessários para a exploração da força de trabalho, precisa também manter os trabalhadores apaziguados e vivos, assegurando ao capital o que Marx denominou de exército industrial de reserva. Esse malabarismo — favorecer a classe capitalista ao mesmo tempo que assegura à classe trabalhadora o mínimo necessário à sua sobrevivência — tem sido uma função vital do Estado desde a origem do capitalismo (Wood, 2015, p. 26).

Diante do quadro de exploração das classes não capitalistas e da omissão do Estado na regulação da vida social, a classe trabalhadora se organiza para reivindicar melhores condições de vida e de trabalho, dando origem às lutas de classe. É justamente por meio dessas lutas que emergem as políticas sociais, como respostas às necessidades sociais e também como instrumento de manutenção da ordem capitalista. Essas políticas se apresentam como mecanismos de regulação dos conflitos de classe, mas não com a intenção de resolvê-los, uma vez que a superação desses conflitos demandaria, antes de tudo, a extinção do atual sistema de reprodução do capital (Behring e Boschetti, 2017).

Corroborando com esse pensamento, Netto (2011) afirma que não é possível estudar as políticas sociais sem compreender a ordem social capitalista, pois é a partir da dinâmica do capitalismo que surgem as primeiras políticas sociais como forma de sustentar o desenvolvimento do capital. Para o autor, entender as políticas sociais exige compreender dois fenômenos a elas intrinsecamente ligados: a participação do Estado na reprodução do capital e a dinâmica da luta de classes. Assim, o comprometimento do Estado com o capital, especialmente em sua fase monopolista, exigiu que o aparelho estatal desenvolvesse mecanismos capazes de absorver os conflitos entre as classes e minimizar os prejuízos ao capital provocados pelas manifestações e mobilizações dos trabalhadores.

Por outro lado, o Estado necessita manter sua legitimidade política e, para isso, incorpora mecanismos sociopolíticos por meio da institucionalização de direitos sociais, garantindo, mais uma vez, a reprodução do capital. É nesse cenário de tensão entre as classes que o Estado assume para si a responsabilidade de enfrentar a questão social por meio das políticas sociais. Ressalta-se que tais políticas não são frutos da generosidade da classe capitalista nem do Estado, mas sim conquistas das lutas da classe trabalhadora e de sua capacidade de mobilização. Portanto, não são iniciativas espontâneas do Estado, mas consequências diretas das pressões sociais (Netto, 2011).

[...] não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde por antecipações estratégicas. Entretanto, a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos. (Netto 2011, p. 29).

Corroborando com as análises de Netto (2011), Ribeiro (2014, p. 34) afirma que:

Somente a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica, que a questão social aparece como alvo das políticas sociais, tanto pelas características do novo ordenamento econômico quanto pela necessidade de legitimação política do Estado burguês.

Através da política social, o Estado no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da questão social de forma a atender às suas demandas. Nessa lógica, a política social tem como função a reprodução e o controle da força de trabalho, porém de forma fragmentada, pois não se coloca em xeque a ordem burguesa.

Como podemos observar a partir das citações mencionadas, as políticas sociais emergem da mobilização da classe trabalhadora na reivindicação por melhores condições de vida e trabalho. É dentro do cenário de luta de classes que o século XX se caracteriza por uma série de ajustes econômicos, sociais e trabalhistas em favor da consolidação do capitalismo. Entre os "malabarismos" realizados pelo Estado para controlar as lutas de classe e manter a ordem social, destacam-se o surgimento do *Welfare State*, os ajustes neoliberais e a consequente decadência da proteção social — marcada, de um lado, pelo enfraquecimento dos direitos sociais e, de outro, pela sua progressiva privatização. Nesse processo, os trabalhadores presenciaram o nascimento da seguridade social, com a ampliação de serviços básicos em diversas áreas da vida social, ao mesmo tempo em que houve aumento da carga tributária (Machado, R., 2006).

No que se refere ao Brasil, o país nunca experienciou, de fato, um Estado de bem-estar social. Nesse sentido, a política social brasileira se caracteriza por um Estado mínimo, com ajustes estruturais voltados a ações focalizadas, descentralizadas e com crescente participação

do setor privado. Essa lógica transfere ao terceiro setor parte significativa das responsabilidades pelas garantias sociais. Ressalta-se que as políticas sociais estão diretamente relacionadas às necessidades básicas de sobrevivência frente ao modo de produção e acumulação capitalista, configurando-se, portanto, como instrumentos de mediação entre interesses antagônicos (Machado, R., 2006).

Segundo Marx (1996), o Estado atua no sentido de garantir que as necessidades dos mais pobres sejam reduzidas ao mínimo necessário para a subsistência e para o cumprimento das exigências mecânicas do trabalho. Assegura-se, assim, que o trabalhador não morra, mas que tenha condições mínimas para a reprodução de sua força de trabalho. Nesse contexto, a política social assume o caráter de regulamentação da classe trabalhadora, com o objetivo de evitar conflitos entre as classes sociais — revelando-se, portanto, como um fenômeno intrinsecamente contraditório.

De acordo com R. Machado (2006), as políticas sociais visam à manutenção da força de trabalho para a satisfação das demandas do capital. Embora a classe trabalhadora seja minimamente atendida em suas reivindicações, o Estado preserva o antagonismo de classes com o propósito de servir aos interesses do capital, transformando o direito ao trabalho e à proteção social em formas de capital privado e lucrativo (p. 28). Dessa maneira, o capital — detentor do poder estatal — utiliza todos os recursos disponíveis, como a educação e a mídia, para manter a alienação da classe trabalhadora. Assim, as políticas sociais não representam necessariamente uma conquista evolutiva da classe trabalhadora, mas antes, a imagem de um Estado "benevolente", que atua no controle dos antagonismos de classe.

Do mesmo modo, Costa (2006, p. 51) assevera,

Com a aplicação dos direitos políticos, com a luta de segmentos organizados das classes trabalhadoras, o Estado capitalista passou a operar com duas determinações centrais, a busca de legitimidade - que torna imprescindível a divulgação ideológica de que os objetivos centrais de toda organização produtiva e regulação social são voltados para o bem comum, sendo o Estado o centro do processo de organização e ordenamento da sociedade, e a necessidade da acumulação, fonte de todo dinamismo da economia e das receitas de que o Estado poderá dispor via tributação.

Portanto, as políticas sociais decorrem do Estado moderno, no qual a sociedade reivindica para si determinados direitos por meio de consentimento social e político (Silva Jacques, 2022). Foi através da organização e mobilização da classe trabalhadora — que exigiu do Estado o reconhecimento das mazelas sociais geradas e perpetuadas pelo sistema capitalista — que surgiram as primeiras formas de políticas sociais. No pós-guerra, essas reivindicações resultaram em mudanças significativas nos textos constitucionais de diversos países. No Brasil,

o reconhecimento de demandas sociais como saúde, educação, lazer e moradia como direitos fundamentais foi consagrado constitucionalmente em 1988, num contexto de redemocratização após o período da ditadura militar.

As políticas sociais, nesse sentido, configuram-se como instrumentos utilizados pelo Estado para efetivar, legitimar e naturalizar a exploração e a dominação de classe nos níveis jurídico, político, ideológico e na própria infraestrutura socioeconômica do sistema capitalista. Elas correspondem aos interesses do capital ao maximizar sua hegemonia, determinando como e quando essas políticas serão ofertadas, conforme os interesses de mercado. Isso ocorre por meio da regulação das estruturas produtivas, da privatização de empresas públicas e do desmonte das leis trabalhistas (Andrade, 2015).

Com o avanço das ações neoliberais a partir da década de 1990, em meio ao retorno da democracia brasileira, o Estado passou a atuar de forma cada vez mais restrita, promovendo ajustes econômicos e a redução da máquina pública, o que implicou na privatização de empresas e no rebaixamento dos direitos sociais. Nesse cenário, as políticas públicas passaram a assumir um caráter focalizado e fragmentado, com a redução de direitos sob a justificativa da crise do capital. Dessa forma, os direitos sociais foram transformados em ações pontuais e compensatórias, direcionadas a mitigar os efeitos da crise estatal (Behring e Boschetti, 2017).

Sob a hegemonia neoliberal, Montañó (2004) identifica três formas de tratamento das sequelas da questão social: (1) a precarização das políticas públicas, com foco em públicos extremamente vulneráveis; (2) a privatização e re-mercantilização dos serviços sociais, aliadas à re-filantropização das respostas estatais; e (3) a desresponsabilização do Estado na oferta de políticas sociais, transferindo tal responsabilidade à sociedade civil e ao terceiro setor. Esse processo elimina a lógica do direito, substituindo-a por uma perspectiva assistencialista e paliativa.

Nesse contexto, problemas como a desigualdade social e regional, a precarização e insegurança nas relações de trabalho e a concentração de renda são decorrentes diretas da reforma e modernização do Estado sob orientação neoliberal. Segundo Guilherme e Nogueira (2016), os governos pós-Collor adotaram, de forma recorrente, políticas imediatistas pautadas na redução do financiamento público. O próprio crescimento do mercado impulsionava a retração do Estado nas áreas da saúde, educação, assistência social, segurança, entre outras.

Paralelamente aos ideais neoliberais de Estado mínimo, os direitos sociais passaram a abarcar novos sujeitos políticos — como idosos, crianças, pessoas com deficiência, mulheres — que, conforme Potyara Pereira, passaram a ocupar espaços de intervenção e reivindicação, pressionando o Estado por políticas que atendam suas necessidades específicas (Pereira, 2009).

O Brasil constitui um campo de tensão entre os interesses das classes sociais, especialmente no desafio de instituir mecanismos capazes de atender às demandas sociais num cenário em que a efetividade das políticas sociais é frequentemente questionada. Isso se deve à dissociação entre os dispositivos legais previstos na Constituição Federal de 1988 e a realidade do acesso da população a esses direitos (Guilherme e Nogueira, 2016). Apesar dos avanços recentes, destaca-se o aumento da participação popular — sobretudo das camadas mais populares — na exigência de maior atenção do Estado para os problemas sociais e na consolidação de políticas públicas mais democráticas.

Nesse contexto, são relevantes as contribuições de Potyara Pereira (2009), ao destacar que os conceitos de políticas sociais e políticas públicas são indispensáveis para a problematização dos direitos de cidadania, concebidos como acesso efetivo aos direitos sociais, guiados pelos princípios da igualdade, sem, no entanto, desvincularem-se do princípio da liberdade. Trata-se da valorização da luta pelos direitos e conquistas sociais. Da mesma forma, a trajetória da política de saúde, enquanto política pública e direito social, é marcada por lutas entre interesses antagônicos, tendo o Estado como mediador entre os interesses do setor público e do setor privado.

3.2 Reflexões Sobre a Trajetória do SUS

A história da política de saúde no Brasil é marcada por mediações conflituosas entre os setores público e privado, com recorrente sobreposição dos interesses do mercado. Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde era restrito aos trabalhadores formais vinculados à Previdência Social. Diversos estudos abordaram a trajetória da política de saúde no país, entre os quais se destacam as contribuições de Giovanella *et al.* (2012) e Paim (2015). Considerando o objeto de estudo, a análise será situada nos marcos fundamentais para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no movimento da Reforma Sanitária e no marco constitucional de 1988, período essencial que consagrou o direito universal à saúde e viabilizou a criação do SUS, tornando-se referência central para o debate proposto.

A conquista do SUS está diretamente relacionada ao Movimento da Reforma Sanitária, que, durante a década de 1970 — em pleno regime civil-militar —, visava transformar profundamente a política de saúde no Brasil (Bianco, 2020). Esse período foi marcado pelo agravamento das desigualdades estruturais da sociedade. A ditadura implementou uma política de “repressão-assistência”, ampliando a burocratização e a regulação social ao mesmo tempo que favorecia a acumulação de capital. No setor da saúde, ocorreu uma intensa medicalização da vida social, a qual conferiu à saúde características mercantilizadas. Assistiu-se ao declínio

da saúde pública e ao fortalecimento da medicina previdenciária, que, à época, atendia a quase toda a população urbana e, posteriormente, também passou a abranger a população rural.

As práticas médicas desse período eram predominantemente assistencialistas, curativas, individualizadas e voltadas à geração de lucro, articulando-se com grandes indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (Bravo, 2009). A saúde pública, por sua vez, recebia escassos recursos e era incapaz de atender às necessidades da população que não contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Paim, 2015).

Com o agravamento da precarização dos serviços públicos de saúde, cresceu, segundo Bravo (2009), a insatisfação de estudantes e profissionais da área, os quais iniciaram manifestações em prol da melhoria na qualidade do atendimento e da implementação de políticas de saúde mais humanizadas. Esses conflitos desencadearam diversas mobilizações e movimentos sociais, entre eles o Movimento da Reforma Sanitária, que viria a influenciar significativamente o texto constitucional brasileiro na área da saúde, introduzindo novos conceitos como ações preventivas e o reconhecimento das determinações sociais da saúde.

De acordo com Paim (2012), a expressão "Reforma Sanitária" passou a ganhar destaque no Brasil em 1973, a partir de um artigo sobre a gênese da medicina previdenciária no ensino médico, de autoria do Dr. Guilherme R. Silva.

De acordo com Paim (2012), a expressão "Reforma Sanitária" passou a ganhar destaque no Brasil em 1973, a partir de artigo sobre a gênese da medicina previdenciária no ensino médico, de autoria do Dr. Guilherme R. Silva. Nesse texto, o autor discutia o sanitarismo desenvolvido na Inglaterra no século XIX e o comparava aos movimentos de medicina social na Alemanha e França. Entretanto, um dos documentos que mais ressoou com o espírito da reforma sanitária no Brasil foi o relatório da Conferência de Alma-Ata, realizado em 1978 na então URSS (atual Cazaquistão). Essa conferência destacou a urgência de ações coletivas por parte dos governos para a promoção da saúde dos povos, sendo reconhecida internacionalmente como um marco para mudanças estruturais no setor de saúde (Alma-Ata, 1978).

Paralelamente à Declaração de Alma-Ata, intensificava-se no Brasil a dicotomia entre os modelos público e privado de atenção à saúde. Apesar das necessidades urgentes de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o regime civil-militar priorizou a saúde previdenciária, de caráter curativo e privatista, em detrimento da saúde pública e preventiva. Para Pozzer (2017), essa bipartição entre as duas propostas de atenção à saúde evidenciava a inviabilidade de qualquer interlocução entre os setores público e privado. Segundo Polignano (2001, p. 16, *grifo nosso*):

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública proposta, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Concluindo podemos afirmar que o Ministério da Saúde se tornou muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

É nesse cenário de direitos privatizados e de liderança governamental militar que surge a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), fruto de um movimento popular protagonizado por estudantes, professores e profissionais de saúde, que denunciavam a necessidade urgente de transformações na saúde pública. Os movimentos sociais reivindicavam a democratização da saúde, do Estado e da sociedade como um todo.

Com o processo de redemocratização e, especialmente, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento passou a ser conhecido como “Reforma Sanitária” (Paim, 2012). Segundo o autor, trata-se de um conjunto articulado de ações por mudanças conduzidas pela sociedade civil, que extrapolam os limites do setor da saúde. Esse processo teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, quando foram debatidos temas centrais como: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Conforme o relatório:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira. Exige-se uma reformulação mais profunda do conceito saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária (Brasil, 1986, p. 10).

O relatório final do evento, publicado no mesmo ano, definiu a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde como um sistema único, representando a construção de um novo arcabouço institucional, com a separação definitiva entre saúde e previdência, por meio de uma reforma profunda do sistema. Nesse contexto, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a consagração do movimento da Reforma Sanitária deu-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, resultando, enfim, na universalização do direito à saúde, oficializada pela CF/88 e implantada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as conquistas promovidas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), destacam-se, de forma sucinta: a universalização do acesso à saúde; a definição clara do dever do Estado e da função complementar da iniciativa privada na saúde; a formalização dos Conselhos de Saúde como instâncias do SUS; e a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (Pozzer, 2017).

Assim, a saúde passou a ser regulamentada pela Lei nº 8.080, de 1990, que normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 7º da referida lei, no âmbito da Ordem Social, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação conforme o documento:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar. (Brasil, 1990)

Como podemos perceber, a concepção do Sistema de Saúde no Brasil está fundamentada na formulação de políticas voltadas às necessidades da população, numa tentativa de resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social — especialmente no campo da saúde coletiva —, consolidando os direitos de cidadania (Polignano, 2001). Historicamente, a saúde pública enfrentou as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional nas instâncias decisórias do governo, que sempre manteve os recursos destinados ao setor em patamares insuficientes (Mendes, 2011).

Para Faleiros *et al.* (2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma obra-prima inacabada, ainda dependente de seus mecanismos estruturais e da ideologia original de luta proposta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Sua trajetória é marcada, simultaneamente, pelo protagonismo dos movimentos sociais e pelos conflitos fundacionais que o moldaram como um modelo contra hegemônico.

Apesar de adquirir um caráter universal, integrando todos os setores sociais e articulando-se com as políticas públicas de Assistência Social e Previdência, o SUS ainda convive com um projeto de viés privatista, que mantém a assistência complementar do setor privado ao público. Mesmo com os avanços obtidos com a redemocratização, a saúde pública continuou sendo alvo de investidas neoliberais e de processos de privatização (Ribeiro, 2014; Costa Filho, 2017).

Conforme evidenciado nos pontos acima, a herança de práticas assistencialistas, hospitalocêntricas e majoritariamente biomédicas, predominantes antes da criação do SUS, não apenas persiste, como condiciona o funcionamento atual do sistema. Entre as práticas que ainda conformam o modelo de saúde pós-Constituição de 1988, destacam-se a fragmentação das ações em saúde e o distanciamento em relação às determinações sociais do processo saúde-doença.

Desde a década de 1990, três estratégias têm sido utilizadas pelos governos: (1) a desvalorização da gestão pública tradicional; (2) a redução do financiamento da saúde, fortalecendo projetos conservadores e reconfigurando a agenda privatista; e (3) a centralização da compra de serviços de saúde, dissociada das diretrizes estabelecidas pela RSB e desvirtuada dos princípios fundantes do SUS (Moraes, 2020).

O primeiro governo democraticamente eleito após a ditadura, o de Fernando Collor de Mello (1990-1992), foi marcado por escândalos de corrupção, incompetência político-administrativa, opacidade nas negociações, aumento da desigualdade social e agravamento da miséria (Paim, 2008). Seu sucessor, Itamar Franco (1992-1994), promoveu alguns avanços no sentido de retomar a doutrina do SUS, nomeando aliados da RSB para cargos estratégicos. Nesse período, extinguiu-se o INAMPS e iniciaram-se negociações com movimentos sociais, além de avanços em temas como a reforma psiquiátrica, a criação dos medicamentos genéricos, o Programa Saúde da Família, a regulação do setor médico suplementar e o Decreto nº 1.232/94, que regulamenta o ressarcimento ao SUS por atendimentos realizados em unidades públicas a utente de planos privados (Paim, 2008; Moraes, 2020).

Contudo, os ajustes macroeconômicos levaram à criação do Fundo Social de Emergência, oficialmente voltado para a saúde, educação e previdência, mas, na prática, utilizado para cobrir despesas administrativas e pessoais.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC, 1995-2002), a política de saúde foi moldada sob os pilares da contrarreforma do Estado, representando um retrocesso frente às conquistas obtidas com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Entre os projetos implementados, destacam-se os ajustes macroeconômicos e a reforma administrativa do Estado, que intensificaram as desigualdades sociais. De acordo com Potyara Pereira (2012, p. 743):

Ao privilegiar, as políticas monetárias, cambiais e fiscais implícita no seu Plano Real, em detrimento de uma política econômica socialmente referenciada, cedo o Brasil voltou a ostentar elevados índices de desemprego formal, de achatamento dos salários, de aumento da carga tributária, de privatização do patrimônio público, de desfinanciamento das políticas sociais, de repúdio à política de assistência social. [...] intento de reduzir a Seguridade Social.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi marcado por políticas monetárias rígidas e por um intenso processo de privatização de empresas públicas. Essa forma de conduzir as políticas públicas estava ancorada nos princípios do neoliberalismo, priorizando a proteção do capital e promovendo a redução dos investimentos em áreas sociais. No campo da saúde, o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS) levou trabalhadores com melhores condições socioeconômicas a migrarem para seguros e planos de saúde privados (Paim, 2008).

Sob a lógica neoliberal, dois projetos distintos passaram a coexistir dentro do SUS: de um lado, a universalização do acesso à saúde — princípio normativo garantido pela Constituição — e, de outro, um SUS voltado apenas aos mais vulneráveis, caracterizado por ações marcadas pelo clientelismo e pela burocracia (Paim, 2008). Com isso, consolidou-se o imaginário de que o setor público é destinado àqueles que não têm condições de acessar os serviços privados.

O SUS para o pobre reflete uma ideia de que saúde pública é coisa para pobre e para quem não tem nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve. Assim, prevalece a concepção de um sistema de proteção social residual, baseado na assistência dos que não podem resolver seus problemas no mercado. Bastaria, assim, uma medicina simplificada para gente simples (Paim 2015, p. 73).

Para que o crescimento dos seguros de saúde continuasse em ascensão, era necessário que o SUS sofresse com uma política de ajustes macroeconômicos que burocratizava o acesso e sucateava o atendimento à população. Esse cenário ampliava os setores privados e

descentralizava a responsabilidade estatal para o terceiro setor, conforme as recomendações do Banco Mundial (Paim, 2008).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/91, 93 e 96) trouxe grandes avanços ao SUS, especialmente na integração das ações nas três esferas governamentais, promovendo a descentralização político-administrativa para estados e municípios. No segundo mandato do governo FHC, houve a implementação do Piso da Atenção Básica, como estratégia para ampliar o acesso da população à saúde básica. Com a NOB-SUS/2001, foram estabelecidos avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento "do processo de programação integrada, a implementação das centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, e a organização de consórcios intermunicipais" (Pozzer, 2017, p. 74).

Apesar de todos os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, a Atenção Primária à Saúde conseguiu se destacar por meio de avanços significativos no setor público, diferentemente do setor privado, que concentra a maior parte dos serviços de média e alta complexidade (Pozzer, 2017). Assim, nos dois mandatos do governo FHC, foram criadas ações centradas na família, como o Programa Saúde da Família, e programas voltados para a saúde da mulher e da criança. Contudo, não houve a materialização do SUS idealizado pela Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2008).

Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2006), reacendeu-se a esperança de que as conquistas sociais pudessem ser efetivadas por meio de um governo democrático-popular. Contudo, aspectos de continuidade dos ajustes neoliberais do governo anterior contrastavam com o novo governo, mantendo retrocessos em alguns direitos trabalhistas e políticas sociais focalizadas, assistencialistas e excludentes, na contramão do direito social. Segundo Bravo e Menezes (2013, p. 12):

A recém-criada Seguridade Social – uma conquista no âmbito da formação de um sistema de proteção social no Brasil ainda que limitado – é derruída pelos sucessivos governos neoliberais desde Fernando Collor de Melo, aprofundando-se com os governos de FHC e persistindo nos governos de Lula da Silva.

Apesar de algumas inovações, "a agenda da estabilidade fiscal é muito forte e, consequentemente, os investimentos são muito reduzidos, não apontando na direção de um outro projeto para o país" (Bravo e Menezes, 2013, p. 17). A hegemonia neoliberal continuou repercutindo em vários aspectos, com uma lógica centrada no mercado, enfraquecendo os direitos sociais em favor do capital. De acordo com Borges *et al.* (2012), a crise de 2008 foi uma, entre outras, evidência da economia de crise gerada pelo capital financeiro.

Se, por um lado, os direitos sociais estão ancorados no tripé da Seguridade Social — Previdência, Assistência Social e Saúde —, por outro, a ideologia neoliberal propõe seu próprio tripé: Liberalização, Privatização e Desregulamentação, com o objetivo de abrir caminho para que grandes corporações financeiras realizem operações de elevado risco, utilizando recursos da sociedade sob a lógica da autogestão e da suposta "sabedoria" de mercado.

No que se refere à política de saúde, as autoras apontam que "tem-se percebido a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. Em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo" (Bravo e Menezes, 2013, p. 17). A análise que Bravo e Menezes fazem do período em que o Partido dos Trabalhadores (PT) esteve no governo federal (2003-2016) indica a continuidade da disputa entre o projeto privatista e o projeto do SUS.

Durante os dois primeiros mandatos do governo Lula (2003–2010), seguidos pelos mandatos de Dilma Rousseff (2011–2016), o governo enfatizou propostas alinhadas à Reforma Sanitária. Contudo, essas propostas careceram da mobilização política e do financiamento substancial necessários para sua efetiva implementação. Em relação ao movimento da Reforma Sanitária, as autoras destacam que, a partir de 2008, houve uma flexibilização do seu referencial teórico. Segundo Paim (2008), diante da política econômica vigente, o governo Lula maleabilizou os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), incrementando-a de forma conservadora e vinculando suas propostas ao projeto privatista. Logo,

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos de 1990 – continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado (Bravo e Menezes, 2013 p. 21).

Destarte, entre os anos de 2003 e 2008, segundo Machado, Baptista e Nogueira (2011), as prioridades do governo no campo da saúde foram: a manutenção da Saúde da Família como prioridade na agenda governamental, com expressivo aumento de investimentos, incluindo a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o Programa Brasil Sorridente, levando tratamento odontológico com porta de entrada na atenção primária; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com atendimento pré-hospitalar móvel para a melhoria dos atendimentos de urgência e emergência médica, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências; o programa Farmácia Popular, que proporciona medicamentos de baixo custo à população; o fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários com o SUS; e o Programa Mais Saúde.

O governo no período também incrementou ações para o avanço da Atenção Básica de Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família, com aumento substancial de equipes em 57% (Freitas, 2007); ampliação dos recursos do Piso da Atenção Básica; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fortalecendo a reforma psiquiátrica e promovendo a desospitalização de pessoas em sofrimento psíquico através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; e fortalecimento de ações de humanização no atendimento em saúde. Além disso, houve a promoção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a ampliação de ações de saúde voltadas para minorias raciais (Menicucci, 2011).

Nos dois mandatos de Lula (2003–2010), destaca-se também a pactuação em defesa da Saúde e do SUS como estratégia de mobilização social, visando a um financiamento compatível com as demandas de saúde, o que levou à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, referente ao Pacto pela Gestão do SUS, definindo as responsabilidades de cada esfera de governo.

Dando continuidade ao projeto político do Partido dos Trabalhadores, Dilma Rousseff assumiu a presidência da República entre 2011 e 2016, tornando-se a primeira mulher a ocupar o mais alto cargo do Executivo brasileiro. Em seu governo, não ocorreram mudanças substanciais em relação ao governo anterior. Dilma manteve o ideário do “SUS possível” por meio de políticas neoliberais. No malabarismo entre as propostas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o neoliberalismo, ora adotava medidas para melhorar a qualidade do atendimento à população, ora priorizava o desenvolvimento nacional através do fortalecimento de empresas privadas e organizações sociais (Moraes, 2020).

No campo social, Dilma lançou o programa Brasil Sem Miséria, rebaixando formalmente os critérios para definição de pobreza e miséria, o que, estatisticamente, reduziu o número de pobres e miseráveis no país (Pereira, P., 2012). Seguindo as orientações do Banco Mundial, o governo de Dilma caminhou segundo a lógica neoliberal, que propunha o fim da universalização da política de saúde, exemplificado pelo financiamento do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Assim, a privatização progressiva do SUS passou a integrar as exigências do sistema capitalista, visando ampliar os lucros da classe dominante, mesmo à custa do sucateamento da saúde pública (Bravo e Menezes, 2013).

Entre as conquistas na área da saúde destacam-se: a Emenda Constitucional nº 29, que prevê a destinação de no mínimo 15% da arrecadação dos municípios para a saúde; o Programa Mais Médicos, com o objetivo de suprir a falta de médicos em áreas carentes; a Rede Cegonha,

voltada para a saúde da criança e da mulher; a ampliação do Programa Aqui Tem Farmácia Popular para o tratamento de diabetes e hipertensão; a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); o programa Melhor em Casa, que visa à segurança hospitalar no domicílio; o projeto SOS Emergência; e o enfrentamento de endemias como a dengue, o combate às drogas e o fortalecimento da luta antimanicomial.

A análise do governo Dilma na área da saúde aponta que, apesar dos avanços em diversos pontos, com importantes ações de humanização do atendimento e aumento da oferta de serviços especializados, não houve rompimento com a lógica do Banco Mundial, caracterizada pela adoção de políticas e programas focalizados, parcerias com o setor privado e cooptação dos movimentos sociais (Moraes, 2020).

Com o golpe parlamentar de 2016 e a ascensão de Michel Temer (2016-2018) à presidência, houve um acirramento do sucateamento do setor saúde. Para o novo governo, as políticas sociais universais eram consideradas inviáveis para o orçamento público e responsáveis pela crise fiscal, defendendo a focalização das ações sociais na população em extrema pobreza, através de ações pontuais e seletivas. Segundo Reis *et al.* (2016), durante o biênio do governo Temer, o setor da saúde sofreu a maior ameaça em três décadas, com medidas que atendiam aos interesses do setor privado e promoviam o desmonte das políticas sociais.

Entre as medidas mais prejudiciais, destaca-se a Emenda Constitucional (EC 95/2016), que instituiu o “Novo Regime Fiscal”, estabelecendo um teto para os gastos públicos federais por um período de 20 anos, destinando às políticas sociais um dos menores orçamentos da história. Essa medida compromete seriamente a garantia dos direitos sociais, especialmente o direito à saúde. O congelamento de gastos poderá resultar, a longo prazo, no subfinanciamento e desfinanciamento de áreas essenciais como saúde e educação. No campo da saúde, a medida impactará principalmente a atenção básica, afetando exames, cirurgias, medicamentos e procedimentos eletivos. Mais uma vez, o sucateamento da coisa pública⁶ atingirá a classe trabalhadora e beneficiará a iniciativa privada (CNS, 2016).

Em resumo, Paim (2008) exemplifica a atuação do Estado como superficial e sem comprometimento efetivo com a saúde pública ou com a Reforma Sanitária:

[...]fazer um pouco mais do mesmo nos âmbitos setorial e institucional. Nada de controle dos “planos de saúde”, nada sobre financiamento e investimentos, nada de trabalhadores de saúde, nada de vigilância sanitária, nada de proteção à saúde, nada de prevenção de doenças e riscos (exceto DST), nada de determinantes sociais da saúde, nada de ação intersetorial, nada de promoção da saúde, nada de “totalidade de

⁶ De acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) o termo “coisa pública” refere-se a tudo o que existe na natureza com exclusão da pessoa humana, como ar atmosférico, as águas do oceano etc, incluindo-se aí os bens e patrimônio público, dos quais a coisa pública é gênero. É todo bem de caráter coletivo.

mudanças”. Enfim, nada que sugerisse um compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2008, p. 265).

Observa-se que, ao longo da história do SUS, as ações estatais tendem ao fortalecimento do setor privado e à descaracterização do sistema como uma política universal e integral. De acordo com as análises de Matos (2014, p. 27–28):

[...] A saúde como um nicho de mercado, logo como um serviço que deve ser comprado pelos seus utentes, vem sendo naturalizada. [...] A condução do SUS expressa um resultado de anos de governo [...] investidos na busca da redução do Estado na garantia dos direitos sociais universais com vistas a maximização dos lucros, uma estratégia que favorece os detentores do capital.

Para o autor, as ações governamentais no campo da saúde pública têm afastado o SUS de suas bases políticas e conceituais, distanciando-o das reivindicações realizadas durante a Reforma Sanitária, que defendia um sistema de saúde pública, integral e universal. Esse distanciamento ocorre em razão da priorização do setor privado, que, originalmente, deveria exercer apenas uma função complementar ao público. No entanto, o que se tem presenciado é a ampliação das clínicas e hospitais particulares, além da crescente expansão dos planos de saúde (Rizzotto, 2018).

O governo de Jair Messias Bolsonaro (2018-2022) foi marcado pelo aprofundamento da contrarreforma do Estado, com políticas sociais focalizadas, investimentos mínimos em áreas sociais, redução de recursos destinados a políticas essenciais como saúde e educação, privatização de bens públicos e deslocamento dos serviços públicos para o setor privado, além da priorização de pautas neoconservadoras. O Estado posicionou-se em favor do capital financeiro, exigindo a crescente participação do terceiro setor na resposta às questões sociais. Durante todo o seu mandato, a meritocracia e a propriedade privada foram pregadas como as únicas soluções para as demandas sociais, desresponsabilizando o Estado pelas políticas públicas e atribuindo à sociedade civil o protagonismo na resolução das desigualdades sociais.

Nesse contexto, as políticas sociais passaram a ser acusadas de causarem o déficit do fundo público. Como resposta, o governo “enxugou” os recursos destinados a essas políticas, especialmente àquelas consideradas sem retorno financeiro, enquanto incentivava o livre mercado e promovia a perda de inúmeros direitos trabalhistas (Moraes *et al.*, 2018).

Entre as consequências da política econômica adotada pelo governo Bolsonaro no campo da saúde, destacam-se: a extinção do Piso de Atenção Básica Fixo; o encerramento do financiamento aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e o aprofundamento da lógica gerencialista na saúde pública, com foco em estatísticas de desempenho.

Em 2020, o Brasil atravessou a pandemia de Sars-Covid-19, considerada a maior crise sanitária do século, a qual evidenciou a necessidade urgente de mudanças no sistema de saúde brasileiro. Apesar de termos um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o país também figurou entre os com maior número de mortes pela pandemia, com mais de 600 mil óbitos registrados (Nogueira, K., 2023).

A posição do governo frente à crise sanitária foi de negligência em relação à política de saúde, promovendo tratamentos sem embasamento científico, como a defesa da imunização por contaminação e a utilização de medicamentos sem eficácia comprovada. Além disso, na esfera privada, Bolsonaro frequentemente adotava comportamentos inadequados, como a participação em aglomerações sem o uso de máscaras ou Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), refletindo negativamente no combate à pandemia. Suas falas, tanto em pronunciamentos oficiais quanto extraoficiais, evidenciavam o despreparo do governo diante da crise instalada:

As falas do presidente Jair Bolsonaro e a negligência do estado em proteger as populações idosas, influenciaram diretamente no número de mortes, infecções e na ausência de autoproteção por parte da população. Embora não tenha uma pesquisa que trate diretamente da influência da falas e das ações do presidente junto aos idosos, pode-se pensar na possibilidade dessa influência, considerando-se os dados sobre as intenções de voto entre pessoas acima de 60 anos, comentada acima e o levantamento feito por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas e da Universidade de Cambridge, publicado no Jornal da USP em 06/05/2021, no qual é retratado que nos municípios em que Bolsonaro teve maior número de votos, houve uma adesão menor ao isolamento social imposto por prefeitos e governadores (Reis, Ap., 2023, p 400).

De acordo com Reis (2023), as maiores vítimas da pandemia e da crise sanitária durante o governo Bolsonaro foram os idosos e as pessoas com comorbidades. Ademais, a classe trabalhadora, distante de ter suas demandas de saúde atendidas pelo Estado, encontrava-se, a cada momento, ainda mais desassistida diante da morosidade do governo em adquirir e distribuir as primeiras doses da vacina.

Além desse cenário crítico, o Sistema Único de Saúde (SUS), que já vinha sendo impactado pelos cortes decorrentes da Emenda Constitucional nº 95/2016, teve seus recursos ainda mais reduzidos. Tal situação abriu espaço para o avanço da privatização da saúde, amparada pela crise do capital e da saúde pública como pano de fundo.

[...] No caso brasileiro as Organizações Sociais materializariam a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde. (Moraes *et al.*, 2018, p. 3)

Contudo, apesar dos inúmeros desafios enfrentados desde sua criação, o SUS alcançou conquistas significativas em diversos campos da vida social, especialmente no contexto de redemocratização do país. Sua institucionalização, aliada à formulação de políticas sociais voltadas à classe trabalhadora, representou um avanço importante na implementação de direitos sociais. No entanto, a persistência da concepção de saúde como bem de consumo contribuiu para a manutenção de uma lógica centrada na assistência médica individual e na segmentação do acesso aos serviços de saúde.

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o seu surgimento até o governo de Jair Bolsonaro — recorte temporal adotado neste estudo —, revela um percurso marcado por contradições entre o projeto de saúde universal idealizado pela Reforma Sanitária e as sucessivas investidas neoliberais que buscaram reduzir o papel do Estado na garantia dos direitos sociais. Embora tenha resistido a retrocessos e se mantido como uma das maiores políticas públicas do país, o SUS continua sendo tensionado por interesses privatistas e por restrições orçamentárias que limitam sua plena efetivação.

A pandemia de Covid-19 evidenciou tanto a importância do SUS quanto as fragilidades acumuladas ao longo de décadas de subfinanciamento, negligência estatal e priorização do setor privado. Assim, compreender a trajetória do SUS permite refletir criticamente sobre os desafios persistentes e a necessidade de reafirmação dos seus princípios fundantes — universalidade, integralidade e equidade — diante de um cenário político e econômico cada vez mais adverso.

3.3 A Integralidade e Intersetorialidade no SUS: a necessária conectividade entre as políticas sociais

No contexto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o conceito de determinação social foi fundamental para embasar os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto projeto de saúde pública universal, igualitário e integral. A luta empreendida por esse movimento não se restringiu à defesa do direito de acesso aos serviços de saúde, mas também incluiu a reivindicação por transformações estruturais nas relações sociais e econômicas que impactam diretamente as condições de saúde da população.

Nesse sentido, as proposições contra hegemônicas da Reforma Sanitária incorporaram uma crítica ao modelo de produção capitalista e às formas como este impõe condições de vida à classe trabalhadora (Nogueira, 2010). Assim, a concepção de saúde que influenciou os marcos regulatórios do SUS, especialmente a partir da Constituição Federal

de 1988, passou a compreender a saúde como um fenômeno social e histórico, integrando os fatores estruturais e as relações sociais na análise dos processos de saúde-doença.

Essa abordagem é considerada essencial para a formulação de políticas públicas voltadas à equidade e à justiça social, especialmente no campo do direito à saúde. Para Laurell (1982), o processo de saúde-doença não pode ser interpretado apenas a partir de um recorte biológico-individual, devendo ser analisado à luz dos processos sociais, influenciados pelas condições de vida e de trabalho, bem como pelas relações de poder características da sociedade capitalista, ou seja, elementos que determinam os fatores de adoecimento da população.

A partir de sua crítica ao modelo biomédico, Laurell enfatiza a importância de considerar as determinações sociais na formulação de políticas públicas em saúde. Segundo a autora, “o primeiro elemento que deveria ser reconhecido é que o caráter social do processo saúde-doença se manifesta empiricamente mais claramente a nível da coletividade do que do indivíduo” (Laurell, 1982, p. 11), destacando os processos sociais como condicionantes fundamentais dos processos de saúde e doença. Na mesma direção argumentativa, Nogueira (2010) ressalta que os processos de saúde devem ser compreendidos como produtos históricos e sociais, sendo, portanto, indissociáveis das condições concretas de vida e de trabalho, bem como das relações de produção.

Tais concepções de saúde e doença influenciaram diretamente a incorporação, nas normativas legais do SUS, de um conceito ampliado de saúde, que supera a noção restrita de saúde como mera ausência de doença. A Lei nº 8.080/1990, em oposição à perspectiva individualista e hospitalocêntrica, baseada exclusivamente no paradigma biomédico, adota uma abordagem mais abrangente do processo saúde-adoecimento. Essa abordagem está ancorada no reconhecimento das determinações sociais da saúde, compreendida como resultado da organização social e da produção coletiva, inserida em um contexto histórico específico.

Adicionalmente, a Lei nº 12.864/2013, que altera a Lei nº 8.080/1990, reforça essa concepção ao reconhecer que os níveis de saúde de uma população refletem a organização social e econômica do país. Nessa perspectiva, a ausência de acesso a bens e serviços essenciais é apontada como fator determinante para o adoecimento coletivo (Anastácio et al., 2016).

Entretanto, apesar dos avanços normativos, persiste um descompasso entre as garantias constitucionais e a capacidade das instituições públicas em efetivar tais diretrizes. Isso resulta na reprodução de um sistema de saúde frequentemente fragmentado e

insuficiente para atender às demandas da população. Nesse contexto, o reconhecimento da complexidade dos processos sociais que envolvem os sujeitos na lógica capitalista torna obsoletas certas intervenções que ignoram a realidade concreta dos usuários (Jesus, 2017; Anastácio et al., 2016).

O reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença pelo poder público evidenciou a urgência de superar formas de intervenção social fragmentadas e individualistas, em favor de ações baseadas na realidade social dos sujeitos. De acordo com Sposati (2004, s/p), “as políticas sociais [...] podem conter mecanismos de gestão descentralizada, territorializados e equânimes, isto é, respeitam a diferenciação, a heterogeneidade e a equidade”. Dessa forma, o conceito ampliado de saúde impacta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, sendo a intersetorialidade uma ferramenta essencial para a interação e a complementaridade das ações entre diferentes políticas públicas.

Tornou-se necessário superar formas de intervenções fragmentadas e experimentar novas estratégias a partir de melhor conhecimento da realidade sobre a qual as políticas atuam. Assim, as novas formas de governança indicam, a necessidade de mudanças nos padrões tradicionais de produção de políticas públicas que passem a enfatizar as relações intergovernamentais, o papel das redes e a intersetorialidade (Anastácio *et al.*, 2016, p. 365).

Segundo Anastácio *et al.* (2016), a intersetorialidade é uma ferramenta importante de interação e complementaridade entre as políticas públicas existentes, podendo representar um novo paradigma de gestão das políticas sociais. Assim, a intersetorialidade é compreendida como a junção de saberes, experiências e serviços, com o objetivo de planejar, executar e avaliar políticas, programas e projetos voltados à proteção social e à garantia de direitos.

É crucial destacar que tanto a Constituição Federal quanto as legislações infraconstitucionais apontam a intersetorialidade como diretriz fundamental para a organização das políticas sociais, com o objetivo de romper a fragmentação e a desarticulação das ações públicas (Souza e Araújo, 2021). França e Cavalcanti (2013) observam que, embora a intersetorialidade esteja prevista na Lei Orgânica da Saúde, a integração intrasetorial — aquela realizada dentro da própria rede assistencial — ainda assume maior prioridade na agenda institucional, privilegiando a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, as ações interssetoriais remetem à combinação entre a dimensão setorial e a intersetorial do cuidado, na qual a equipe de saúde atua de forma interdisciplinar e multiprofissional, desempenhando um papel articulador e integrador com os demais setores que influenciam o processo saúde-doença. O objetivo é incorporar uma nova lógica de planejamento, execução e

controle dos serviços de saúde ofertados (Limeira, 2018).

O entendimento da intersetorialidade, bem como de suas práticas e ações, exige a delimitação conceitual. Ainda assim, a intersetorialidade se encontra em fase de estruturação teórica, uma vez que, segundo Pereira (2014), ainda não possui um sentido epidemiológico plenamente definido. Nesta pesquisa, a intersetorialidade é abordada com base em Yazbek (2014), P. Pereira (2014) e Sposati (2006), sendo compreendida como um processo de articulação e gestão entre os setores que compõem as políticas sociais, abrangendo as fases de planejamento, execução, avaliação e monitoramento de ações conjuntas, voltadas ao atendimento integral das demandas sociais e à garantia de direitos.

Além disso, a intersetorialidade transcende as dimensões técnicas e administrativas, envolvendo a vontade política dos diversos sujeitos que integram a rede de atenção. Ela não é isenta de interesses e disputas, uma vez que reflete processos conflituosos que permeiam as relações políticas e sociais. Portanto, a intersetorialidade também deve ser entendida como expressão da relação entre a sociedade e o Estado. Logo,

Saúde para todos, é compromisso e responsabilidade de todos os setores da sociedade. Portanto, a estratégia de promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais: as ações do Estado em suas políticas intersetoriais, da sociedade civil e do sistema de saúde propriamente dito. (Finkelman, 2002, p. 288-289)

Podemos afirmar que a interlocução das ações intersetoriais nas políticas públicas tornou-se uma possibilidade de qualificação das ações na área da saúde, com a colaboração das demais Políticas Sociais Públicas. Corroborando os autores supracitados, Junqueira (2000) afirma que a intersetorialidade não se limita às dimensões das políticas sociais, mas abrange também sua interface com outras dimensões da realidade social. Para o autor, é a partir do processo de descentralização das políticas sociais que a intersetorialidade emerge como estratégia para enfrentar as demandas sociais, considerando os utentes em sua totalidade, de modo a não os negligenciar.

Assim, a compreensão da intersetorialidade na Política de Saúde percorre diferentes momentos históricos, e sua abordagem vai se integrando ao longo do tempo, à medida que novas políticas complementares ao SUS são formuladas. Estas políticas mantêm suas especificidades, mas também buscam transcender as fronteiras setoriais, com o objetivo de superar a fragmentação do atendimento e promover maior resolutividade às demandas sociais apresentadas (Pozzer, 2017). Ou seja:

Em termos políticos-institucional, trata-se de avançar nas práticas intersetoriais e de

relação com a sociedade para que critérios sanitários estejam cada vez mais presentes no conjunto dos processos decisórios das políticas públicas que afetam a saúde da população. [...]. A intersetorialidade também implica a integração entre os sistemas de informação existentes em diferentes instituições, setores e níveis de governo, exigindo a constituição de instâncias supra institucionais e mecanismos de gestão e controle adequados de tais sistemas (Porto *et al.*, 2003, p. 194)

A intersetorialidade é, portanto, uma estratégia para encaminhar a resolução das demandas de saúde de um dado território ou setor de maneira integrada, promovendo um fluxo de atendimento e encaminhamento que visa garantir a integralidade das ações. Assim, a intersetorialidade deve representar a articulação entre as políticas sociais, com o objetivo de enfrentar as desigualdades e buscar sua eficácia mediante a colaboração entre as instituições governamentais e entre estas e a sociedade civil (Souza e Araújo, 2021).

Sposati (2006), ao analisar a intersetorialidade na política de assistência social, conclui que ela proporciona a adoção de uma ação racional na tomada de decisão e na gestão das políticas públicas. Para a autora, trata-se da combinação entre políticas e normas setoriais e intersetoriais no processo de gestão de recursos e definição de objetivos, com a finalidade de atender integralmente às demandas sociais.

Partindo dessa premissa e adentrando no campo da saúde, compreende-se que a fragilidade em responder a todas as demandas sociais apresentadas pelos utentes do SUS durante o processo de internação não pode ser superada apenas pelos programas, projetos e serviços disponíveis nesta política, sem que haja uma integração efetiva com outras políticas públicas, como assistência social, educação, previdência, entre outras.

Ressalte-se que não se pretende afirmar que a intersetorialidade das políticas públicas e sociais, por si só, seja suficiente para atender a todas as demandas dos utentes do SUS no contexto da internação. Contudo, ela constitui um importante mecanismo de garantia de direitos e de ampliação da cidadania. Como destaca Sposati (2004), a intersetorialidade não é um instrumento utilizado por uma única política, mas sim um processo articulador entre diferentes setores que compartilham responsabilidades sobre a proteção social:

Todas as políticas sociais devem operar a referência e contra-referência interna e externa. Este processo não é de exclusividade de determinada política social, mas de todas aquelas que possuem a leitura integral e integradora de necessidades sociais. A intersetorialidade é, ao mesmo tempo, objeto e objetivo das políticas sociais (Sposati, 2004, p. 39).

Respalando a autora ora citada, Azevedo *et al.* (2012), afirma que a intersetorialidade também tem por objetivo frisar que as políticas sociais, inclusive da saúde, não podem realizar suas intervenções de forma isolada, setorial, sem considerar a totalidade do ser social e esperar

que com esta atitude todas as demandas sociais sejam solucionadas.

A intersetorialidade tem o potencial de revitalizar tais políticas, estimulando ações promotoras da saúde que contemplem os complexos condicionantes do processo de saúde-doença. Entretanto, evidenciam-se alguns problemas para atingir esse desafio. Destacam-se despreparo político e técnico de gestores e profissionais da saúde para assumir ações intersetoriais e questões de ordem administrativa que dificultam a execução integrada de ações. Tal despreparo leva, entre outros danos, a falta de reconhecimento de alguns dos temas das políticas como questão legítimas de saúde coletiva. Além disso, permanecem em muitas das agendas das políticas, decisões centralizadas que impedem a participação da comunidade e o surgimento de problemas ajustados às realidades locais, cujas soluções exigem intercepções intersetoriais e criativas. Assim, torna-se essencial fomentar um efetivo processo educativo interdisciplinar que forme profissionais da saúde com visão intersetorial em sintonia com as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde. Igualmente é importante valorizar a dimensão territorial e as redes sociais, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial dessas políticas, bem como estimular a atividade do sujeito nos processos decisórios (Azevedo *et al.*, 2012, p. 1333)

Conforme se depreende do texto, para que a intersetorialidade exerça todo o seu potencial na revitalização das ações promotoras de saúde, é necessário um processo educativo interdisciplinar que forme profissionais com uma visão intersetorial das políticas públicas. Ratificando essa afirmativa, Potyara Pereira (2014) entende que a intersetorialidade nos remete a uma relação dialética, cujas características fundamentais são a reciprocidade (própria da intersetorialidade) e a contradição (inerente à interdisciplinaridade). Para a autora, a reciprocidade promove ações cooperativas entre os setores, envolvendo a troca de saberes e experiências entre os profissionais e o intercâmbio de atividades e serviços entre os setores e políticas públicas. Essa contradição, por sua vez, gera um movimento de transformação contínua, caracterizando uma relação dialética. Assim, a intersetorialidade não se configura como uma solução mágica para os problemas apresentados, mas como um instrumento que busca romper com a fragmentação do atendimento, apreendendo o utente a partir das determinações sociais da saúde.

Ainda que a intersetorialidade tenha como premissa a promoção da saúde pública, ela permanece como um desafio, especialmente diante da setorialização das instituições públicas, que impõe obstáculos à concretização da troca de saberes e experiências entre os setores. De acordo com Schutz e Miotto (2010), a intersetorialidade enfrenta diversos desafios para sua efetivação. Entre eles, destaca-se a necessidade de uma conjuntura favorável à implementação de sistemas universais de seguridade social, a criação de medidas capazes de superar os entraves estruturais e a ruptura com práticas moldadas pela fragmentação, especialização e setorialização das ações e políticas. Soma-se a esses fatores a escassez de estudos que aprofundem as discussões sobre ações intersetoriais.

Consequentemente, o grande desafio do setor saúde na articulação intersetorial é dar visibilidade ao processo de saúde-doença enquanto resultado dos múltiplos processos políticos, sociais, culturais, biológicos e psicossociais que atravessam o utente em todas as fases da vida. Este processo demanda o envolvimento de todos os setores, compondo redes de compromisso e (cor)responsabilidade com o bem-estar populacional.

Dessa forma, no contexto hospitalar, durante o planeamento da alta segura, o setor saúde, em suas diversas esferas de planeamento, notifica os demais setores para que considerem o processo de saúde-doença sob a perspectiva ampliada da saúde ao realizarem suas intervenções em suas respectivas políticas (Brasil, 2006b). Ou seja, no contexto do planeamento da alta segura, a saúde convoca as demais políticas sociais — como previdência, assistência social, educação, habitação, entre outras — a realizarem suas ações considerando a integralidade do sujeito. A promoção do direito à saúde, portanto, perpassa por mecanismos de verticalização e horizontalização das ações e serviços, impactando diretamente na vida dos utentes.

Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (BRASIL, 2006b, p. 16).

Como porta de entrada da política de saúde, cita-se a Atenção Básica (AB), como primeiro contato do utente com o setor saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é desenvolvida de forma descentralizada, a fim de encontra-se próximo à população e ser o contato preferencial dos utentes e centro de comunicação da Rede de Atenção ampliando as ações intersetoriais com os diversos setores e políticas sociais. Conforme Potyara Pereira (2014, p. 37):

A intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário, é um processo eminentemente político, e, portanto, vivo e conflituoso. A intersetorialidade envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, na maior parte das vezes, se fortalecem na individualidade, ao cultivarem castas de intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersetorializar as políticas sociais não são fáceis, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale apenas persegui-la em prol do interesse público.

Abstrai-se do texto que as práticas intersetoriais representam mais um desafio a ser enfrentado para que o direito à continuidade e à integralidade do cuidado seja efetivado, conforme preconiza a Constituição. À medida que se articulam ações setoriais — horizontais

(no setor saúde) ou verticais (nas demais políticas sociais) —, confronta-se o sistema de produção capitalista, que busca minimizar, a todo custo, a atuação estatal em favor de práticas privatistas. Nesse cenário, a proposta de ações intersetoriais rompe com a lógica de fragmentação e focalização das políticas sociais, promovendo a defesa e ampliação dos direitos sociais.

Ao considerarmos o utente em seu processo de adoecimento, é imprescindível reconhecer os processos sociais adjacentes que o atravessam durante a transformação de sua realidade social. Além disso, é fundamental que o utente esteja plenamente envolvido no planejamento do cuidado em saúde, sendo não apenas objeto de intervenção, mas também sujeito ativo no processo de cuidado. Cuidar da saúde de maneira integral implica que a relação entre utente e equipe de saúde vá além da mera prescrição de fórmulas e medicações, exigindo uma abordagem que o situe dentro de uma rede complexa de relações sociais (Cecílio, 2006).

Assim, a intersetorialidade deve pautar-se na integralidade das políticas sociais, considerando as determinações sociais que influenciam a dinâmica de saúde e doença (Fortes, 2019). A fragmentação das ações e das políticas sociais é, portanto, um dos principais obstáculos enfrentados pelas equipes de saúde e pelos utentes na resolutividade das demandas apresentadas. A integralidade, segundo Mattos (2006), refere-se às conexões entre as múltiplas dimensões do cuidado, implicando a adaptação dos serviços e programas à totalidade e à subjetividade dos sujeitos atendidos e das equipes que prestam os cuidados.

Para Mattos (2009), a integralidade é um valor que deve ser defendido pelas práticas das equipes de saúde, expressando-se na relação entre utente e profissional. Ela se configura como um princípio organizador das práticas e serviços de saúde, visando à ampliação e à apreensão das necessidades reais dos sujeitos. A ampliação da integralidade, porém, só é possível mediante o diálogo contínuo entre todos os envolvidos no processo de cuidado, atentando-se tanto às necessidades dos utentes quanto às dos serviços e da sociedade como um todo.

No texto constitucional, a integralidade é compreendida como a oferta de ações e serviços de saúde de forma articulada, com a participação complementar do setor privado. Ressalta-se que a integralidade não é apenas uma norma estabelecida pela Constituição Federal; é também uma bandeira histórica de luta da classe trabalhadora, expressando valores e ideais de uma sociedade mais justa e igualitária (Mattos, 2009).

A integralidade foi forjada no contexto das lutas sociais, estando intimamente associada ao movimento da Reforma Sanitária no Brasil. De acordo com Conill (2004), a ideia de integralidade começou a se delinear na primeira metade do século XX, no Reino Unido, com a

criação do *National Health Service* (NHS), em 1946, que estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos à população. No Brasil, o conceito foi introduzido no início da década de 1980, durante a Reforma Sanitária, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. O PAISM inovou ao incorporar princípios como descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços e, sobretudo, integralidade e equidade no acesso à saúde, que se tornaram alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), a integralidade é apresentada como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, funcionando ora como eixo integrador dos serviços, ora como uma visão humanizada do utente. Assim, a integralidade implica a viabilização do acesso a todos os níveis de atenção à saúde e a articulação entre eles, estabelecendo uma relação efetiva entre utente e equipe (Tofani *et al.*, 2022). Pauli (2007) entende a integralidade como a articulação estratégica de diferentes dimensões nos vários níveis de representação e atenção, visando à coordenação global das intervenções e à responsabilização pelas ações de cuidado.

Mattos (2009) identifica três sentidos principais para a integralidade: o primeiro refere-se à abrangência das políticas de saúde e à articulação entre ações preventivas e assistenciais; o segundo, à organização dos serviços de saúde de modo a assegurar o acesso e a continuidade do atendimento; e o terceiro, às práticas de saúde que consideram a totalidade do sujeito.

A integralidade pode ser compreendida como o vínculo entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, estruturada pela interpenetração de saberes e práticas de saúde. Trata-se de uma construção coletiva, baseada na articulação de conhecimentos e ações dos profissionais de saúde, na relação com os utentes. A organização do sistema de cuidado, portanto, sustenta-se em uma rede de saberes-práticas que articula profissionais e utentes (Carvalho e Santos, 2002).

Corroborando esses autores, Pinheiro (2001) analisa a construção da integralidade a partir da relação entre oferta e demanda nos serviços de saúde cotidianos. A autora discute questões como a organização do atendimento, o uso dos serviços de referência e contrarreferência e os níveis de atenção, reconhecendo que as demandas apresentadas pela população são múltiplas e complexas, ultrapassando o campo biomédico. Para Pinheiro (2001), a realidade expressa nos serviços de saúde revela problemas cotidianos que envolvem fatores sociais, culturais e políticos, exigindo respostas mais integradas e sensíveis às necessidades reais dos utentes:

Nessa perspectiva que oferta e demanda, e suas relações nos serviços de saúde, são utilizados como categorias de análise capazes de apreender essa prática, que não é somente assistencial e tecnológica, mas também é política. [...]. Essas ideias parte do pressuposto de que a integralidade nos serviços tem nas categorias oferta e demanda as principais ferramentas de sua observação, quando analisadas racionalmente, as quais são construídas de maneira dinâmica, resultante de uma ação social, que tanto pode incluir a objetividade e/ou subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições. (Pinheiro, 2001, p. 70)

Portanto, a integralidade deve orientar tanto a organização dos serviços de saúde quanto as práticas profissionais, visando atender às necessidades dos utentes. Na perspectiva da oferta dos serviços de saúde, Pinheiro (2001) ressalta a importância da organização dos processos de trabalho para proporcionar um cuidado que integre as diferentes dimensões da vida, ultrapassando a lógica restrita da atenção biomédica, e incluindo ações voltadas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Para tanto, torna-se necessária a estruturação de uma rede de atenção que articule, de maneira coordenada e hierarquizada, os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), bem como a realização de práticas profissionais integradas. Isso requer uma gestão dos serviços que promova a intersetorialidade, incentive a participação social e estimule a corresponsabilização dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado. É justamente nesses aspectos que residem as principais questões sobre os limites e as possibilidades de efetivação do princípio da integralidade: "até mesmo por existir um nexo recíproco entre oferta e demanda, no que diz respeito às práticas exercidas pelos atores nas instituições de saúde, que desnuda, por um lado, a situação e o contexto que vivem e, por outro, põe em relevo os problemas estruturais que envolvem as instituições de ação social" (Pinheiro, 2001, p. 109).

Embora, como afirmado anteriormente, a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, essa premissa ainda permanece, em grande parte, no campo ideológico. Segundo Lionço (2008), a realidade da saúde brasileira é atravessada por iniquidades, marcada por questões críticas e urgentes que demandam a atenção dos múltiplos envolvidos no processo de cuidado.

Para que a efetivação da integralidade seja possível, Pauli (2007) chama atenção para a necessidade da apreensão do conceito ampliado de saúde, ressaltando a importância do conhecimento interdisciplinar na organização do atendimento e a busca por práticas que concretizem a integralidade das ações, mediante uma articulação político-administrativa eficaz. Para a autora, alcançar o princípio da integralidade requer a condução de processos resultantes de vários fenômenos — muitas vezes cumulativos — de caráter estrutural, com manifestações econômicas, sociais, políticas e culturais.

Ou seja, somente é possível assumir a integralidade do cuidado a partir do reconhecimento da multidimensionalidade que envolve os processos de saúde e doença. Mattos (2009) apresenta uma crítica à integralidade nos serviços de saúde, evidenciando a dissociação existente entre a saúde pública e as práticas assistenciais hegemônicas do modelo biomédico. Ele defende que a integralidade não se limita a uma prática profissional específica, mas constitui um modo de organizar o processo de trabalho em equipe, que deve produzir impactos positivos sobre a saúde, analisando as demandas a partir da totalidade da realidade social e intervindo de forma multidimensional.

Para Silva, Bezerra e Tanaka (2012), a integralidade configura-se como um dos princípios mais desafiadores tanto em sua construção conceitual quanto na prática profissional. Segundo os autores, a integralidade se conecta diretamente com a intersetorialidade, reconhecendo a complexidade e as necessidades coletivas e individuais em saúde. Assim, o direito à saúde não deve ser reduzido a um conjunto de serviços básicos, mas deve contemplar o utente em toda a sua totalidade e complexidade. Eles defendem que as ações integrais e intersetoriais são indissociáveis: para uma ação de saúde verdadeiramente integral, é imprescindível a comunicação entre os diversos setores e políticas públicas.

Corroborando com o argumento anterior, Ayres (2009) afirma que

O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exigir pactuar com todos o que cada um necessita, mas o da integralidade nos desafia a saber e fazer o quê e como pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (Ayres, 2009, p. 11, grifo nosso).

Para o autor, não há integralidade sem o diálogo entre as partes envolvidas na prática em saúde, sendo indispensável considerar o contexto de intersubjetividade do cuidado. O diálogo, portanto, configura-se como a pedra angular da integralidade. Mattos (2009) defende o valor central da integralidade como um elemento distintivo das propostas originadas na reforma sanitária, em contraposição às propostas de viés financeiro e focalizado, baseadas nas orientações do Banco Mundial. Embora tais propostas sejam antagônicas — e, consequentemente, excludentes —, o autor aponta que compartilham alguns pontos em comum, como "a defesa da descentralização e da participação popular" (p. 44).

Observa-se que, embora a integralidade tenha sido formalmente incorporada à Constituição Federal de 1988, estudos acadêmicos já discutiam essa noção em décadas anteriores. Esses debates tiveram início nos Estados Unidos, a partir das propostas de serviços integrados de saúde e da atenção integral. Tais proposições partem do princípio de que o utente da saúde é um ser complexo e subjetivo, cabendo, portanto, à rede de atenção oferecer serviços

que articulem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo o cuidado em todas as etapas da vida (Kalichman e Ayres, 2016).

A integralidade da saúde é, assim, fundamental para que os demais princípios do sistema sejam plenamente observados. Conforme Kalichman e Ayres (2016):

[...] Ele instrui e é instruído pelo conjunto de sujeitos e práticas cotidianas, é ação e reflexão, resultado da polífona na interação entre valores, proposições políticas e instrumentos que movem as práticas de saúde rumo à reconstrução na perspectiva da Reforma Sanitária (Kalichman; Ayres, 2016, p. 2).

Dito isso, podemos afirmar que a integralidade representa a não fragmentação da atenção à saúde, respeitando as subjetividades e os saberes dos sujeitos envolvidos no atendimento, por meio da articulação entre políticas e serviços disponíveis na construção do SUS e Seguridade Social (Kalichman e Ayres, 2016). Assim, compreende-se a integralidade como um conjunto de dimensões que devem dialogar estrategicamente com os diversos níveis de representação, buscando abarcar todas as formas e ações relacionadas ao princípio da integralidade. Trata-se não apenas de uma visão superficial do adoecimento, mas de uma coordenação global de intervenções que contemplem todos os aspectos do cuidado e localizem a responsabilidade pelas ações (Pauli, 2007).

Para o autor, a atenção integral envolve a ampliação do pensamento crítico-dialético, que permite a cada profissional atuar na construção de práticas orientadas para a compreensão e a ação, reconhecendo as limitações da prática uniprofissional diante das demandas apresentadas. Isso remete a uma necessária mudança nas relações de poder, tanto entre os pares quanto entre o objeto e o sujeito da atenção.

Visando à promoção da integralidade da atenção à saúde, na década de 1990 foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), como um modelo organizador da atenção primária no SUS, baseado em uma lógica assistencial.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que buscava instaurar uma nova práxis de cuidado em saúde, associada ao reconhecimento dos direitos dos utentes, de sua subjetividade, cultura e da importância do trabalho dos profissionais de saúde na construção de um cuidado humanizado. Fica evidente, nesse contexto, a proposta de humanização como uma via de aproximação para a efetivação da integralidade no cuidado em saúde.

Desde então, a integralidade e a humanização na atenção à saúde, têm sido desenvolvidas de forma articulada, como estratégias para garantir o direito ao cuidado integral.

Também em 2001, os autores Cecilio e Merhy publicaram a obra *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, que posteriormente influenciaria a incorporação de dois temas fundamentais ao SUS: a humanização e a construção das redes de cuidado, como estratégias de implementação da integralidade (Kalichman e Ayres, 2016). Em uma obra posterior, intitulada *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*, Cecilio e Merhy (2003) afirmam:

A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. 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 [...]. Porém, a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o “conectem”, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” desta estação que é o hospital (Cecilio; Merhy, 2003, p. 4–5).

Como podemos perceber neste trecho, os autores trabalham a integralidade a partir da “estação” hospitalar, refletindo acerca de como o cuidado integral ao utente internado pode ser aplicado e, a partir de sua desospitalização, quais linhas da Rede de Atenção à Saúde este utente pode acionar para a continuidade do cuidado.

A integralidade na atenção à saúde, envolve ações que vão desde a regulação das políticas públicas do setor até a oferta e a articulação de serviços em diferentes níveis de complexidade e tecnologia (Silva, Bezerra e Tanaka, 2012).

Em 2004, foi lançado o HumanizaSUS, pelo MS, com proposta de uma gama de ações e serviços de saúde, retomando o conceito de saúde ampliada, equipes de referência no atendimento e de gestão democrática como estratégia de promoção da humanização dos serviços e autonomia dos utentes no cuidado. O referido programa, traz a dimensão ética implicada nos saberes e fazeres da integralidade a fim de emancipar o utente (Kalichman e Ayres 2016). Entendemos por cuidado em saúde, de acordo com Cecilio e Merthy (2003, p. 2),

A somatório de muitos pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde.

Pode-se inferir do trecho acima que as necessidades de saúde não são exclusivas do

ambiente hospitalar; elas devem ultrapassá-lo, superando a visão hospitalocêntrica do cuidado. Em 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a integralidade reafirmou-se como princípio fundamental do SUS. A RAS foi apresentada à sociedade como uma proposta para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, com o objetivo de assegurar ao utente o acesso a um conjunto de ações e serviços necessários, de forma efetiva e eficaz.

Essa portaria introduziu e sistematizou diversos conceitos que, até então, eram pouco explorados no debate sobre a integralidade da atenção nas redes de saúde, como vulnerabilidade, linha de cuidado em rede, descentralização e municipalização do SUS, qualidade dos serviços, medicina baseada em evidências científicas, protocolos de atendimento, entre outros (Brasil, 2010).

Dito isso, embora o direito à saúde integral esteja instituído como direito do cidadão e dever do Estado, sua efetivação ainda encontra barreiras na atenção à saúde, perpetuadas pelo paradigma biomédico, curativista e patologizante. Esse modelo tende a enxergar o utente apenas por meio da doença, desconsiderando as múltiplas determinações sociais que atravessam os sujeitos em todos os níveis de atenção e gestão dos cuidados.

Vilanova, Ewerton e Pereira (2019) destacam que, para acessar e utilizar os serviços públicos de saúde, é essencial que os utentes tenham conhecimento da existência e da importância desses serviços, sendo a comunicação efetiva de informações a principal estratégia para garantir esse acesso. Além disso, é por meio do conhecimento dos direitos e dos serviços disponíveis que os utentes podem cobrar do Estado a efetiva implementação de políticas públicas.

Avalia-se, que a relação entre vulnerabilidade social e o processo saúde-doença da população, especialmente no que tange à continuidade do tratamento, perpassa diversas políticas sociais. Não se trata de uma lógica simplista e determinista, que reforça preconceitos e estigmatizações contra uma população historicamente marginalizada e violada pelas instituições públicas. Trata-se, sim, de uma relação atravessada por fatores estruturais que intensificam a invisibilidade desses utentes no Sistema de Saúde Pública (Lopes, 2006).

Nota-se que a integralidade, segundo o autor, implica uma recusa ao reducionismo do processo saúde-doença. Essa recusa se expressa tanto no diálogo entre pares no campo das práticas e serviços de saúde quanto na luta política entre diferentes relações de hierarquia, que interferem diretamente na prática do cuidado.

4 DESOSPITALIZAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ENTRE DIREITOS, REDES E HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo, abordaremos o conceito de desospitalização, destacando suas implicações nos contextos de saúde pública e privada, e assinalando sua importância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A priori, o termo *desospitalizar* é compreendido a partir de duas vertentes distintas: a valorização do processo de humanização e de alta responsável, e a rotatividade de leitos com a consequente transferência de responsabilidade para o terceiro setor (Feuerwerker e Merty, 2008; Bianco, 2020; Alves, 2021). No âmbito da pública de saúde, a desospitalização é um processo vinculado aos princípios da integralidade e da humanização da atenção à saúde, exigindo articulação intersetorial e ações em rede para assegurar a continuidade do atendimento. Esse entendimento sobre o processo de desospitalização consolidou-se a partir da reforma psiquiátrica e da promulgação da Lei nº 10.216/2001, que promoveu a garantia de direitos e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e fragmentado de atendimento. Assim, o processo de desospitalização busca equilibrar a responsabilidade estatal com a autonomia do utente, promovendo uma assistência integral, humanizada e contínua.

4.1 Origem e Evolução do Conceito de Desospitalização

O termo desospitalização surge no pós-guerra, na segunda metade do século XX, com a reforma psiquiátrica que, entre outros fatores, problematizava a desinstitucionalização dos “moradores” hospitalares para o ambiente doméstico ou institucional, de forma segura. O objetivo era reduzir ao mínimo o tempo de hospitalização e proporcionar os cuidados necessários ao utente. Em sua maioria, os utentes que participavam do processo de desospitalização eram ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial em sofrimento mental (Machado, 2004; Alencar, 2013; Rocha, 2016).

O modelo psiquiátrico de cuidado oferecia a institucionalização como único meio possível de tratamento, sendo, em geral, desfavorável à qualidade de vida. As denúncias de maus-tratos, violência, abandono, isolamento e cronificação dos utentes em sofrimento psíquico evidenciaram as limitações das instituições hospitalares em alcançar a resolutividade do tratamento. No Brasil, na década de 1970, o tratamento era caracterizado pela baixa qualidade da assistência, superlotação das instituições, cronificação e pelo modelo hospitalocêntrico. (Castro, 2016).

O movimento da reforma psiquiátrica, iniciado nos anos 1970, conduziu a novas práticas

de assistência à saúde, associadas à desinstitucionalização e à posterior desospitalização. Para Franco e Cornelis (2015, p. 313):

A desinstitucionalização envolve a reorganização crítico-prática de um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, que está em torno da doença mental. Enfatiza não mais o processo de cura, mas o projeto de “invenção de saúde” e de reprodução social da pessoa com transtorno mental como cidadão inserido na sociedade. Nesse processo, a moradia é um elemento fundamental. Enquanto os hospitais psiquiátricos que têm políticas de internação de longo prazo confinam a pessoa com transtorno mental e a segregam da sociedade, a morada é local de estar consigo mesmo, de proteção e refúgio, mas também local que enraíza a pessoa no espaço social e público e lhe possibilita circular nesses espaços.

Os autores defendem que após deixarem as instituições hospitalares que os mantinham isolados da sociedade, os utentes apresentaram melhorias em suas habilidades e qualidade de vida, além de maior interação social, evidenciando a falência do modelo psiquiátrico tradicional, que reforçava a clausura, o estigma e o preconceito (Vidal, Bandeira e Gontijo, 2008).

Ressalta-se que a desospitalização não se refere apenas a conceder alta ao utente, esperando seu retorno à comunidade sem um processo de planejamento e problematização do cuidado. É necessário que haja estabilidade clínica e um plano de cuidados pós-alta. Observa-se que a desospitalização não implica a extinção das patologias, mas a autorização para que o utente se ausente do hospital e continue o tratamento em outros serviços de bases comunitárias e territoriais. Assim, desospitalizar é transformar o modelo de segregação hospitalar em uma prática de integração comunitária (Alencar, 2013).

Este conceito está em consonância com as prerrogativas institucionais do SUS, alinhado às propostas dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, bem como aos anseios pela retomada democrática. A desospitalização e os novos conceitos de saúde mental foram adotados visando a assistência extra-hospitalar e a reinserção das pessoas em sofrimento mental na vida familiar e comunitária (Alencar, 2013; Rocha, 2016; Franco e Cornelis, 2015).

Como mencionado, o modelo de assistência baseado no enclausuramento fomentava o estigma, a segregação e o preconceito. Diante desse cenário, a desospitalização e a desinstitucionalização surgem como alternativas para a construção de um modelo de atenção integral e humanizado à saúde mental, regulamentado pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001; Alencar, 2013).

Importante destacar a diferença entre desinstitucionalização e desospitalização. Para Alencar (2013), a desospitalização requer um olhar crítico sobre a subjetividade do sujeito para promover sua autonomia no processo saúde-doença. O simples ato de conceder alta não

configura desospitalização, que pressupõe a continuidade do cuidado, mesmo fora do ambiente hospitalar, mantendo a responsabilidade do Estado. Por outro lado, a desinstitucionalização, termo de origem anglo-saxã, está usualmente ligada à transposição do tratamento biomédico e hospitalocêntrico para a reinserção social dos utentes (Alencar, 2013).

No Brasil, portanto, o processo de desospitalização está intrinsecamente ligado às lutas da reforma psiquiátrica e sanitária, ganhando maior visibilidade a partir da proposta de cuidado em liberdade e defesa dos direitos humanos. Essa perspectiva defende a atenção psicossocial no território, com continuidade do cuidado por meio de ações territorialidades e ambulatoriais. A saúde mental, nesse contexto, desempenha papel central na consolidação de uma política de atenção integral e domiciliar à saúde, reafirmando o compromisso com práticas que rompem com a lógica asilar e promovem o cuidado centrado nos sujeitos e em seus vínculos comunitários (Alencar, 2013; Machado, V., 2004).

Atualmente, o debate sobre a desospitalização se ampliou e está diretamente vinculado ao modelo de Atenção à Saúde adotado no país, à luz dos princípios do SUS. Segundo Azevedo *et al.* (2012), a tendência é o encaminhamento para as Redes de Cuidado, trazendo benefícios tanto aos utentes e familiares quanto às instituições hospitalares. A permanência hospitalar prolongada, além de desnecessária, agrava o quadro de saúde e expõe a riscos evitáveis (Ramos, 2015).

Além disso, a permanência hospitalar além do necessário implica a violação de direitos previstos no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que garantem a convivência familiar e comunitária. Assim, é importante analisar a desospitalização sob dois prismas: no campo da política pública de saúde, como humanização do cuidado (Portaria nº 3.390/2013), e na ótica privatista, como estratégia de gerenciamento de internações. Neste estudo, adotamos a perspectiva da efetivação do SUS e da integralidade da atenção à saúde (Bianco, 2020; Alves, 2021).

Portanto, a desospitalização deve ser compreendida como um processo que envolve tensões econômicas, sociais e biológicas, exigindo trabalho em rede e ações intersetoriais (Rocha, 2016; Bianco, 2020; Alves, 2021). Cabe esclarecer alguns termos comumente usados como sinônimos de desospitalização: alta responsável, alta social, alta hospitalar e a própria desospitalização. A alta hospitalar ocorre quando o utente está clinicamente apto a retornar à comunidade. Já a alta responsável, prevista na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), exige articulação para assegurar a continuidade do atendimento. A alta social, vinculada ao Serviço Social, ocorre quando questões sociais impedem a alta médica, podendo levar à fragmentação do cuidado (Bianco, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004), a alta hospitalar abrange todas as formas de liberação do utente do hospital, seja por alta médica, vontade própria ou óbito. O avanço tecnológico e a compreensão das determinações sociais de saúde aceleraram o processo de desospitalização, resultando em permanências hospitalares cada vez mais curtas (Belarmino, 2020).

Dessa forma, a desospitalização é vista como a etapa final do processo de alta hospitalar, iniciando-se já no momento da internação, com o planejamento do cuidado em rede (Nunes, Rocha e Fernandes, 2019; Bianco, 2020; Belarmino, 2020).

Para assegurar a desospitalização e a continuidade do cuidado, diversas portarias foram elaboradas, como a Portaria GM/MS nº 249/2002, que propõe o desenvolvimento de programas para a alta segura de idosos. Essa portaria orienta a articulação entre serviços de saúde intra e extra-hospitalares, visando criar protocolos de desospitalização em todos os hospitais do SUS (Brasil, 2002).

A construção de protocolos de desospitalização é embasada nas normativas constitucionais, na PNHOSP, na Política Nacional de Humanização e nas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Portaria nº 825/2016 define a Atenção Domiciliar como estratégia para reduzir a demanda hospitalar, cabendo à equipe de saúde articular os fluxos de admissão e alta em rede (Brasil, 2016).

De acordo com o artigo 16 da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, 2013):

Art. 16. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- I - Orientação dos usuários 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 Rede de Atenção à Saúde (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.

Visando a melhora, a restauração do convívio familiar-comunitário e evitando a readmissão hospitalar, é realizada uma intervenção com o utente e seus familiares a fim de prepará-los e orientá-los em relação a patologia, tratamento, cuidados e serviços que poderão acionar para a continuidade do tratamento e recuperação da saúde (Belarmino, 2020). Nesse sentido, são diversos os aspectos que devem ser considerados no processo de desospitalização como, por exemplo, as condições econômicas, políticas, sociais e biológicas que atravessam a realidade social do utente, dentro e fora do ambiente hospitalar (Bianco, 2020).

4.2 A Humanização como Pilar da Desospitalização

A temática da humanização da saúde apresenta múltiplas perspectivas, em razão da polissemia de sentidos e significados atribuídos ao termo (Rios, 2009; Bianco, 2020), bem como das contradições inerentes ao debate sobre uma política de humanização inserida em um sistema sociopolítico e econômico que, historicamente, se mostra avesso a uma sociabilidade humana baseada em outros patamares, prevalecendo os interesses privados e mercantis. Diante desse contexto, este estudo ressalta o conceito de humanização a partir de duas vertentes, as quais, embora presentes no campo da saúde, revelam-se fragmentadas e limitadas em suas abordagens e implicações.

A primeira vertente refere-se ao diálogo com a categoria "desumanizar", considerando a controvérsia em implantar uma política cujo objetivo é "humanizar" os serviços e ações de saúde, diante do caráter desumano frequentemente presente no processo de cuidado. Uma das primeiras expressões da desumanização é tratar o utente como objeto, negando-lhe o reconhecimento como sujeito ativo no processo terapêutico e reduzindo-o a um mero alvo de intervenção clínica, desprovido de subjetividade e sem consideração pelos componentes humanos envolvidos no cuidado. Dentro dessa lógica, os utentes seriam percebidos apenas a partir de suas necessidades imediatas e atendidos de forma padronizada, por serviços estandardizados, destituindo tanto os utentes quanto seus familiares do poder de decisão e da participação ativa no processo saúde-doença (Deslandes, 2006).

A desumanização tecnológica torna-se evidente quando o atendimento ao utente é realizado majoritariamente por meio de máquinas e procedimentos técnicos, sem uma real interação entre a equipe de saúde e o utente. Nessa perspectiva, o utente é visto apenas sob a ótica da patologia, como um "problema de saúde" a ser resolvido. Observa-se, assim, que a vertente biomédica se centra exclusivamente na doença como foco do tratamento, desconsiderando a integralidade do processo saúde-doença e a visão ampliada de saúde (Deslandes, 2006).

A busca de humanização das relações no capitalismo só pode se dar desconsiderando que, nessa organização social, o fato de, isoladamente, ser possível humanizar relações pessoais, não resulta na humanização das relações sociais dominantes; relações baseadas na exploração do homem pelo homem. Assim, uma das demandas da humanização é tornar os serviços de saúde mais humanizados para o atendimento aos usuários. Assim, essa busca resulta numa prática conservadora visto que, em última instância, contribui para conservar a ordem vigente (Vasconcelos, 2006, p. 15).

Já a segunda vertente relaciona-se com a percepção da humanização como uma ação de "bondade", ou seja, tratar bem o utente durante o percurso do atendimento — a chamada humanização da prática ou cuidado ético. Essas vertentes centram-se na subjetividade das ações

de saúde, desarticulando a política de saúde de uma análise fundamentada nos desdobramentos dos conflitos entre capital e trabalho sobre o processo saúde-doença e as necessidades da população (Castro, Oliveira, Resende, 2018).

Corroborando a perspectiva dos autores citados, o Ministério da Saúde (2004) alerta para a banalização da humanização do atendimento em saúde, visto que, a princípio, a política de humanização se apresenta de forma vaga e associada a ações de cunho humanitário, filantrópico ou de ajuda — um ato de bondade ou favor —, e não como, de fato, deve ser entendida: um direito à saúde. Humanizar é,

Ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, [...], a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade (MS, 2004; p. 06).

Podemos abstrair do texto a necessidade de adotar a humanização a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que se efetivam em ações nos diversos serviços, enquanto política transversal para a construção de uma política coletiva, transpassando os saberes e poderes dos diversos campos de conhecimento sobre o fazer saúde. A humanização deve mediar os princípios e os modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais e os utentes, entre os diversos profissionais que compõem a saúde, nas múltiplas unidades de atendimento e entre as instâncias de gestão e o próprio SUS. Assim, a abordagem ampliada da atenção à saúde significa incorporar no modelo assistencial a construção e fortalecimento do vínculo com o utente, garantindo seus direitos e os de suas famílias, além de incentivar o controle social e articular melhores condições de trabalho para os diversos profissionais que participam da saúde como cogestores de seus processos de trabalho (Brasil, 2004).

A humanização não se refere apenas à percepção subjetiva do indivíduo sobre as ações e serviços de saúde; humanizar é construir um diálogo com as questões estruturais que envolvem os serviços de saúde e todos os processos que sustentam essa política-direito. Humanizar é considerar os direitos individuais, humanitários e políticos dos utentes à privacidade, à informação, ao consentimento dos procedimentos e ao atendimento que respeite a dignidade da pessoa e o exercício de seus credos religiosos. Humanizar é, também, relacionar-se com as necessidades da população, tensionando melhorias na qualidade dos serviços e ações

prestados, bem como nas condições de trabalho, como forma de enfrentar e superar os desafios apresentados no cuidado em saúde (Bianco, 2020).

Trata-se, portanto, de denunciar o modelo de sucateamento do SUS e criticar o processo de privatização do direito à saúde. Assim, o processo de humanização perpassa pela construção de uma política que impõe ao SUS a atuação em rede, articulando todas as políticas públicas em torno do eixo da humanização (Bianco, 2020). A humanização da atenção em saúde agiria como um

[...] conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuário na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (MS, 2004; p. 08).

De tal modo, a humanização eleva o SUS à condição de maior política de inclusão social do país, fundamentada nos princípios norteadores do Sistema: universalidade, integralidade e participação social. “Humanização do setor Saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações” (Deslandes, 2006, p. 26).

Sob a ótica neoliberal, a humanização é vista como um produto a ser comercializado, gerador de mais-valia, apresentando um ambiente de saúde mais "acolhedor" — não como expressão de um direito, mas como estratégia de valorização e agregação de valor ao serviço de saúde ofertado. No início do século XXI, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de disseminar as ideias de humanização, realizar diagnósticos situacionais e promover ações de saúde humanizadoras, com ênfase na transformação das relações interpessoais e na valorização da subjetividade do ser social (Rios, 2009).

Em 2003, houve uma reformulação do PNHAH, dando origem à Política Nacional de Humanização (PNH), que ampliou o escopo do programa para toda a rede do SUS, com foco na gestão e no trabalho. A PNH apresenta um conjunto de diretrizes transversais que orientam as ações dos profissionais e dos utentes durante todo o processo de atendimento. A Política Nacional de Humanização aponta como caminho:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidades;
- O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;

- A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo;
- A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador; (Rios, 2009, p. 257)

A humanização tem como objetivo qualificar os processos de trabalho, bem como os modelos de gestão e planejamento, visando valorizar as pessoas envolvidas no processo de cuidado (utentes, familiares, comunidade e profissionais). A humanização exige uma crítica contínua ao *como fazer*, e não apenas ao *que fazer*. Quando o atendimento é pautado na humanização, observa-se a redução do tempo de internação dos utentes, o que impacta positivamente na qualidade da assistência prestada e aumenta o bem-estar, oferecendo maior segurança aos familiares no pós-alta (Machado, R., 2006).

Para garantir uma assistência multiprofissional humanizada, é necessário que o utente continue seu tratamento em rede especializada, com uma proposta terapêutica individualizada, assegurando suporte à família e/ou ao cuidador. Quando compreendemos, de forma equivocada, a humanização no processo de desospitalização como um ato subjetivo, um favor ou ação filantrópica, corremos o risco de desconectar a desospitalização do direito à saúde, da efetivação das políticas públicas e sociais e da continuidade do cuidado em saúde (Bianco, 2020).

Outro aspecto essencial da humanização ultrapassa as relações interpessoais: refere-se à estrutura necessária para a prática humanizadora, o que implica investimento em políticas públicas e sociais — especialmente na política de saúde-, recursos humanos e insumos adequados.

Não se pode deixar de destacar que as políticas sociais são fundamentadas em alguns princípios, entre eles o da transversalidade. Este princípio pressupõe que a política não deve iniciar e encerrar-se em si mesma, mas perpassar todas as demais políticas e programas existentes (o chamado Tripé da Seguridade Social), a fim de assegurar que o utente tenha todos os seus direitos garantidos (Brasil, 2004).

Em análise do discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização, Deslandes (2004) conclui que a centralidade da proposta está na oposição à violência e na oferta de um atendimento de qualidade, com o uso de tecnologias avançadas, acolhimento, condições de trabalho dignas e ênfase no processo de comunicação. Dessa maneira, a humanização articula dois componentes essenciais: a tecnologia e as relações humanas. Assim, a humanização da saúde é definida como “um projeto existencial de caráter político”, que atravessa todas as áreas das práticas de saúde, “desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial” (Ayres, 2005, p. 552).

4.3 Estratégias e Barreiras no processo de Desospitalização

Como mencionado anteriormente, durante o planejamento da alta segura, algumas políticas são fundamentais para o processo. Entre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização, que orienta a desospitalização ao abordá-la sob a perspectiva da continuidade do cuidado em rede, da corresponsabilização do Estado e da garantia dos direitos sociais do utente.

Além dessa política, outras legislações também são consideradas nesse contexto, como o Programa Melhor em Casa, instituído pela Portaria nº 2.029/2011 e redefinido pela Portaria nº 963/2013. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a atenção domiciliar acelera o processo de desospitalização, reduz o risco de intercorrências hospitalares, como infecções, e garante um cuidado sistemático realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, proporciona suporte emocional aos utentes em estado grave e/ou paliativo, assegurando-lhes maior autonomia em relação ao hospital, por meio da atuação conjunta entre profissionais de saúde e cuidadores.

No Distrito Federal, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é identificado como Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD) e atende utentes com dificuldades temporárias ou permanentes de acesso à rede de saúde, além daqueles que se enquadram nos critérios de tratamento da atenção domiciliar. A justificativa para a implementação do NRAD baseia-se em três eixos essenciais na atenção domiciliar: a estrutura do domicílio, a estrutura familiar e a estrutura dos serviços de saúde no território.

O objetivo da atenção domiciliar é

Art. 3º a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (Brasil, 2013).

Assim, a atenção domiciliar visa proporcionar o acesso à saúde e a continuidade do cuidado ao utente que não possui condições de se locomover para o atendimento hospitalar. É fato que a atenção domiciliar reformulou a política de saúde ao apoiar as respostas às demandas emergentes de utentes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou sequelas que necessitam de cuidados continuados. Cada modalidade de atenção à saúde acompanha as demandas epidemiológicas, socioeconômicas, culturais e políticas de cada território (Brasil, 2012).

Em geral, os utentes atendidos por este programa encontram-se acamados, com mobilidade comprometida, ou sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e apresentam

dificuldades para realizar atividades de rotina, necessitando de tratamento diário por equipe especializada. Também são atendidos aqueles que passaram por cirurgias e precisam de cuidados pós-operatórios; que requerem curativos extensos ou administração diária de medicação venosa, como antibióticos; e que necessitam de cuidados frequentes para o alívio de sintomas e melhoria da qualidade de vida. Ademais, a atenção domiciliar é destinada a utentes em fase final de vida que desejam falecer em seu lar, com suporte da equipe especializada (Brasil, 2013).

O processo de humanização do atendimento é destacado como um dos principais benefícios da atenção domiciliar. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional, que atua conforme a modalidade de atendimento AD2 e AD3⁷, sendo imprescindível que o utente tenha um cuidador, no âmbito domiciliar, de referência que se responsabilize pela continuidade do cuidado em domicílio (Brasil, 2013; Bianco, 2020).

A Portaria nº 825/MS-2016, redefine a Atenção Domiciliar o âmbito do SUS, sendo compreendida como ações de uma equipe multiprofissional voltada ao atendimento domiciliar. Estes atendimentos dar-se-ão mediante três níveis de atenção domiciliar, diferenciando-se a partir da complexidade das demandas, a saber:

- a) Modalidade AD1: utentes que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, serão atendidas pela atenção básica.
- b) Modalidade AD2: Destinada a pessoa com problemas de saúde e dificuldade/impossibilidade de locomoção e que necessitem de uma maior frequência de cuidado.
- c) Modalidade AD3: Destinada aos utentes com critérios semelhantes aos do AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos.

Essas modalidades de atenção à saúde têm como público-alvo utentes com problemas de saúde que apresentam dificuldades de locomoção até a unidade de saúde e que demandam atendimento especializado. Em sua maioria, esses utentes apresentam como perfil: idosos, doentes crônicos e/ou terminais (Brasil, 2016). Ressalta-se que a Atenção Domiciliar (AD) é descrita como eixo estruturante da desospitalização, “proporcionando celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado no domicílio; minimizando intercorrências clínicas a partir da

⁷ A Atenção Domiciliar (AD), no âmbito do SUS, é organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do utente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para a realizar o cuidado dos mesmos: AD1, AD2 e AD 3 (Brasil, 2011, p. 5)

manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar” (Brasil, MS, 2012, p. 10).

As ações desenvolvidas a partir da AD tendem à redução da necessidade de leitos hospitalares, principalmente nas especialidades cuja alta hospitalar depende da continuidade e referência de cuidado ambulatorial e domiciliar. Dentre essas especialidades, encontram-se os utentes de nefrologia em Terapia Renal Substitutiva (TRS), que só são submetidos ao processo de alta hospitalar após a referência de cuidado no âmbito ambulatorial de diálise (Alves, 2021).

Dessa forma, a Atenção Domiciliar tem sido utilizada como instrumento e estratégia no processo de desospitalização, reduzindo os gastos na assistência. Os custos elevados da atenção hospitalar e os indicadores de insatisfação com a qualidade dos serviços prestados à população são os principais elementos propulsores da atenção domiciliar. A manutenção prolongada da assistência hospitalar gera, além da superlotação dos leitos, a exposição do utente a riscos de saúde e de vida em ambiente insalubre. A demanda da atenção domiciliar visa aliviar a carência de leitos nos serviços de saúde pública sem interromper os cuidados ao utente, sendo a desospitalização uma alternativa para aqueles que podem ser cuidados em seus lares, por apresentarem alto grau de dependência da tecnologia hospitalar (Brasil, MS, 2014).

Assim, a continuidade e a integralidade da assistência só podem ser efetivamente contempladas por meio da garantia de acesso às tecnologias necessárias ao cuidado à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade. Dessa forma, “a resolubilidade do cuidado integral perpassa pela necessidade de se alcançar a conexão de serviços, que são possuidores de distintas tecnologias de saúde nas redes assistenciais” (Brasil, 2014, p. 58-59). Logo, os mecanismos de acesso, a articulação durante a internação e a continuidade do cuidado no pós-alta, com encaminhamento para a atenção domiciliar, são elementos que refletem o êxito do programa como estratégia de gestão, visando garantir a integralidade da Atenção à Saúde, a desospitalização e a humanização do cuidado (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP, 2013) institui que os hospitais devem promover a alta hospitalar responsável, conforme o artigo 16. Assim, a PNAHOSP preconiza a garantia de alta hospitalar com todas as orientações, articulações e garantias de continuidade do cuidado e de acesso aos bens e serviços de saúde disponíveis em rede. Ademais, recomenda e define a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, os quais devem realizar a interface com as Centrais de Regulação, estabelecer o perfil da complexidade da assistência no SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços terapêuticos e de diagnóstico, além dos leitos de internação disponíveis na rede, conforme protocolo estabelecido. Além disso, cabe ao NIR buscar vagas (internação, apoio terapêutico e

diagnóstico) fora do ambiente hospitalar para os utentes em internação, conforme pactuação da RAS (Brasil, 2017).

O NIR se caracteriza como uma unidade técnico-administrativa que possibilita o monitoramento do utente desde a sua chegada à instituição, passando pelo processo de internação e movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Esse núcleo apoia-se em três pilares para sua atuação: prática de regulação, articulação com as RAS e monitoramento (Brasil, 2017, p. 7).

As práticas de regulação consistem em articular as RAS e o NIR de modo a definir, organizar e acompanhar o fluxo dos utentes e o acesso às ações e aos serviços de saúde. A rede de comunicação estabelecida entre as centrais de regulação e o NIR visa garantir o acesso dos utentes aos recursos necessários para assegurar seus direitos. Após a organização do acesso e a instituição da capacidade e padronização dos fluxos dentro do ambiente hospitalar, o NIR torna-se apto a exercer o papel de interlocutor entre a central de regulação e o hospital, articulando-se com as demais instituições de saúde para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde no território (Brasil, 2017).

Assim, as três políticas e programas em conjunto — Política Nacional de Humanização (PNH), Atenção Domiciliar (AD) e Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP) — reforçam a desospitalização no sentido do direito, atuando como uma modalidade de saúde que trabalha na mediação e articulação com a rede de cuidado e a continuidade assistencial. Portanto, podemos afirmar que o processo de desospitalização envolve três macroprocessos: a inclusão dos familiares, a capacitação do cuidador familiar e a organização da rede de atenção à saúde (Rocha, 2016).

O Ministério da Saúde cita ainda outros mecanismos de desospitalização, pautados na integralidade e na articulação em rede, como

As ações prestadas por equipes de saúde em ambulatório antes da internação, objetivam identificar situações que possam prolongar a permanência na internação do usuário e construir previamente uma rede de apoio necessária à continuidade do cuidado do usuário; os ambulatórios especializados em atenção à pessoa idosa no pós-alta para acompanhamento de usuários em sua recuperação e transição até reinserção na Rede de Atenção à Saúde; processos de educação em saúde voltados aos usuários, familiares, cuidadores e profissionais de saúde, e estabelecimento de planos terapêuticos construídos por equipe multidisciplinar que visem atender aos problemas biopsicossociais (Brasil, 2020, p. 65)

Outro ponto relevante a ser considerado no processo de desospitalização é a condição crônica do utente. Esse processo está diretamente vinculado à precarização das condições de vida e às desigualdades sociais existentes, o que, em alguns casos, inviabiliza o retorno ao

domicílio devido às condições de subexistência, resultando, por sua vez, em internações prolongadas (Bianco, 2020).

Em pesquisas realizadas por Ajimura e Malik (2016), em São Paulo, e por Bianco (2018), no Rio de Janeiro, foram identificados três fatores comuns que retardam a desospitalização e prolongam o tempo de internação: a centralização da responsabilidade do cuidado na família; a negação de acesso aos direitos sociais (como transporte, habitação, condições dignas e atendimento ambulatorial de referência); e a desresponsabilização do Estado em garantir os mínimos sociais.

Observa-se que os problemas de saúde não podem ser solucionados exclusivamente no âmbito das políticas de saúde, sendo necessária a atuação intersetorial e multiprofissional, evocando o tripé da Seguridade Social como fundamental para o êxito do processo de desospitalização.

A desospitalização pressupõe a preparação da rede de cuidado familiar e comunitária para o retorno do utente ao domicílio. Nesse momento, são esclarecidas dúvidas quanto ao manejo e cuidado, bem como sobre os possíveis direitos e recursos sociais disponíveis em rede. Além disso, é nessa etapa que se realiza a articulação com a rede de saúde e a rede socioassistencial do território de referência, com o objetivo de pactuar a continuidade do cuidado e organizar o fluxo de atendimento na rede (Alves, 2021).

5 INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DESOSPITALIZAÇÃO NO SUS: INTERSETORIALIDADE, DIREITOS E DESAFIOS NO CUIDADO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

Este capítulo discute a construção do sistema de saúde integrado e universal no Brasil, consolidado com a criação do SUS durante o processo de redemocratização. Entre seus avanços estão as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam garantir atendimento integral e equitativo, especialmente a partir dos anos 1990. No entanto, o SUS ainda enfrenta desafios como a fragmentação da atenção, ineficiência e desigualdades regionais. A fragmentação agrava doenças crônicas, que exigem cuidado contínuo e coordenado, idealmente liderado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Um exemplo é a Doença Renal Crônica (DRC), associada a hipertensão e diabetes, cujo controle depende da integração entre os níveis de atenção. O manejo da DRC segue uma linha de cuidado que vai da prevenção ao tratamento substitutivo nos estágios avançados, sendo essencial o acompanhamento contínuo para retardar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos utentes. Por fim, serão apresentados os dados da pesquisa de campo realizada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) com utentes e profissionais de saúde. A pesquisa levantou o perfil dos participantes e a percepção de cada sujeito sobre a linha de cuidado no processo de desospitalização.

5.1 A linha de cuidado e a Doença Renal Crônica (DRC)⁸

A luta pela construção de um sistema de saúde integrado e de acesso universal faz parte dos sonhos e conquistas de uma geração que lutou pelos direitos sociais e pela redemocratização do país. O SUS representa a materialização desse sonho, sendo uma resposta às lutas sociais ocorridas no século XX. Entre as conquistas do SUS, destacam-se as Redes de Atenção à Saúde⁹ (RAS), organizadas em pontos de atenção que ofertam serviços de saúde à comunidade conforme a estrutura e tecnologia disponíveis em cada local (Mendes, 2011).

No Brasil, o estímulo à organização das redes integradas de saúde nos sistemas municipais e estaduais — como forma de assegurar a integralidade do cuidado, a universalidade do atendimento e a equidade na atenção à saúde — ganhou força a partir da década de 1990,

⁸ Aqui, não se pretende aprofundar no Tema das doenças renais, mas, tão somente, situar o leitor acerca das modalidades de tratamento para a doença renal e em quais linhas de cuidado este utente recebe o tratamento a depender do grau de classificação da patologia.

⁹ A Rede de Atenção à Saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

culminando na publicação da Portaria GM nº 4.279/2010 (Brasil, 2010).

Entretanto, apesar dos avanços, o SUS ainda enfrenta desafios estruturais, como a fragmentação da atenção e a organização hierárquica dos serviços (Nakata *et al.*, 2020).

A fragmentação do cuidado, por sua vez, tem contribuído para o aumento das condições crônicas de saúde, que passaram a ocupar papel central nas prioridades da atenção à saúde. A ascensão epidemiológica dessas condições expõe, entre outros fatores, a incapacidade do sistema de saúde em abordar de forma resolutiva as demandas apresentadas (Nakata *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, o SUS precisa se resguardar da fragmentação dos serviços e ações, uma vez que as condições crônicas exigem um tratamento integrado, com compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção. A integração dos serviços reduz o desperdício de recursos humanos, materiais e físicos, além de proporcionar uma experiência mais satisfatória aos utentes. Assim, a implantação das RAS traz benefícios como a redução da fragmentação da atenção, a otimização da infraestrutura, a melhoria da eficiência e da resolutividade, a efetividade clínica e a redução de hospitalizações desnecessárias, promovendo uma desospitalização mais eficiente (Nakata *et al.*, 2020).

Apesar desses benefícios, Oliveira (2016) aponta que o sistema de RAS no Brasil ainda se caracteriza pela fragmentação e desestruturação, resultando na duplicação de serviços, na baixa qualidade do atendimento e na descontinuidade do cuidado, o que eleva os custos, especialmente no tratamento de doenças crônicas.

Não obstante, o modelo de atenção à saúde preconizado pelas prerrogativas legais do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que a perspectiva biomédica ainda prevalece no contexto da assistência, baseada em ações curativas, centrada na figura do médico e estruturada em função da oferta de serviços. Tal enfoque, entretanto, mostra-se insuficiente diante dos atuais desafios sanitários. As diversidades regionais, as desigualdades socioeconômicas, a mercantilização da saúde e a complexidade das relações entre acesso, qualidade, custo e efetividade reforçam a dificuldade de consolidar um sistema verdadeiramente unificado e integrado (Brasil, 2010).

Corroborando essa análise, o Ministério da Saúde (2010) reconhece que, apesar dos avanços, persiste a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde. A atual organização da gestão e da atenção do SUS reflete um cenário caracterizado por (Brasil, 2010):

- a) Lacunas assistenciais significativas;
- b) Financiamento público insuficiente e fragmentado;

- c) Baixa eficiência na aplicação dos recursos;
- d) Modelos de atenção inadequados, incapazes de responder à ascensão das condições crônicas;
- e) Fragilidade na gestão do trabalho, com precarização e carência de profissionais;
- f) Pulverização dos serviços nos municípios;
- g) Pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços, especialmente na Atenção Primária.

Esses fatores evidenciam as fragilidades da rede de atenção à saúde. Ironicamente, o modelo predominante no Brasil é o sistema fragmentado, no qual os pontos de atenção operam de forma isolada e sem comunicação entre si. A Atenção Primária muitas vezes não dialoga com a Atenção Secundária, nem com a Terciária, com ações reativas, episódicas e centradas na doença (CONASS, 2015).

Segundo Mendes (2010), a crise dos sistemas de saúde e a incoerência entre as condições de saúde da população e as respostas institucionais geraram o predomínio das condições crônicas, enquanto o sistema permanece fragmentado e centrado no agravamento das doenças. No modelo fragmentado, prevalece uma estrutura hierárquica baseada em níveis de complexidade crescente, o que gera a desvalorização da Atenção Primária e a supervalorização das práticas de alta tecnologia (Mendes, 2019).

Ainda conforme Mendes (2019), o sistema fragmentado é caracterizado por:

- h) Organização hierárquica sem coordenação ou comunicação entre os níveis;
- i) Foco nas condições agudas de adoecimento;
- j) Objetivos parciais e resultados não mensurados;
- k) Atendimento centrado no indivíduo isoladamente;
- l) Ações reativas às demandas;
- m) Visão curativa e reabilitadora das doenças;
- n) Participação social passiva;
- o) Organização territorial pautada em critérios políticos;
- p) Forte concentração da atuação médica;
- q) Financiamento baseado em procedimentos.

Em contraposição, o sistema de atenção integral é estruturado como uma poliarquia, com coordenação pela Atenção Primária e comunicação eficaz entre os pontos de atenção. Tem como foco tanto as condições agudas quanto as crônicas, organizam-se para a melhoria dos

resultados de saúde da população, mede seus resultados clínicos e econômicos, promove a responsabilização dos utentes em seus cuidados e enfatiza ações preventivas e promocionais, além de garantir a integração da tecnologia da informação e o financiamento orientado por resultados.

Os três elementos que estruturam as Redes de Atenção à Saúde, segundo Mendes (2019), são:

- a) População: razão de ser do sistema, cujas necessidades orientam o planejamento e as ações;
- b) Estrutura operacional: composta pelo centro de comunicação (APS), pontos de atenção (secundária e terciária), sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência, informação em saúde), sistema logístico (prontuários eletrônicos, transporte em saúde) e sistema de governança;
- c) Modelo de atenção¹⁰: baseado na integração e na resposta às necessidades de saúde da população.

É importante destacar que, em uma rede poliarquizada, não há hierarquia entre os serviços. Cada ponto de atenção é igualmente relevante para o alcance dos objetivos da rede. Esse modelo de atenção, conforme Mendes (2011), deve ser moldado pelas condições demográficas, epidemiológicas e sociais de cada sociedade. A estruturação em redes integradas de saúde teve suas primeiras bases aplicadas no início do século XX no Reino Unido (Relatório Dawson), sendo posteriormente adotada em países como Estados Unidos, Canadá, Irlanda, Noruega, Suíça, Holanda, além de países da América Latina, incluindo o Brasil (Oliveira, 2016).

Para Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) seriam organizações poliarquizadas de serviços de saúde, interligadas entre si por ações cooperativas e independentes, ofertando uma atenção integral e contínua de cuidados nos diferentes níveis de atenção. Assim, os "pontos" de cuidado expressam os fluxos assistenciais que o utente deve seguir, respeitando a "hierarquia" dos serviços ofertados em cada nível de complexidade, empregando-se a estratificação para definir as ações em cada camada de risco (primário, secundário e terciário).

¹⁰ Segundo Oliveira (2016) a Portaria nº 4.279/10 estabelece as diretrizes para a organização das RAS, dividindo-as em: Rede cegonha (Port. Nº 1.459/11); Rede de Urgência e Emergência (Pot. GM/MS nº 1.600/11); Rede de Atenção Psicossocial (Port. GM/MS nº 3.088/11); Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência (Port. GM/MS nº 793/12) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Crônica (Port. GM/MS nº 438/14).

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde



Fonte: adaptado de Mendes (2011).

Conforme a figura 01, a integralidade do SUS tem sua gênese e seu fim na própria RAS, sendo estas a porta de entrada do sistema e a sua conclusão, segundo a complexidade dos serviços de saúde (CONASS, 2015).

O sistema de saúde baseado nas RAS deve, portanto, responder de forma efetiva e resolutiva às demandas de saúde oriundas tanto de doenças crônicas quanto agudas, garantindo ao utente o acesso a todos os pontos de atenção de forma ordenada e conforme a necessidade de cada caso. As doenças são, nesse contexto, classificadas entre doenças transmissíveis (DT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Mendes, 2007).

Dentre as DCNT, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC¹¹), que pode se manifestar de forma aguda ou crônica. A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. Os rins exercem funções essenciais para a homeostase corporal, incluindo a regulação da pressão arterial, equilíbrio hidroeletrólítico e excreção de resíduos metabólicos. Devido a essa relevância, a DRC associa-se frequentemente a outras comorbidades cardiovasculares, compondo o quadro de Doenças Renocardiovasculares (DRCV). Segundo definição vigente, a DRC instala-se a partir da redução da taxa de filtração glomerular e da presença de anormalidades estruturais ou funcionais dos rins, persistentes por

¹¹ Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2019) a Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome metabólica caracterizada pela perda progressiva, lenta e irreversível da função tubular glomerular e endócrina dos rins. Caracteriza-se por ser uma doença de difícil detecção em seu estágio inicial e apresenta alguns sintomas em seu estado mais crítico como fadiga, sonolência, confusão mental, diminuição da urina, edemas, sangue na urina, apresenta como fatores de risco a diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares, lúpus sistêmicos, tabagismo, uso de diuréticos, agentes nefrotóxicos e histórico familiar de DRC. O tratamento dispensado ao portador de DRC são diálise peritoneal ambulatorial e contínua (DPAC); peritoneal automatizada (DPA); hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR). (Sousa e Silva, 2023)

um período superior a três meses. O diagnóstico precoce pode ser realizado por meio de exames laboratoriais de baixo custo, amplamente disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilita a intervenção terapêutica nos estágios iniciais da doença. A identificação e o controle dos fatores de risco constituem estratégias fundamentais para a prevenção ou desaceleração da progressão da DRC, com impacto direto na qualidade de vida e longevidade dos utentes (Brasil, 2024).

Entre os sinais e sintomas iniciais da DRC, destacam-se náuseas, vômitos, anorexia, confusão mental, câibras, edemas periféricos e faciais, fadiga, prurido, presença de espuma na urina, dores lombares e musculares, palidez e tonturas (Brasil, 2024). Dados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF, 2023), com base no estudo *Global Burden of Disease* (GBD), apontam para 1,5 milhão de óbitos por doenças renais entre os anos de 1990 e 2017, representando um aumento de 41,5% na taxa de mortalidade no período.

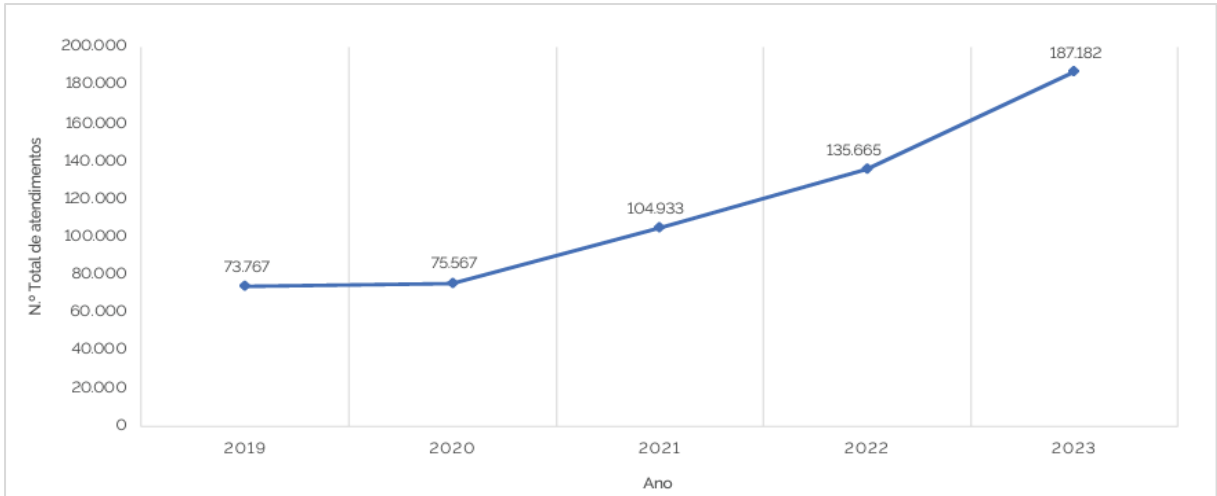
Os principais fatores de risco para a DRC incluem hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (tipo 1 ou 2), obesidade (índice de massa corporal superior a 30 kg/m²), idade avançada, histórico familiar da doença, doenças cardiovasculares, tabagismo e exposição a agentes nefrotóxicos. O controle clínico dessas condições permite reduzir a incidência da DRC e retardar sua evolução para estágios mais avançados, frequentemente associados à necessidade de terapias substitutivas, como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. Tais intervenções são de alta complexidade, custos elevados e impacto significativo na vida dos utentes, podendo ser evitadas com medidas preventivas de proteção cardiovascular e nefroprotetora (Brasil, 2024).

No Brasil, estima-se que 1,5% da população seja acometida pela DRC. Conforme o Censo Brasileiro de Nefrologia (CBN) de 2021, conduzido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 148.363 pessoas estavam em terapia dialítica, sendo que 82% recebiam tratamento pelo SUS. A modalidade predominante é a hemodiálise, seguida pela diálise peritoneal e, em menor escala, pelo transplante renal. Dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) indicam que, entre os 180.510.202 indivíduos cadastrados, 227.478 apresentavam diagnóstico de DRC (CID-10 N18 e suas variantes), o que representa aproximadamente 0,1% do total. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2023 revelou ainda que 1,5% da população adulta relatava diagnóstico médico de insuficiência renal, com maior prevalência entre os idosos (Brasil, 2024).

Adicionalmente, observa-se uma correlação entre o menor nível de escolaridade e a maior incidência de DRC. Esse dado reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à equidade no acesso à informação, prevenção e tratamento. O aumento progressivo da incidência

e da mortalidade relacionadas à DRC evidencia seu reconhecimento como uma das principais questões de saúde pública global no século XXI.

Gráfico 1 – Total de atendimentos na Atenção Primária à Saúde às pessoas com doença renal crônica no Brasil – 2019 a 2023



Fonte: Ministério da Saúde (2024)

Nota: a extração do dado foi realizada com base no CID-10 de insuficiência renal crônica, a saber: N18, N18.0, N18.8 e N18.9

A linha de cuidados, assim como a classificação de DRC, se guiam pelos seguintes fatores, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN):

- a) **Estágio I** - Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $\geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$, alteração de imagem e proteinúria ou hematúria na urina: o utente deve ser acompanhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento de fatores de risco (hipertensão, tabagismo e diabetes entre os fatores de risco), com avaliação da TFG anualmente;
- b) **Estágio II** - TFG ≥ 60 a $89 \text{ mL/min/1,73m}^2$, perda de aproximadamente de 40% da função renal: o utente deve ser acompanhado pela UBS para tratamento de fatores de risco (hipertensão, tabagismo e diabetes entre os fatores de risco), com avaliação da TFG anualmente;
- c) **Estágio III** - TFG ≥ 45 a $59 \text{ mL/min/1,73m}^2$: o utente deve ser acompanhado pela UBS para tratamento de fatores de risco (hipertensão, tabagismo e diabetes entre os fatores de risco), com avaliação da TFG anualmente. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica que poderão matricular o acompanhamento do utente nesse estágio da DRC para tratamento com nefrologista;
- d) **Estágio IV** - TFG ≥ 15 a $29 \text{ mL/min/1,73m}^2$: acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo um nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, nas unidades de saúde especializada, mantendo o vínculo com

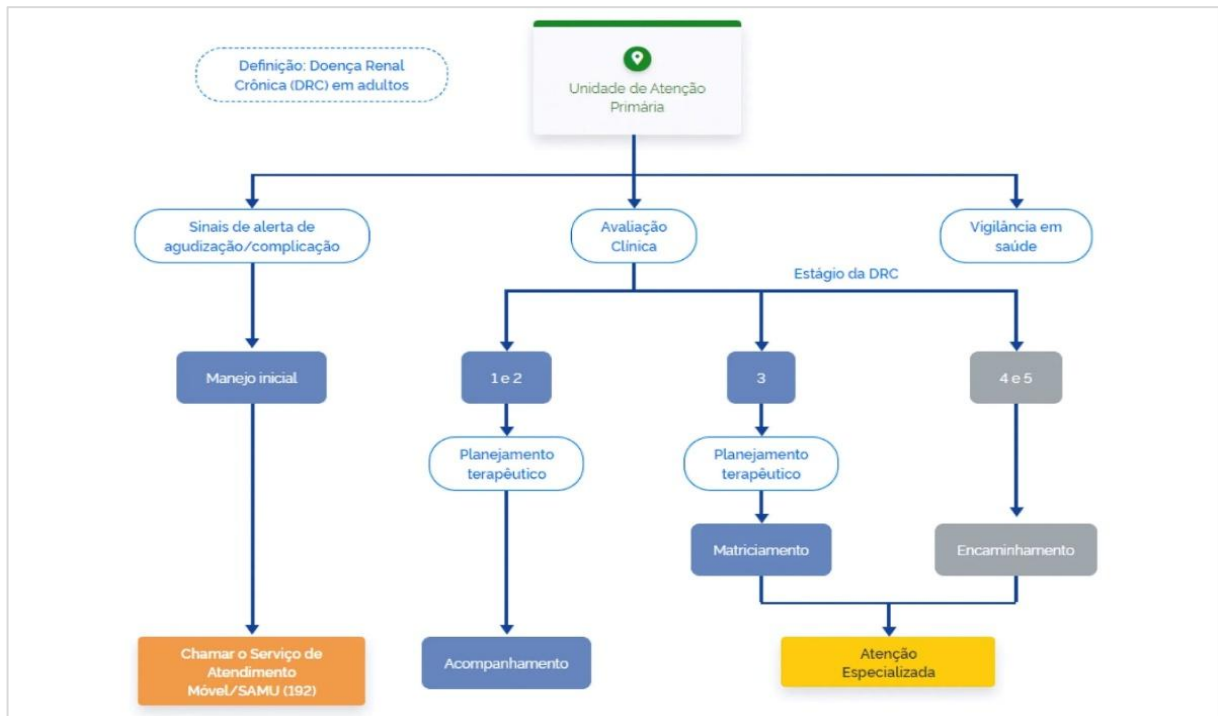
a UBS. A avaliação nefrológica ocorrerá trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica. Já nesse estágio, o utente deve ser esclarecido sobre as modalidades de Tratamento Renal Substitutivo (TRS) por uma equipe multiprofissional da atenção especializada, com o registro de tal esclarecimento no prontuário;

- e) **Estágio V (não-dialítico)** - TFG <15 mL/min/1,73m², em utentes que não estão em TRS: o acompanhamento deverá ser realizado pela equipe multiprofissional. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente. Nesse estágio deverá ser realizado o treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada;
- f) **Estágio V (diálise¹²)**: deve-se indicar TRS para utentes com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m². A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do utente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. O acompanhamento desse procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Conforme observado na Figura 2 (próxima página), à medida que a função renal do utente se deteriora, a linha de cuidado também se adapta, acompanhando proporcionalmente o aumento da complexidade requerida para a atenção em saúde. No Estágio I da Doença Renal Crônica (DRC), as intervenções da rede de cuidado concentram-se nos fatores e nas determinações sociais da saúde da população-alvo — tais como condições de trabalho, segurança alimentar, acesso a ambientes saudáveis e a serviços essenciais, além do nível de escolaridade. Nesse estágio inicial, as ações priorizam a promoção da saúde e a educação sanitária, frequentemente desenvolvidas por meio de iniciativas intersetoriais (Brasil, 2014).

No Estágio II da DRC, embora a complexidade da unidade de saúde responsável pelo atendimento ainda não sofra alterações significativas, a abordagem passa a contemplar os chamados determinantes proximais da saúde, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus. As intervenções concentram-se no controle desses fatores, com vistas à modificação de comportamentos e à promoção de hábitos de vida saudáveis. Assim, tanto nos Estágios I quanto II, as estratégias de cuidado são centradas no estilo de vida dos utentes e na adoção de práticas preventivas (Brasil, 2014).

¹² A hemodiálise (HD) é realizada por uma máquina que remove as impurezas do corpo, como um rim artificial. O tratamento é prescrito com sessão regulares, que a depender da condição clínica do utente, pode variar de frequência e duração. Em média estas ocorrem entre 3-4 vezes semanais com duração variável de até 5 horas por sessão (SBN, 2019).

Figura 2 – Fluxograma de encaminhamento da APS

Fonte: Secretária de Saúde do Distrito Federal (2023)

Legenda: Azul: o utente recebe atendimento neste ponto de atenção

Cinza: o utente deve ser direcionado a outro ponto de atenção

Estágios da Doença Renal Crônica: Consulte.

Manejo inicial: o utente realiza a avaliação inicial e é encaminhado para outro ponto de atenção, de acordo com a gravidade do caso.

Planejamento terapêutico: medidas terapêuticas realizadas neste ponto assistencial.

Matriciamento: o planejamento terapêutico é realizado na Atenção Primária à Saúde com matriciamento na Atenção Especializada.

Encaminhamento: quando o utente deve ser encaminhado para outro ponto assistencial.

Nos Estágios III e IV, as intervenções adquirem caráter predominantemente clínico, com base em tecnologias de gestão voltadas à atenção integral à saúde do utente. Ainda que compartilhem ferramentas semelhantes, cada estágio apresenta especificidades. No Estágio III, as ações priorizam a educação em saúde, com foco no fortalecimento do autocuidado e na manutenção do tratamento conservador, valorizando a atuação da equipe multiprofissional. No Estágio IV, o estímulo ao autocuidado persiste, mas com maior suporte da equipe de saúde, sendo introduzidas estratégias de gestão de casos clínicos. Nessa fase, inicia-se o preparo do utente para o tratamento pré-dialítico, com o objetivo de prolongar ao máximo a terapêutica conservadora (Brasil, 2014).

No Estágio V, a condição clínica passa a ser classificada como de alta complexidade, exigindo a implementação de tratamento renal substitutivo (TRS). O cuidado torna-se altamente individualizado, com intervenções ajustadas às necessidades específicas de cada utente, visando assegurar um atendimento humanizado e de qualidade (Brasil, 2014).

Destaca-se que, a partir do estágio pré-dialítico, o utente passa a ser acompanhado por unidades de média e alta complexidade ambulatorial, além de receber suporte da assistência hospitalar. Torna-se, portanto, essencial o mapeamento das Unidades de Assistência Especializada (UAE) ambulatoriais disponíveis no Distrito Federal, bem como a identificação dos hospitais com estrutura e tecnologia adequadas ao atendimento de casos de DRC agudizada — os chamados "hospitais porta de entrada" (Aguilar, 2019).

Quando o utente em Tratamento Renal Substitutivo (TRS) ou em necessidade iminente desse tipo de intervenção é internado em uma unidade hospitalar, a alta hospitalar somente deve ocorrer após a definição e organização da linha de cuidado ambulatorial que assegure a continuidade do tratamento (Aguilar, 2019).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS, 2019), no Brasil, a modalidade de TRS mais utilizada é a hemodiálise (HD), presente em aproximadamente 93% dos casos. A diálise peritoneal (DP), por sua vez, corresponde a cerca de 6,8% dos utentes. Apesar dos avanços terapêuticos no tratamento da Doença Renal Crônica (DRC), o manejo clínico e o controle dessa condição ainda configuram um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto de doenças crônicas pré-existentes e descompensadas (Alencar, 2013).

As taxas de mortalidade associadas à DRC continuam representando um entrave significativo para a saúde pública. O aumento progressivo das hospitalizações nos últimos anos reflete não apenas a complexidade clínica inerente à doença, mas também seus impactos socioeconômicos e sanitários. As internações hospitalares resultantes da DRC sobrecarregam os serviços de saúde e evidenciam a carência de estratégias mais eficazes de gestão, planejamento e prevenção, particularmente voltadas aos estágios iniciais da enfermidade.

Outro aspecto relevante refere-se às disparidades nas taxas de internação entre homens e mulheres. Tais diferenças podem estar relacionadas a fatores comportamentais distintos entre os gêneros. Estudos apontam que o gênero masculino tende a adotar comportamentos de risco com maior frequência — como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada — o que pode contribuir para uma maior prevalência e agravamento da DRC entre os homens (Brasil, 2024).

5.2 Linha de cuidado da Doença Renal Crônica no DF

De acordo com dados apresentados pela Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES-DF, 2023), a unidade federativa apresenta as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, como grupo que lidera no ranking de adoecimento e

morte no DF, afetando, principalmente, utentes com idade entre 30 e 69 anos. Concomitante com o cenário nacional, no DF, doenças como hipertensão, diabetes, obesidade, doença renal e transtorno mental têm recebido especial tratamento da rede de saúde do distrito devido à complexidade de organização do cuidado em saúde destas comorbidades (SES-DF, 2023¹³).

Segundo dados do Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa (ISMEP, 2024), o Distrito Federal ocupa a quinta posição nacional em incidência de utentes em diálise, com 737 utente por milhão de habitantes, totalizando aproximadamente 2.280 pessoas em Tratamento Renal Substitutivo (TRS). A região é considerada referência para outras unidades da federação no que tange ao tratamento dialítico.

Uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), com o objetivo de avaliar a eficácia da Política de Atenção Primária à Saúde no DF — especialmente quanto aos princípios de acesso universal, resolatividade e coordenação do cuidado — identificou que 85% das unidades de saúde apresentam inadequações estruturais e organizacionais. Entre os principais problemas observados estão: deficiência na acessibilidade, espaços físicos inadequados, ausência de locais apropriados para armazenamento de insumos (como medicamentos, fraldas, vacinas e equipamentos), além da insuficiência de recursos humanos e físicos para o atendimento da população (TCDF, 2024).

Os fatores de risco associados à Doença Renal Crônica representam alguns dos principais problemas de saúde pública enfrentados no Distrito Federal. Além disso, os indivíduos acometidos por essas condições constituem uma parcela significativa da demanda da rede assistencial. Nesse contexto, a linha de cuidado da DRC encontra respaldo normativo na Portaria GM/MS nº 389/2014, que estabelece critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, além de regulamentar o incentivo financeiro destinado ao custeio do atendimento ambulatorial e pré-dialítico (Brasil, 2014).

O sistema de saúde do DF é composto em 07 regiões de saúde.

- a) **Região de Saúde Central:** Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Granja do Torto e Vila Planalto;
- b) **Região de Saúde Centro-Sul:** Candangolândia, Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA).
- c) **Região de Saúde Norte:** Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
- d) **Região de Saúde Sul:** Gama e Santa Maria.

¹³ Dados disponíveis na Secretária de Saúde do Distrito Federal- SES_DF, Vigilância Epidemiológicas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (SES-DF, 2023)

- e) **Região de Saúde Leste:** Paranoá, Itapoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral.
- f) **Região de Saúde Oeste:** Brazlândia, Ceilândia, Pôr do Sol/Nascente.
- g) **Região de Saúde Sudoeste:** Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Arniqueira, Taguatinga e Vicente Pires.

Já a Atenção Especializada do DF encontra-se organizada em Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e Atenção Hospitalar (AH), sendo a AASE o conjunto de ações e serviços especializados em nível terciário, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico.

Atenção Ambulatorial Secundária

- h) Centro Especializados em Doenças Crônicas não transmissíveis;
- i) Hospitais Regionais (HRAN, HRBz, HRC, HRG, HRGu, HRL, HRPI, HRSM, HRSAM, HRS, HRT)
- j) Contratualização: HUB
- k) Policlínicas: Ambulatórios Especializados.
- l) Atenção Hospitalar
- m) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- n) Hospitais Regionais: HRT, HRS
- o) Contratualizado: HBDF, HCB, HUB e ICTDF
- p) Clínicas credenciadas conforme Edital nº 01/2020: Renal Care, Davita Pacini, Davita Brasil, Politécnica Saúde, Renal Vida, Nephron Brasília, Instituto Brasiliense de Nefrologia.

Até o momento, os serviços especializados em Terapia Renal Substitutiva no DF para tratamento de DRC são:

- a) Hemodiálise (HD)
- b) Diálise Peritoneal (DP)
 - Diálise Peritoneal ambulatorial continua (DPAC)
 - Diálise Peritoneal automática (DPA)
 - Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)

As modalidades supracitadas são realizadas por médico nefrologista, via sistema SISREG em Panorama 03 (SES-DF 2023).

5.3 Caracterização do serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte-HRAN

No conjunto dos serviços de saúde do Distrito Federal, o Hospital Regional da Asa Norte

(HRAN) está entre as sete unidades que oferecem atendimento de emergência dialítica. De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), os demais hospitais que prestam esse tipo de serviço são: Hospital Regional de Sobradinho, Ceilândia, Taguatinga, Samambaia, Gama e Santa Maria.

A pesquisa empírica foi desenvolvida no quinto andar do HRAN, onde se localizam os setores de nefrologia, clínica médica e a ala prisional, conhecida como “Papudinha”. A nefrologia do quinto andar dispõe de 10 leitos, organizados em pares em cada cômodo, além dos leitos disponíveis no Pronto-Socorro (PS) para os utentes em emergência dialítica que aguardam vaga no referido andar. Ademais, a unidade oferece serviço ambulatorial e UTI dialítica.

Fotografia 1 – Hospital Regional da Asa Norte- HRAN



Fonte: Agência Brasília (2024)

A equipe do HRAN é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistente social. Além de ser um hospital de urgência e emergência, referência para queimados e outras comorbidades, também se propõe a ser um hospital-ensino¹⁴, sendo berço de formação para diversos profissionais e estudantes da área da saúde. Além de contar com os funcionários, também recebe profissionais da Residência Multiprofissional em Nefrologia e residência médica¹⁵, estagiários de enfermagem, medicina (internos) e demais

¹⁴ O HRAN faz parte dos 202 hospitais-ensino para formação de profissionais da saúde no país conforme a Portaria interministerial nº 2.612, de 6 de outubro de 2021. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino (Brasil, 2021).

¹⁵ O HRAN oferece programas de residência médica em cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, cirurgia do aparelho digestivo, anestesia, ginecologia e obstetrícia, pneumologia, doenças do sono e dermatologia. Atualmente, 80 residentes atuam na unidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), contribuindo para o atendimento aos utentes e o desenvolvimento de pesquisas (SES, 2025).

estudantes que compõe o quadro de profissionais da saúde

Na internação, cada utente é submetido à diálise três vezes por semana, com sessões¹⁶ de aproximadamente quatro horas. As sessões ocorrem em uma sala equipada com cinco máquinas de diálise, e após cada sessão os utentes retornam aos seus respectivos cômodos. Durante as sessões, os utentes são monitorados pela equipe de enfermagem. Uma vez por semana, a equipe multiprofissional se reúne para discutir os casos, momento em que cada profissional avalia as condições de saúde conforme sua área de especialização, a fim de planejar de forma mais adequada o projeto terapêutico do utente. Essas discussões são consideradas no processo de alta hospitalar. A equipe multiprofissional realiza rondas diárias nas cinco enfermarias de nefrologia, colhendo informações dos utentes e acompanhante com o objetivo de manter o prontuário eletrônico atualizado e avaliar suas condições de saúde. Após as rondas, cada caso é discutido individualmente entre preceptores, estagiário, e residentes, a fim de traçar um plano de intervenção personalizado.

Fotografia 2 – Reunião multiprofissional para discussão de caso na unidade de nefrologia¹⁷ do HRAN



Fonte: Ferraz (2023)

Durante a realização da pesquisa empírica, encontravam-se internados dez utentes, sendo três mulheres e sete homens, o que sugere uma maior prevalência de internações entre indivíduos do sexo masculino. Esses dados corroboram com as informações apresentadas por Brasil (2024), no qual o percentual de atendimentos de DRC realizados pelo sexo masculino é

¹⁶ Ressalta-se que a duração e a frequência das sessões diferenciam de acordo com a necessidade dialítica. Podendo ser menor em frequência ou durante, a depender do caso.

¹⁷ Na reunião de equipe encontram-se presentes, duas residentes de nutrição, duas de serviço social, três residentes médico e os profissionais da equipe multi, médico nefrologista, enfermeira e nutricionista.

superior ao feminino com um resultado de 53% dos atendimentos em relação ao sexo feminino entre os anos de 2019/2023. Ademais, a análise de internação por DRC entre 2010-2023 apresenta uma maior taxa entre o sexo masculino representando um percentual de 7,8 internações por 10 mil habitantes, já no sexo feminino esse percentual apresenta maior pico em 2023 com 5,4 internações por 10 mil habitantes (Tabela 1).

Além do mais, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2023), alerta para o aumento gradativo de DRC no sexo masculino ligado a fatores como o consumo de álcool, sedentarismo, obesidade e DM. Segundo Pereira *et al.* (2015, p. 29) “observou alta prevalência de DRC nos estágios iniciais na ESF, sendo os fatores associados: idade \geq 60 anos, sexo masculino, DM e consumo de álcool”. Essa disparidade entre os sexos da taxa de internação por DRC pode ser atribuída a múltiplos fatores, como a HAS com maior taxa no sexo masculino ou a diferença comportamental entre os sexos no qual o homem tende a adoção de hábitos de risco como a má alimentação, tabagismo, sedentarismo e resistência aos cuidados em saúde (Sousa e Silva, 2023).

Tabela 1 – Taxa de internação por IR segundo a faixa etária e o sexo no Brasil (2010 a 2023)

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Faixa etária														
0 a 4 anos	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6
5 a 9 anos	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
10 a 14 anos	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6
15 a 19 anos	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	0,8
20 a 29 anos	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5	1,7	1,6
30 a 39 anos	2,6	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	2,6	2,5	3,0	3,1
40 a 49 anos	4,8	4,9	4,9	5,0	4,9	4,9	4,8	4,9	5,0	5,2	4,7	4,7	5,5	5,5
50 a 59 anos	9,1	9,2	9,0	9,1	9,1	9,2	9,1	9,5	9,6	10,0	8,8	8,7	10,3	10,7
60 a 69 anos	14,5	14,8	15,2	15,3	15,6	15,8	16,1	16,1	16,7	17,4	14,9	15,1	18,5	19,2
70 a 79 anos	20,1	20,7	21,3	21,5	22,6	22,7	22,8	23,2	23,7	24,7	21,5	22,0	28,0	28,5
80 anos e mais	26,3	27,0	28,2	29,6	30,0	30,5	29,7	31,1	31,0	33,2	28,1	29,2	37,4	39,9
Sexo														
Masculino	5,0	5,2	5,3	5,5	5,6	5,8	5,9	6,2	6,4	6,8	6,1	5,6	7,6	7,8
Feminino	3,7	3,8	4,0	4,1	4,2	4,3	4,3	4,4	4,6	4,9	4,3	4,0	5,3	5,4
Total	4,3	4,5	4,6	4,8	4,9	5,0	5,1	5,3	5,5	5,8	5,2	4,8	6,4	6,6

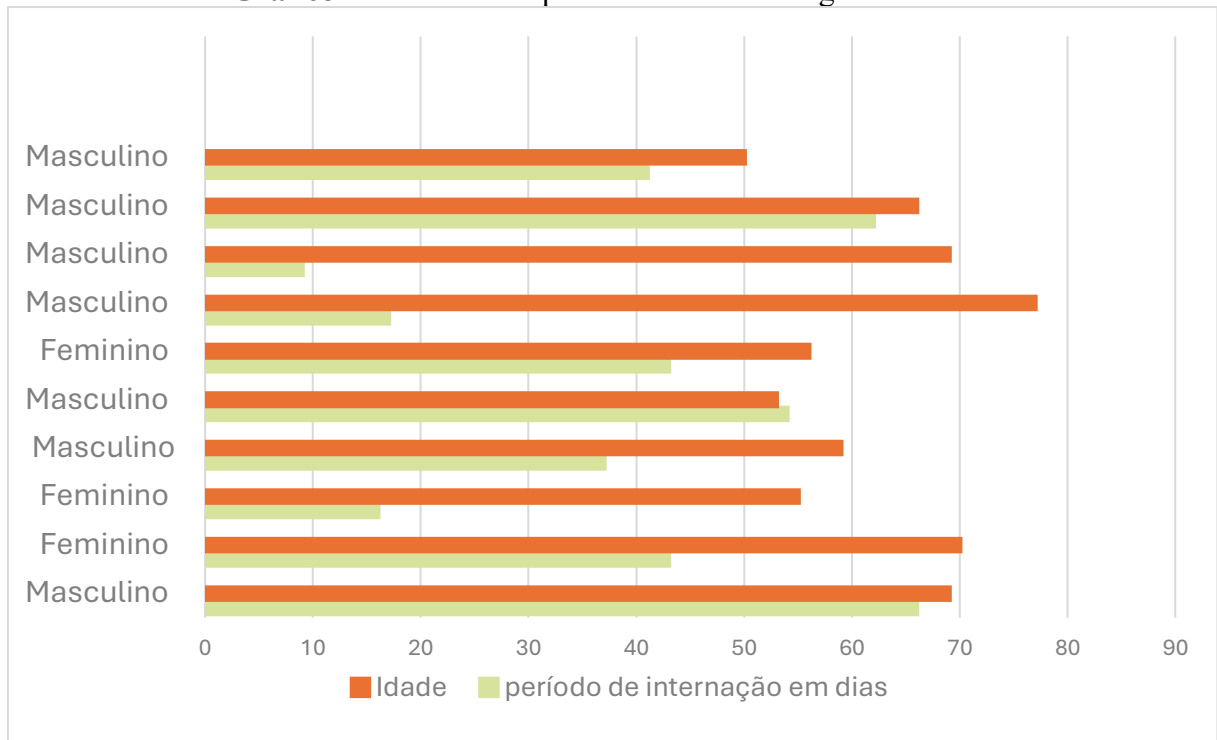
Fonte: Brasil (2024)

Dentre os utentes do sexo masculino em internação, quatro encontravam-se em TRS no

momento da abordagem, um não aceitou participar e outro encontrava-se fora dos critérios de inclusão com uma internação inferior a quinze dias. Deste modo, foram selecionados quatro utentes que aceitaram participar da pesquisa e que se enquadravam nos critérios estabelecidos. Sendo um do sexo masculino e três do sexo feminino.

Durante a busca ativa no prontuário eletrônico, com o objetivo de conhecer os dados clínicos, o tempo de hospitalização e as demandas pendentes, foram encontrados os seguintes dados no Gráfico 2:

Gráfico 2 – Utentes hospitalizados na nefrologia do HRAN



Fonte: elaboração própria baseada no Sistema de Prontuários do HRAN (2025).

Apesar dos dados apresentados indicarem um equilíbrio entre o número de utentes internados com mais de 60 anos e aqueles com menos de 60 anos, o Ministério da Saúde (MS, 2024) afirma que as internações são mais prevalentes entre indivíduos com idade superior a 60 anos. O acesso aos cuidados de saúde exerce um papel fundamental nesse contexto. Ademais, a população idosa tende a apresentar comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), que são fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (DRC).

No que tange à taxa de mortalidade entre utentes com Doença Renal Crônica (DRC) no Brasil, observa-se uma maior prevalência entre indivíduos do sexo masculino, padrão semelhante ao observado nas taxas de internação. Embora o presente estudo não tenha como objetivo específico a análise da taxa de mortalidade entre os utentes atendidos pelo setor de

nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), os dados referentes às internações apresentam-se compatíveis com os resultados divulgados no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024). Quanto à mortalidade, o referido documento apresenta os seguintes dados:

A análise das taxas de mortalidade por DRC evidencia uma diferença considerável entre os sexos, com taxas mais altas na população masculina (Tabela 4). Em 2010, a taxa na população masculina foi de 3,4 óbitos por 100 mil habitantes, em 2022 esse percentual aumentou para 4,7 óbitos por 100 mil habitantes, com maior valor em 2019, com 4,8 óbitos por 100 mil habitantes. No caso da população feminina, as taxas foram mais baixas: 2,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2010, aumentando para 3,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2022, com ápices em 2018, 2019 e 2021, todos com 3,3 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2024, p. 9).

Em síntese, o serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) configura-se como referência estratégica no atendimento dialítico do Distrito Federal, ao articular assistência, ensino e pesquisa. Contudo, sua atuação também reflete os limites estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do crescimento da Doença Renal Crônica (DRC) e das desigualdades sociais que condicionam o acesso e a qualidade do cuidado. Nesse cenário, o HRAN exemplifica tanto os avanços alcançados pela política pública de saúde quanto os desafios persistentes para a consolidação de um sistema efetivamente universal, equânime e integral.

5.4 Perfil sociodemográfico dos sujeitos de pesquisa

O presente subitem se dedica as informações do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa.

Conforme descrito na metodologia, os utentes entrevistados apresentavam um quadro de internação superior a 15 dias. Foram avaliadas a questão gênero, estado civil, cor da pele, núcleo familiar, grau de instrução, situação econômica. Dentre os utentes encontrados em leito, somente o utente oito não se encontrava dentro dos critérios para a entrevista devido ao tempo de permanência ser inferior a 15 dias.

Desta forma, podemos traçar o perfil dos sujeitos de pesquisa através do quadro 1 a seguir para melhor análise e avaliação:

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos utentes participante da pesquisa

Descrição/Utentes	1	2	3	4
Idade	50	56	55 anos	70 anos
Gênero	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino

Dias em internação	41	43	16	43
Estado civil	Solteiro	Viúva	Solteira	Casada
Cor de pele	Parda (negra)	Negra	Parda (negra)	Branca
Núcleo familiar	2 filhos	2 filhos	Sem filhos	Sem filhos
Grau de instrução	E.M.C	E.F.I (analfabeto funcional ¹⁸)	E.M.C	E.F.I (analfabeto funcional)
Situação econômica	Aux. Doença (caminhoneiro)	Pensionista	Doméstica (aguardo do aux. doença)	Aposentada

Fonte: elaboração própria com base no questionário aplicado (2025).

Conforme observado, três mulheres concordaram em participar da entrevista, apesar de, como mencionado anteriormente, sete leitos da enfermaria de nefrologia estarem ocupados por utentes do sexo masculino. Assim, os sujeitos participantes da pesquisa foram majoritariamente compostos por mulheres, correspondendo a três dos casos analisados, e apenas um homem, com idades variando entre 50 e 70 anos. Observa-se uma prevalência de indivíduos em faixas etárias mais avançadas, compatível com o aumento da incidência da Doença Renal Crônica (DRC) entre pessoas idosas, conforme apontado pela literatura.

Segundo Sousa e Santos (2021) e Brasil (2024), os idosos representam um impacto significativo sobre a rede de saúde, em virtude das altas taxas de internação, da predominância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e da maior probabilidade de mortalidade, fatores que contribuem para a ocupação prolongada de leitos hospitalares. O declínio das atividades funcionais entre idosos ocorre em um contexto de múltiplos e complexos agravos à saúde, com marcantes particularidades nas determinações sociais do processo saúde-doença, que distinguem essa população da faixa adulta. Mesmo entre indivíduos da mesma faixa etária, observa-se variabilidade no processo de envelhecimento e nas condições de saúde. Assim, a abordagem em saúde voltada à pessoa idosa deve ser personalizada e pautada no contexto das diversas determinações sociais que influenciam o processo de adoecimento. Nesse sentido, “a ‘epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais’ resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequações nas redes de atenção para atender às novas demandas” (MS, 2014, grifo nosso).

Embora o Estatuto do Idoso assegure o direito ao bem-estar e à participação na vida familiar e comunitária, a permanência hospitalar além do tempo necessário compromete esse

¹⁸ O analfabetismo funcional é o termo utilizado durante a Segunda Guerra Mundial para indicar que as pessoas sabiam ler instruções simples de comando. Hoje, é caracterizado pelo reconhecimento de letras e números, contudo sem a capacidade de interpretar as informações dos textos e utilizá-las no dia a dia. Pessoas funcionalmente analfabetas têm seu desenvolvimento pessoal, profissional e social afetados. No Brasil, aproximadamente 29% da população entre 15 e 65 anos é considerada funcionalmente alfabetizada, sendo este dado mais prevalente em idosos (INAF) (Brasil, 2025).

direito, expondo a pessoa idosa a riscos adicionais à sua condição de saúde primária. Ademais, a ausência de acesso eficaz à atenção primária dificulta o rastreamento e a prevenção de DCNT, que poderiam ser gerenciadas no ambiente domiciliar com o suporte das equipes de saúde, garantindo o bem-estar e o direito à saúde de forma mais acessível.

Na caracterização dos participantes, evidencia-se o baixo nível de escolaridade, o qual pode atuar como fator limitante na construção da autonomia em saúde. Entre os quatro participantes da pesquisa, observa-se um perfil marcado por fragilidade educacional, aspecto que impacta diretamente a compreensão das orientações em saúde e a adesão ao tratamento. Dois sujeitos (Utentes 1 e 3) declararam possuir ensino médio completo (EMC), enquanto os demais (Utentes 2 e 4) apresentaram ensino fundamental incompleto (EFI), sendo classificados como analfabetos funcionais. Essa distribuição demonstra que, embora metade dos participantes tenha alcançado o ensino médio, persiste um quadro de vulnerabilidade educacional, sobretudo quando se considera que o analfabetismo funcional compromete significativamente a capacidade de leitura, interpretação e tomada de decisão frente às demandas do tratamento.

Mais do que uma condição individual, a baixa escolaridade reflete desigualdades estruturais que repercutem diretamente na capacidade de compreender informações clínicas, interpretar prescrições médicas e adotar práticas de autocuidado. Tal limitação compromete não apenas a prevenção de complicações relacionadas à diálise, mas também a adesão a condutas fundamentais, como o controle da pressão arterial, a manutenção de hábitos alimentares saudáveis e o uso seguro de medicamentos.

Adicionalmente, o déficit educacional contribui para uma percepção insuficiente acerca da gravidade da Doença Renal Crônica (DRC), retardando a busca por cuidados nas fases iniciais da doença e favorecendo o agravamento clínico. Em muitos casos, essa condição resulta em maior dependência de familiares na rotina terapêutica, no agendamento de consultas e no cumprimento de dietas específicas, como aquelas com restrição de sódio, essenciais para o controle da DRC. Esse quadro revela a fragilidade das estratégias de promoção da saúde diante da complexidade do cuidado em nefrologia (Brasil, 2019; Silva et al., 2020).

Essa análise dialoga com os achados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), que aponta associação inversa entre o nível de escolaridade e o diagnóstico autorreferido de DRC: quanto menor a escolaridade, maior a prevalência da doença. Pessoas com apenas os anos iniciais de escolarização apresentaram uma média de prevalência de 2,0%, enquanto indivíduos com ensino médio completo ou equivalente registraram uma prevalência inferior, de 1,1%. A proporção tende a diminuir à medida que o grau de instrução aumenta (Brasil, 2024). Tal

evidência reforça a necessidade de políticas públicas que integrem dimensões sociais, educacionais e de saúde, reconhecendo a educação como determinante central para a prevenção e o manejo adequado da DRC.

No que se refere ao estado civil, os participantes apresentam diversidade, sendo identificados como solteiro, viúva, solteira e casada, o que evidencia a heterogeneidade das configurações familiares. Essa condição também se relaciona à composição dos núcleos familiares, visto que duas participantes não possuem filhos, enquanto as demais têm filhos, fator que pode impactar diretamente as redes de apoio social durante o processo de internação e tratamento. Dois dos participantes relataram apoio familiar — uma sendo casada e outra viúva, que passou a residir com a filha após o adoecimento. Os demais não dispunham de uma rede familiar, contando apenas com suporte comunitário. Conforme apontado por Sousa e Santos (2021), a ausência de um núcleo familiar de referência em casos de DCNT pode comprometer o cuidado e a percepção de saúde. Observa-se, ainda, uma relação entre o grau de escolaridade e a composição familiar, uma vez que dois dos participantes relataram não ter filhos e apresentavam analfabetismo funcional.

“Eu acho que eu fiz só até... não sei se o terceiro ou quarta série por aí, eu nem sei. Mas acho que foi isso, eu estudei pouco. Só para assinar o nome, fazer alguma coisinha assim, sabe?” (70 anos, utente 04)

De acordo com dados apresentados pela utente quarto, o estudo que recebeu na infância tinha como propósito assinar o nome. A utente dois, relata a situação de vulnerabilidade social e familiar vivenciada na infância quando se viu obrigada a sair de casa aos 08 anos para trabalhar como babá na casa de ‘amigos’ no intuito de fugir da violência ocorrida no lar.

“Não, eu tive que sair de casa muito cedo com 8 anos de idade, porque estava para ser abusada pelo meu padrasto. Aí eu saí de casa, né? Fui trabalhar na casa dos outros” (56 anos)

A situação econômica dos participantes entrevistados evidencia uma condição socioeconômica marcada pela fragilidade, uma vez que dependem de benefícios sociais, como auxílio-doença, pensão e aposentadoria, ou se encontram em ocupações de baixa remuneração, a exemplo do trabalho doméstico. A média de renda corresponde a um salário mínimo, destinado exclusivamente à subsistência familiar. Essa condição socioeconômica precária, somada ao baixo nível educacional, pode dificultar o acesso a informações, a realização de cuidados preventivos e a adesão ao tratamento.

Esses indivíduos não possuem outras fontes de sustento além do próprio salário, que

também é utilizado para aquisição de insumos relacionados à saúde e manutenção de necessidades básicas. Ressalta-se, nesse contexto, a significativa vulnerabilidade social apresentada pelos participantes, particularmente no que tange à renda e às condições de trabalho.

Como exemplo, o Utente 01 atua em um emprego que não oferece garantias mínimas de alojamento ou alimentação adequada, sendo obrigado a percorrer longas distâncias para realizar entregas e captar novas encomendas. Em estudo realizado no Hospital Regional de Taguatinga (HRT) em 2022, Sousa e Silva (2023) destacaram que a falta de alimentação adequada e a baixa qualidade de vida contribuíram diretamente para o desenvolvimento da DRC em um utente submetido a condições laborais precárias.

A população em situação de maior vulnerabilidade social apresenta maiores iniquidades em saúde, além de enfrentar limitações significativas no acesso às políticas públicas e programas estatais voltados à atenção à saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam menor proporção de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e maior acesso às políticas de saúde, o que favorece o autocuidado. Tal constatação se justifica pelo fato de que pessoas em condição de vulnerabilidade social estão mais expostas a fatores de risco e, simultaneamente, têm acesso limitado a informações e serviços de saúde (Brasil, 2019).

Conforme aponta Garcia-Garcia (2015), os fatores relacionados à pobreza constituem um elemento central no desenvolvimento da DRC, especialmente em países de baixa renda. Segundo o autor, foram registradas elevadas taxas de DRC em comunidades rurais da América Central, Egito e Sri Lanka. Nessas regiões, trabalhadores rurais apresentaram casos de nefrite intersticial, com forte associação ao estilo de vida e às condições laborais.

Outra dimensão que merece destaque refere-se à autodeclaração racial dos participantes da pesquisa, majoritariamente identificados como negros ou pardos. A questão étnico-racial assume importância significativa ao consolidar indicadores sociais que refletem desigualdades estruturais entre os grupos populacionais. Diversos estudos apontam que negros ou pardos, apresentam maior prevalência na progressão da DRC em comparação à população branca (Santos *et al.*, 2020). Esses dados não devem ser atribuídos exclusivamente a fatores biológicos, mas sobretudo às desigualdades sociais e estruturais que caracterizam a sociedade capitalista, nas quais a população negra enfrenta piores condições de vida, menor acesso aos serviços de saúde e desigualdade no acesso às políticas públicas. (Santos *et al.*, 2020).

Um estudo realizado no estado da Bahia, cujo objetivo era analisar a associação entre raça e incidência de DRC, conduzido por Lopes *et al.* (2001), concluiu que os dados obtidos

não demonstraram, de forma definitiva, uma maior prevalência de DRC entre pessoas negras em comparação às brancas. No entanto, estudos realizados em países como os Estados Unidos e o Reino Unido evidenciam uma maior progressão da doença entre a população negra:

A expectativa de que o risco de DRT seria maior em negros e mulatos foi, em parte, influenciada por observações estudos anteriores, indicando uma redução mais rápida da função renal, ao longo dos anos, em pessoas negras do que em brancas, mesmo na ausência de HA e de diabetes mellitus. Além do mais, uma maior susceptibilidade para HA, particularmente formas mais graves, e para lesão renal secundária a HA tem sido observada em negros. A hipótese de que o risco de DRT seria maior nos negros e mulatos foi ainda influenciada pelos resultados de diversos levantamentos feitos na população geral, que têm mostrado de forma consistente maior incidência de DRT em pessoas negras do que em brancas (Lopes *et al.*, 2001, p 82).

As desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira manifestam-se de forma evidente nas distintas condições de saúde observadas entre os diversos grupos populacionais. Essas diferenças se refletem tanto na exposição a fatores causais da saúde e da doença quanto no acesso desigual aos recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Elementos como escolaridade, renda, raça/cor e composição familiar evidenciam a profunda vulnerabilidade social e a perpetuação das desigualdades no contexto do modelo capitalista. Segundo Bianco (2020), as necessidades de saúde dos utentes são condicionadas pela ordem social e econômica vigente, refletindo-se nas desigualdades sociais e nas precárias condições de vida enfrentadas por grande parte da população.

O tempo de internação dos participantes da pesquisa variou entre 16 e 43 dias, com predomínio de longos períodos hospitalares. Tal condição pode estar relacionada, por um lado, à gravidade clínica dos casos e ao impacto da Doença Renal Crônica (DRC) na vida dos sujeitos, exigindo acompanhamento contínuo e prolongado no contexto hospitalar, e, por outro, às dificuldades em estabelecer um processo de alta hospitalar responsável.

Sousa e Santos (2021, p. 6) destacam que as dificuldades enfrentadas no processo de desospitalização, especialmente no que se refere ao acesso aos demais níveis de atenção e às políticas públicas, constituem um dos principais entraves à efetiva transição do cuidado hospitalar:

ausência e/ou dificuldade de acesso às políticas públicas eficazes, por este motivo vários usuários com condições clínicas favoráveis para continuar o tratamento em domicílio permanecem na instituição por dependerem de algum tipo de tecnologia, como observado no relato de um dos entrevistados. [...]Sabemos que a cronicidade, por representar a impossibilidade de cura, requer cuidados e providências que assegurem ao usuário viabilidade à desospitalização. Dito isto, possibilitar a saída de um usuário do ambiente hospitalar para dar seguimento ao tratamento de forma segura e contínua em outro ambiente é um desafio que vem sendo enfrentado pelo SUS, principalmente por haver uma transição no nível de cuidado. (Sousa e Santos, 2021, p. 6)

Para as autoras, uma das barreiras que o processo de desospitalização encontra é a dificuldade na referência e contrarreferência da rede, no qual as demandas apresentadas pelos utentes durante o período de internação não são solucionadas ou respondidas pelo poder público.

Dos utentes entrevistados, a pessoa idosa, era a única que não apresentava previsão de alta devido a vaga de HD na cidade de Valparaíso de Goiás:

“Sem previsão de alta porque não saiu lá para mim, né? Que nem a (nome da utente 03) que chegou depois de mim e já vai sair, e eu?” (70 anos, utente 04)

De acordo com Sousa e Santos (2021), o tempo prolongado de hospitalização em idosos influencia negativamente na qualidade de vida e na morbimortalidade, podendo esses efeitos se estender para o período pós-alta. Tal condição acarreta perda de autonomia e aumenta a probabilidade de reinternações. A esse fator soma-se a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que agravam ainda mais a capacidade funcional e a autonomia dos indivíduos idosos.

Essa realidade impõe desafios significativos à efetivação dos princípios do SUS, sobretudo porque os problemas enfrentados possuem natureza estrutural e estão intrinsecamente vinculados ao modelo societário neoliberal. Sob essa perspectiva, o SUS passa a ser concebido como um sistema voltado exclusivamente para as populações em situação de vulnerabilidade social, que não dispõem de recursos financeiros para a contratação de serviços privados. Tal concepção atribui ao Estado uma função focalizada e restrita, deslocando para a sociedade civil a responsabilidade por demandas que, constitucionalmente, são de natureza pública e universal.

Como resultado, observa-se um processo de desfinanciamento das políticas públicas de saúde, legitimado por sucessivas "reformas constitucionais" iniciadas durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Tais reformas foram justificadas pelo argumento de que a Constituição Federal de 1988 representava um entrave à modernização econômica do país. Uma das consequências mais evidentes desse processo de contrarreforma é a crescente desresponsabilização do Estado frente às demandas sociais. Nesse contexto, predominam ações pontuais e de caráter minimalista, sem a ampliação efetiva dos direitos sociais e sem o enfrentamento das bases estruturais do modelo neoliberal. Como destacam Bravo (2009) e Behring (2011), as políticas sociais passam a ser interpretadas como oportunidades de lucratividade para o capital.

No que se refere à composição dos profissionais entrevistados, o levantamento evidenciou a seguinte configuração: o médico, identificado pela cor azul, possui 25 anos de experiência na área, é doutor em Nefrologia, professor da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), preceptor e tutor da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), além de atuar como chefe do setor de Nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). A enfermeira, associada à cor rosa, atua há 17 anos, possui pós-graduação em Enfermagem Hospitalar, é professora de estágio e exerce suas funções nas unidades de internação clínica médica e nefrológica. Por fim, a assistente social, representada pela cor amarela, conta com 8 anos de experiência profissional, é pós-graduada em Serviço Social e atua como preceptora na área de nefrologia pela FEPECS.

Observa-se a presença de uma equipe multiprofissional com formações e trajetórias distintas, que contribuem de maneira complementar para o cuidado em nefrologia. O médico, com 25 anos de experiência, alia a prática clínica à atuação acadêmica e de gestão. A enfermeira, com 17 anos de atuação, desempenha papel central no acompanhamento direto dos participantes, articulando a dimensão assistencial com a formação de novos profissionais. Já a assistente social, com 8 anos de experiência, atua na interface entre a atenção à saúde e as determinações sociais, além de exercer funções de preceptoria em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Essa composição evidencia a relevância de diferentes saberes e práticas no manejo da Doença Renal Crônica (DRC), ressaltando a importância do trabalho multi e interdisciplinar no contexto hospitalar.

Em linhas gerais, o perfil sociodemográfico dos participantes entrevistados revela um conjunto de vulnerabilidades interligadas — de ordem educacional, econômica, familiar e étnico-racial — que incidem diretamente na experiência do adoecimento e no acesso ao cuidado em saúde. O baixo nível de escolaridade, a dependência de benefícios sociais ou de trabalhos precarizados, bem como a autodeclaração de cor/raça majoritariamente preta ou parda, configuram determinações sociais que reforçam desigualdades históricas e estruturais no enfrentamento da Doença Renal Crônica (DRC). Esses elementos não apenas ampliam o risco de agravamento clínico e prolongam o tempo de internação, como também evidenciam os limites do Sistema Único de Saúde (SUS) em lidar com as múltiplas expressões da questão social no contexto da atenção hospitalar. Assim, compreender esse perfil é fundamental para subsidiar estratégias de cuidado mais equitativas, capazes de responder às demandas específicas desses sujeitos e, ao mesmo tempo, enfrentar as barreiras estruturais que atravessam o processo saúde-doença no Brasil.

Durante o processo de entrevistas, foram analisados os dispositivos públicos acionados

pela equipe multiprofissional, pela instituição e pelos próprios utentes, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado e garantir a integralidade no processo de desospitalização, aspectos que serão aprofundados nas seções seguintes.

5.5 Caminho Assistencial e os desafios na garantia do direito universal e integral à saúde na atenção na nefrologia

A Doença Renal Crônica (DRC) é reconhecida globalmente como uma condição clínica de elevada complexidade, exigindo abordagens multifatoriais tanto no que se refere à prevenção quanto ao tratamento. Trata-se de uma patologia associada a altos índices de mortalidade e morbidade, com expressivo impacto econômico e social, configurando-se como um desafio substancial à saúde pública internacional (Nakata; Feltrin; Ferreira, 2022). Apesar dos avanços registrados em nível mundial quanto à ampliação do acesso às diferentes modalidades terapêuticas para o tratamento da DRC, persistem obstáculos significativos, especialmente nos países periféricos ou em desenvolvimento, onde as desigualdades estruturais limitam a efetivação do direito à saúde.

No Brasil, a responsabilidade pelo atendimento às pessoas com DRC é atribuída ao Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura, em termos legais e normativos, o acesso universal e gratuito às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico dos utentes. Além disso, conforme a Lei nº 103/2024, os indivíduos diagnosticados com DRC são legalmente reconhecidos como pessoas com deficiência, o que lhes garante o acesso a uma série de direitos sociais específicos (BRASIL, 2024). Ainda assim, como apontam Mercado-Martinez *et al.* (2014), a realidade da atenção à saúde dessa população é marcada por profundas assimetrias regionais, especialmente quando se trata de populações residentes em territórios vulnerabilizados e desassistidos.

As dificuldades enfrentadas por esses utentes não se restringem à escassez de recursos materiais ou humanos. Elas envolvem também barreiras logísticas, ausência de redes de cuidado intersetoriais, descontinuidade no acompanhamento pós-alta e, por vezes, a necessidade de judicialização para assegurar o acesso a tratamentos ou insumos essenciais. Estudos como o de Silva *et al.* (2012) evidenciam que, mesmo com o arcabouço legal existente, a implementação das políticas públicas sofre entraves que revelam a distância entre a norma e a realidade concreta dos serviços de saúde.

Considerando os fatores de risco associados à DRC e as determinações sociais do processo saúde-doença, o presente estudo coletou, por meio de entrevistas semiestruturadas, informações acerca do quadro clínico dos utentes, grau de dependência funcional, existência de

rede de apoio no período pós-alta hospitalar, acesso à rede de saúde e à assistência social, orientações recebidas sobre o processo de desospitalização e, finalmente, se houve necessidade de recorrer ao sistema judiciário para assegurar a continuidade do tratamento.

A análise desses dados permitiu a elaboração de um panorama detalhado da condição dos utentes atendidos, possibilitando reflexões críticas sobre os limites e potencialidades do SUS no enfrentamento da DRC, especialmente à luz das desigualdades sociais que perpassam o acesso aos direitos fundamentais. Com base nesse levantamento, torna-se possível problematizar a efetividade das políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da pessoa com DRC.

Quadro 2 – Descrições clínicas e sociais dos/as utentes entrevistados/as

Utente/Descrição	1	2	3	4
Quadro clínico	DRC, AVC, DM, HAS	DRC, AVC, HAS e DM	DRC	DRC, HAS
Rede de apoio	Reside sozinho	Familiar	Comunitária (entregadores)	Reside sozinha
Acesso à RAS	Acompanhamento irregular	Sem acompanhamento	Acompanhamento regular	Sem acompanhamento
Acesso a assistência social	Bolsa Família	Não	Não	Não
Orientação e desospitalização	Sem previsão de alta, pendências médicas.	Orientações sobre a DP e família em treinamento	Orientações com vaga de HD	Sem previsão de alta, pendência de vaga de HD
Judicialização	Não.	Não	Não ¹⁹	Sim

Fonte: elaboração própria com base no questionário aplicado (2025).

No que se refere ao quadro clínico, observou-se que todos os entrevistados apresentavam alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), com destaque para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Ambas são amplamente reconhecidas na literatura especializada como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência renal e, em estágios mais avançados, da Doença Renal Crônica (DRC). Além disso, indivíduos com histórico familiar de DRC ou com comorbidades cardiovasculares constituem grupos com maior suscetibilidade à evolução para formas graves da doença, o que demanda estratégias de cuidado mais rigorosas e contínuas (SBN, 2021).

Além do mais, conforme o autor supracitado, outros fatores têm sido identificados como contribuintes significativos para o surgimento e agravamento da DRC. Entre eles, destacam-se

¹⁹ No momento da entrevista, utente afirma que apesar de não ter necessitado entrar pela via judicial para a garantia do direito à saúde, seu familiar, irmão, para conseguir a vaga de HD recorreu a defensoria pública de Minas Gerais para ter acesso ao tratamento dialítico. Uteute afirma ser o quinto caso de DRC na família com diagnóstico confirmando, suspeitando que outros familiares que vieram a óbito também tivessem DRC, contudo sem diagnóstico clínico para tratamento.

a obesidade, o consumo excessivo de proteínas, a presença de proteinúria e os determinantes étnico-raciais e sociais, notadamente a condição de vulnerabilidade socioeconômica. Esses elementos refletem a complexidade das determinações sociais da saúde, segundo o qual a saúde é influenciada por múltiplas dimensões estruturais.

Cabe ressaltar que, entre os utentes participantes da pesquisa, dois apresentaram complicações neurológicas decorrentes do descontrole de HAS e DM, mais especificamente Acidente Vascular Cerebral (AVC). A ausência de acompanhamento sistemático e preventivo na Atenção Primária à Saúde (APS) compromete significativamente a detecção precoce e a intervenção tempestiva em casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Essa lacuna sugere a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que deveria operar com base nos princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado.

“Não. não, muito raro, por isso que eu me lasquei com rim, porque eu fazia nada, né? Aí, quando tipo descobri, foi tarde demais.” (utente 02)

“É porque ela, a gente não pensava tanto em acompanhar por ela não ser idosa ela ainda tem só 56 anos. Na verdade, 55 não é? Aí ela não tinha, ela não apresentava nada de errado, nada, nada, nada. Aí quando começou os inchaços e aí a gente começou a levar no médico para acompanhar. Ela não sentia dor de nada, nada, nada. Aí quando começou a encher o pé, a gente começou no médico, aí foi descobrindo o problema e descobri o outro aí pensando o que aconteceu? Foi tudo.” (Neto, utente 2)

Aí eu ruim, ruim, ruim. [...] Fui no posto, depois eu fui marcar uma consulta particular e fui fazer os exames. Cheguei lá, a médica falou assim, você tem que repetir os exames de novo. Digo não, vamos embora. Aí fui pra casa, aí liguei para meu irmão aqui na Ceilândia. Ele falou, eu vou já te pegar aí pra gente fazer uma consulta aqui em Taguatinga, na UPA, né? Na Ceilândia, aí eu vim, consultei no UPA, tomei remédio. Tomei um horror de remédio lá que eu não sei o nome. [...] Aí eu fui no outro médico, no centro de saúde, marquei a consulta. Aí foi que eles mandaram, eu vim para cá, eu cheguei aqui. O doutor Fábio, eu não acredito miudinha. Que ele me chama de miudinha, pequeninha. Você não morreu, foi um milagre porque seus rins estava. já parando (Utente 04).

Os relatos dos utentes indicam que o acesso ao diagnóstico e às orientações adequadas somente ocorreu após uma verdadeira “peregrinação” pelo sistema de saúde. Esse percurso fragmentado e descontinuado revela as dificuldades enfrentadas por populações em situação de vulnerabilidade para acessar os níveis de atenção necessários, contribuindo para o agravamento das condições clínicas e o aumento da demanda por cuidados de alta complexidade.

Em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), por meio do Processo nº 1567/2020-e, nas 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que abrange o território da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), cujo objetivo era avaliar a implementação da Política de Atenção Primária à Saúde, constatou por meio da Decisão nº 2720/2024, a qual evidenciou uma série de fragilidades operacionais no sistema de atenção básica, entre elas a falha na integração e na comunicação entre os níveis de atenção primária e

especializada e a ausência de sistemas informatizados adequados para viabilizar o compartilhamento eficiente de informações entre os distintos níveis de atenção, comprometendo, assim, o funcionamento do fluxo de referência e contrarreferência dos utentes atendidos nos serviços públicos de saúde.

Esse cenário corrobora os dados obtidos nas entrevistas realizadas com os utentes e seus familiares, que demonstraram desconhecimento prévio acerca do diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC). Em grande parte dos casos, a condição não foi identificada durante o acompanhamento na atenção primária, apesar da presença de comorbidades já estabelecidas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), reconhecidamente os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC. Esta, por sua vez, caracteriza-se por uma evolução clínica silenciosa, frequentemente assintomática nos estágios iniciais, sendo muitas vezes diagnosticada apenas quando já requer intervenções de alta complexidade, como hemodiálise ou transplante renal.

A HAS e a DM são doenças crônicas de elevada prevalência no Brasil e, embora potencialmente controláveis, exigem intervenções contínuas baseadas em ações de promoção da saúde, uso racional de medicamentos e modificações no estilo de vida, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e redução do consumo de álcool. A atenção primária, por sua capilaridade e vínculo com o território, é o espaço privilegiado para a detecção e acompanhamento dessas condições. Uma vez diagnosticados, os utentes devem ser inseridos no Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), que tem como finalidade promover o controle clínico da HAS e da DM, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida. O programa, é vinculado a atenção básica por meio da UBS e da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), com acompanhamento contínuo. O programa prevê a educação em saúde, distribuição de medicamentos e monitoramento clínico periódico dos utentes atendidos na atenção básica (Dias *et al.*, 2014). Contudo, conforme os dados apresentados nas entrevistas, esta realidade encontra-se longe dos utentes em internação na nefrologia do HRAN.

“Não. não, muito raro, por isso que eu me lasquei com rim, porque eu fazia nada, né? Aí, quando tipo descobri, foi tarde demais.” (utente 02)

“É porque ela, a gente não pensava tanto em acompanhar por ela não ser idosa ela ainda tem só 56 anos. Na verdade, 55 não é? Aí ela não tinha, ela não apresentava nada de errado, nada, nada, nada. Aí quando começou os inchaços e aí a gente começou a levar no médico para acompanhar. Ela não sentia dor de nada, nada, nada. Aí quando começou a encher o pé, a gente começou no médico, aí foi descobrindo o problema e descobri o outro aí pensando o que aconteceu? Foi tudo.” (Neto, utente 2)

“Aí eu estava ruim, ruim, ruim. Aí quando cheguei aqui (DF). Aí eu digo, vou no posto, né? Aí peguei, fui ao posto, depois eu fui marcar uma consulta particular e fui fazer os exames. Cheguei lá. A médica falou assim, você tem que repetir os exames

de novo. Disse não, vamos embora. Aí fui pra casa, aí liguei para meu irmão na Ceilândia. Ele falou, eu vou já te pegar aí pra gente fazer uma consulta aqui na Taguatinga, no UPA, né? Na Ceilândia, aí eu vim, consultei no UPA, tomei remédio. Tomei um horror de remédio lá que eu não sei o nome. Só sei que eu estava tão ruim” (utente 04).

Ou apresentam um acompanhamento irregular nas RAS

“Não eu, eu, toda semana não. Porque eu fui pro Maranhão e aí retornei. Aposentei, né? Aí eu fui e tive uma crise, né? renal. Aí eu fiquei internado aqui” (utente 01).

Os sistemas de saúde fragmentados, notadamente presentes no contexto brasileiro e também em outras realidades internacionais, caracterizam-se por uma organização desarticulada entre os diferentes níveis de atenção e pela prevalência de estruturas centradas em pontos de cuidado isolados, carentes de mecanismos efetivos de comunicação e integração. Tal configuração compromete a integralidade da atenção à saúde e dificulta a consolidação de uma linha de cuidado contínua e resolutiva. Essa problemática foi evidenciada na auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), conforme consta no Processo nº 1567/2020-e, a qual apontou falhas sistemáticas na comunicação entre os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente entre a atenção primária e os serviços especializados, além da ausência de sistemas informatizados que possibilitem a troca adequada de informações clínicas entre os profissionais e serviços.

Mendes (2012) aprofunda essa análise ao afirmar que os sistemas de saúde fragmentados, além de não se organizarem com base em uma população adscrita, operam sem definição clara de responsabilidade sanitária, o que inviabiliza a construção de vínculos efetivos entre utente e equipes de saúde. Como resultado, a Atenção Primária à Saúde (APS) — que deveria funcionar como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede — deixa de cumprir esse papel, tornando-se apenas mais um ponto isolado dentro de um circuito assistencial desconexo.

Nesse modelo, conforme Mendes (2012), os fluxos de referência e contrarreferência se mostram ineficazes ou inexistentes, e a ausência de articulação com os sistemas de apoio diagnóstico, logístico e de regulação agrava a fragmentação do cuidado. As ações de saúde, assim, tornam-se predominantemente reativas e episódicas, com ênfase na atenção às demandas agudas e emergenciais, em detrimento de abordagens preventivas, promocionais e de acompanhamento longitudinal. Tal lógica assistencial é especialmente ineficaz no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como a Doença Renal Crônica (DRC), que exigem atenção contínua, interdisciplinar e integrada entre os diversos

pontos de atenção.

Apesar de a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica (PNAPDR), instituída em 2004, estabelecer diretrizes normativas e operacionais para a organização da linha de cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), persistem lacunas significativas em sua implementação. Essa política propõe uma atuação coordenada entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo claramente as atribuições dos diversos níveis de atenção — da prevenção e rastreamento na Atenção Primária à Saúde (APS) ao tratamento especializado e à terapia renal substitutiva. Todavia, os dados empíricos observados nesta pesquisa demonstram que, na prática, há entraves substanciais no acesso e na continuidade do cuidado aos grupos populacionais de risco, particularmente no contexto da atenção básica.

Esses achados convergem com a análise crítica de Mendes (2011), que aponta para a existência de um descompasso estrutural entre o perfil epidemiológico vigente — marcado pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) — e um modelo assistencial ainda orientado para a resposta a agravos agudos, emergenciais e episódicos. A fragmentação do cuidado, a ausência de fluxos integrados e a reatividade dos serviços comprometem diretamente a efetividade das ações de prevenção e o controle clínico das condições crônicas, como a DRC.

No presente estudo, apenas uma participante (utente 03) relatou acompanhamento regular por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Lago Norte. O encaminhamento da utente para avaliação especializada decorreu da alteração de exames de rotina, mesmo na ausência de sintomas clínicos aparentes. Esse caso revela a importância crucial da atuação proativa da APS na detecção precoce de agravos e no monitoramento contínuo dos grupos de risco. A experiência dessa utente ilustra, ainda, como a vigilância em saúde, baseada na análise periódica de indicadores clínico-laboratoriais, pode promover intervenções oportunas e evitar desfechos adversos. Mais uma vez, as ações de cunho preventivo demonstram a importância de uma ação de saúde integral e continua na atenção básica.

Tais achados da pesquisa encontram respaldo na auditoria conduzida pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), conforme o Processo n.º 1567/2020-e. O referido documento evidencia não apenas as desigualdades na distribuição e no acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Regiões de Saúde do Distrito Federal, como também aponta que a cobertura populacional das equipes de Saúde da Família permanece abaixo de 65%, percentual inferior ao recomendado. Ademais, destaca-se a sobrecarga das equipes, frequentemente agravada pela ausência de reposição de profissionais afastados por

motivo de licença ou adoecimento. Essa situação configura um ciclo de retroalimentação de precarização do trabalho em saúde, pois o acúmulo de atribuições compromete a qualidade do cuidado e contribui para o adoecimento dos próprios trabalhadores do SUS.

Um dado adicional de relevância clínica e epidemiológica refere-se à ausência de sintomas na maioria dos utentes em processo de encaminhamento para terapia dialítica. Essa característica inerente à DRC reforça a necessidade de se estabelecer mecanismos sistemáticos de vigilância clínica na APS, com foco nos grupos de risco, como indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou histórico familiar de doença renal. Assim, torna-se imprescindível consolidar práticas assistenciais que priorizem o cuidado longitudinal, a gestão compartilhada de casos e a integralidade do atendimento — elementos fundamentais para o enfrentamento qualificado das DCNTs no SUS.

“Não, nada. Eu estava numa consulta de rotina do posto e o posto me mandou vir pra cá. Eu faço acompanhamento, né?” (utente 03)

“Nunca senti sintoma de nada. Se eu não tivesse qualquer problema, eu até hoje, estava em casa que eu estava sentindo nada, né?” (utente 04)

Outro dado apresentado é a responsabilidade do cuidado no pós-alta destes utentes que se encontram em internação prolongada e que necessitam retornar ao lar e continuar o cuidado em saúde do ambiente doméstico.

“Eu vivo no trabalho do Lago Norte. Eu sou do Lago Norte, vivo no trabalho. Meu apoio é tudo lá, meus endereços é de lá, eu tô lá sempre, direto. Aí eu vou pra casa de terceiros até então, né? Pelo menos essa semana. Não sei que vou fazer. **Eu juro que eu estou meia perdida.** Depois que eu sair daqui que eu vou ver que rumo eu vou tomar.” (utente 03)

Em relação a acesso as demais políticas da Seguridade Social, somente o utente 01 apresentou receber auxílio da Assistência Social através do programa bolsa família. Os demais declararam não receber auxílio do governo, devido as condições de trabalho.

“Nunca, nunca recebi nada de auxílio até então, né? Estava trabalhando” (utente 03).

As condições sociais e laborais exercem influência direta e significativa na experiência de vida dos indivíduos acometidos por doenças crônicas, especialmente aqueles diagnosticados com Doença Renal Crônica (DRC). Sendo uma enfermidade de caráter progressivo e degenerativo, a DRC promove a perda gradual e irreversível da função renal, culminando em um conjunto de limitações clínicas e funcionais que impactam diretamente a vida cotidiana, inclusive as esferas pessoal, social e profissional dos indivíduos afetados (Sousa e Silva, 2023).

As evidências apontam que pessoas com DRC enfrentam dificuldades substanciais para

manter vínculos empregatícios formais, em virtude das exigências impostas pelo tratamento e pelos sintomas associados à doença. Entre os desafios relatados estão a fadiga crônica, hipotensão arterial, dores musculares, redução da concentração e da capacidade funcional geral, os quais comprometem tanto a produtividade quanto a presença regular no ambiente laboral. A situação se torna ainda mais complexa quando o utente evolui para a necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS), em especial a hemodiálise (HD), que demanda, em média, três sessões semanais com duração de aproximadamente quatro horas cada, totalizando ao menos 12 horas semanais dedicadas exclusivamente ao tratamento — sem considerar os deslocamentos e o tempo de recuperação pós-sessão (SBN, 2019).

Neste cenário, o planejamento e a flexibilidade de horários tornam-se imperativos para a organização da rotina, exigindo adaptações não apenas na rotina individual, mas também nas condições de trabalho. Ademais, as limitações físicas impostas pelo uso dos dispositivos de acesso vascular, como o cateter venoso central ou a fístula arteriovenosa, frequentemente requerem modificações no ambiente laboral para garantir a segurança e a manutenção da funcionalidade do dispositivo (Brasil, 2014).

No presente estudo, foram identificadas situações emblemáticas que ilustram tais desafios. O utente 01, por exemplo, exercia a função de motorista de caminhão, sendo necessário adequar tanto o veículo quanto a sua categoria de habilitação, a fim de compatibilizá-los com as restrições impostas pelo uso do cateter jugular. Já a utente 03 demandava ajustes em suas obrigações laborais devido à mesma condição, considerando que um dos cuidados preconizados no manejo desses dispositivos inclui a recomendação de evitar umidade, calor excessivo e transpiração na região de inserção. Dessa forma, atividades que envolvam longos períodos em ambientes abafados ou em frente ao fogão representam riscos reais de infecção e comprometem a integridade do tratamento.

Essa realidade impõe aos utentes um cenário de insegurança quanto à continuidade de suas atividades laborais e, conseqüentemente, de suas condições financeiras. Como destacado por Sousa e Silva (2023), o impacto econômico do adoecimento figura entre as principais preocupações relatadas por utentes renais, especialmente por aqueles que não possuem renda fixa ou estão impedidos de exercer atividades remuneradas regulares. A vulnerabilidade socioeconômica, nesse contexto, potencializa as iniquidades em saúde, ampliando as barreiras ao acesso a tratamentos, medicamentos e suporte social.

Quando o suporte familiar está presente, como nos casos em que existe um cuidador, a sobrecarga recai sobre esse indivíduo, sem o devido respaldo das políticas de proteção social. Por outro lado, na ausência desse suporte — como observado no caso da utente 03, que conta

apenas com apoio comunitário —, acentua-se o sentimento de insegurança quanto ao futuro, evidenciando a lógica neoliberal de transferência da responsabilidade do cuidado à família e à comunidade, eximindo o Estado de seu dever constitucional de garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde:

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização. (Andreazzi; Bravo, 2014, p. 510)

A desospitalização, quando analisada sob a lógica do capitalismo contemporâneo, evidencia tensões estruturais entre a racionalização dos custos públicos e a efetivação dos direitos sociais. Nesse contexto, a alta hospitalar deixa de ser compreendida como etapa de um processo contínuo e integral de cuidado, e passa a ser tratada como instrumento de liberação de leitos e contenção de gastos — deslocando o foco da atenção à saúde para a eficiência operacional. Tal abordagem contradiz os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o da integralidade, ao reduzir o cuidado à sua dimensão técnica e fragmentada, desvinculada das necessidades sociais e subjetivas dos sujeitos em situação de adoecimento.

Wiese, Dal Prá e Miotto (2017) argumentam que, sob a ótica neoliberal, a desospitalização é frequentemente conduzida de maneira precipitada, sem que os utentes, familiares e cuidadores tenham sido adequadamente preparados para assumir a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar. O resultado é a transferência tácita da responsabilidade assistencial para o núcleo familiar, muitas vezes desprovido de condições materiais, técnicas e emocionais para assumir tal incumbência. A ausência de suporte estatal evidencia uma lógica de desresponsabilização do poder público, que acaba por reforçar as desigualdades sociais preexistentes ao atribuir à esfera privada o ônus de um cuidado que deveria ser público e universal.

Os dados empíricos deste estudo reforçam essa perspectiva. Os utentes 01 e 04, ambos hospitalizados e sem previsão de alta até o momento da entrevista, relataram desconhecimento em relação aos procedimentos que deverão ser adotados no pós-alta, mesmo diante da certeza de que necessitarão iniciar a Terapia Renal Substitutiva (TRS), notadamente a hemodiálise (HD). Durante o período de internação, ambos afirmaram ter recebido orientações da equipe de saúde sobre aspectos pontuais, como alimentação, cuidados imediatos e direitos sociais. Contudo, não foram fornecidas informações específicas sobre a continuidade do tratamento fora

do ambiente hospitalar, tampouco sobre o funcionamento da rede de serviços necessária para garantir a integralidade do cuidado no território.

Essa lacuna informacional é particularmente grave quando se considera o caráter crônico e complexo da Doença Renal Crônica (DRC), cuja gestão demanda acompanhamento contínuo, acesso regular à equipe multiprofissional e articulação eficaz entre os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A ausência de planejamento no processo de desospitalização compromete não apenas a segurança dos utentes, mas também sua autonomia e qualidade de vida, além de sobrecarregar as redes familiares e comunitárias que, muitas vezes, não possuem as condições necessárias para garantir o cuidado adequado.

“Não! Acho que eles não falaram isso aí ainda não. Só falaram que vai continuar fazendo hemodiálise, dia sim e dia não. Só isso! Vai ter que melhorar a alimentação, algumas coisas não vão ser normal, não vai poder fazer muitas coisas que fazia, essas coisas falaram. Sempre falam, né? na hora que chega” (utente 04).

Já as utentes 02 e 03 que estavam com alta programa haviam recebido orientação dos cuidados no pós-alta e sobre a continuidade do tratamento.

“Vai ter continuidade, né? Tanto é que eu já fui na clínica, já fui lá, então vou continuar indo para clínica. Não aqui, mas na clínica vai continuar o tratamento e o acompanhamento pelo posto que agora que resolvi acompanhar mesmo.” (utente 03)

A utente 02 encontra-se em regime de Terapia Renal Substitutiva (TRS) por meio da modalidade de Diálise Peritoneal (DP), uma alternativa terapêutica indicada principalmente para utentes que, por condições clínicas, geográficas ou sociais, apresentam limitações ao acesso regular aos centros de hemodiálise. No momento da entrevista, a família da utente estava em processo de finalização do curso de capacitação exigido para a realização do procedimento dialítico no domicílio, etapa indispensável para a concessão do certificado de habilitação domiciliar.

A Diálise Peritoneal, diferentemente da Hemodiálise (HD), transfere à família a responsabilidade direta pelo cuidado e pela execução do procedimento, uma vez que este é realizado, geralmente, no turno noturno, no ambiente doméstico. Essa modalidade exige a instalação de um sistema de diálise automatizada (DP-A) ou manual (DP-CAPD), que deve ser manipulado com precisão e em condições rigorosas de assepsia, o que demanda dos cuidadores um alto nível de comprometimento, disciplina e compreensão técnica dos protocolos de cuidado.

O processo de capacitação, conduzido pela equipe de enfermagem, visa preparar os familiares para atuarem como cuidadores técnicos, capacitados a lidar com o manuseio dos

insumos, a monitorar possíveis sinais de complicações — como peritonites ou falhas no funcionamento do cateter — e a garantir o correto armazenamento e descarte do material utilizado. A responsabilização do núcleo familiar nesse contexto evidencia uma importante mudança no locus do cuidado, que se desloca do ambiente hospitalar para o espaço privado da residência, implicando transformações na dinâmica doméstica e, muitas vezes, impondo sobrecarga física, emocional e financeira aos cuidadores (Wiese; Dal Prá; Miotto, 2017).

A utente 02, em consonância com os protocolos da modalidade DP, realiza visitas mensais à unidade hospitalar de referência — no caso, o Hospital de Barreiras-MG — para a realização de exames laboratoriais de rotina, reavaliação clínica e atualização do treinamento junto aos cuidadores. Esses encontros periódicos têm por objetivo assegurar a qualidade e segurança do procedimento, bem como oferecer suporte técnico às famílias e monitorar a adesão ao tratamento. No entanto, a eficácia da DP domiciliar está diretamente relacionada à existência de uma rede de apoio eficaz, à disponibilidade de infraestrutura adequada no domicílio e ao comprometimento contínuo dos cuidadores, elementos nem sempre garantidos, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, a adoção da Diálise Peritoneal deve ser analisada não apenas sob a perspectiva clínica e operacional, mas também à luz das dimensões sociais e econômicas que estruturam o cotidiano dos utentes do SUS. A depender das condições habitacionais, do grau de instrução dos cuidadores e da capacidade institucional de oferecer suporte contínuo, essa modalidade pode tanto representar uma estratégia de autonomia e humanização do cuidado quanto um mecanismo de externalização de responsabilidades por parte do Estado, em consonância com a lógica neoliberal de transferência do cuidado à esfera privada.

“Lá em Barreiras mesmo, com estava fazendo, não é? Porque lá eu vou nos médicos particulares. Fiquei lá na UPA. Dei entrada com derrame, me deixaram de molho lá porque o meu cartão do SUS não é de lá, aí não fizeram nada. A minha menina foi ter me tirou do hospital e fez uma tomografia particular. Né?” (utente 02)

Apesar de possuir conhecimento prévio acerca da Doença Renal Crônica (DRC), a utente 02 não realizou o acompanhamento adequado junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), em virtude da ausência de sintomas clínicos aparentes e da dificuldade de acesso aos serviços da atenção básica. A combinação desses fatores contribuiu para a perda do seguimento terapêutico das comorbidades pré-existentes — notadamente hipertensão e diabetes mellitus — culminando em uma grave complicação de saúde: a perda irreversível da visão e da função renal. Aos 56 anos, a utente ficou completamente cega, duas semanas antes da indicação para início da Terapia Renal Substitutiva (TRS), evidenciando a evolução silenciosa da DRC e as

falhas no sistema de vigilância e acompanhamento das condições crônicas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Essa situação ilustra, de forma contundente, os efeitos adversos de um sistema de saúde estruturado de maneira fragmentada, no qual a ausência de integração entre os pontos de atenção inviabiliza o cuidado contínuo e coordenado. Mendes (2011) caracteriza os sistemas de saúde fragmentados como aqueles que, por se organizarem de forma isolada e desconectada, são estruturalmente incapazes de garantir o acompanhamento longitudinal das condições de saúde da população. A atenção à saúde das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), nesse contexto, torna-se precária e desarticulada, resultando em desfechos clínicos evitáveis, como os relatados no presente estudo.

O autor ainda ressalta que a fragmentação não se trata de uma mera falha operacional, mas de uma expressão da própria configuração político-institucional dos sistemas de saúde. A construção de uma RAS efetiva requer o reconhecimento do sujeito concreto como eixo estruturante do cuidado e do processo organizacional. Sem a continuidade do sujeito na trajetória assistencial — como observado nos casos das utentes 01, 02 e 04 —, torna-se inviável a consolidação de uma estrutura de atenção centrada nas necessidades reais da população, o que compromete diretamente os princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS.

Outro aspecto crítico observado neste estudo refere-se à judicialização do acesso à saúde, especialmente no que se refere à obtenção de vagas para hemodiálise. Dentre os casos analisados, apenas a utente 04 precisou recorrer à via judicial para garantir o início do tratamento dialítico. Embora a utente detenha prioridade legal por ser idosa e pessoa com deficiência, encontra-se internada há 43 dias, sem previsão de alta médica, devido à indisponibilidade de vaga para hemodiálise ambulatorial. Esse episódio revela a persistente discrepância entre os dispositivos legais que asseguram o direito universal à saúde — consagrados nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 — e as condições reais de funcionamento do sistema, escancarando o descompasso entre o SUS normativo e o SUS real.

A utente 03, por sua vez, relatou que o hospital viabilizou administrativamente sua vaga para tratamento na unidade da Asa Sul, dispensando o acionamento judicial. No entanto, destacou que seus irmãos, também em tratamento dialítico, precisaram recorrer à judicialização para assegurar o acesso ao mesmo direito. Esse quadro evidencia o caráter seletivo e desigual no acesso aos serviços de saúde e reforça a tese de que o sistema jurídico tem sido progressivamente acionado como instância de mediação e resolução de conflitos no campo da saúde.

Nesse sentido, Nunes (2009) afirma que a judicialização da saúde, embora represente

uma forma legítima de reivindicação de direitos, revela-se também como reflexo da insuficiência estrutural do sistema em assegurar, de forma equânime, o acesso aos bens e serviços de saúde previstos constitucionalmente. Para Santana (2022), recorrer à justiça é, sobretudo, um ato de resistência política e de afirmação da cidadania por parte das populações vulnerabilizadas — como os idosos e os utentes de baixa renda — que, ao mobilizarem o aparato jurídico, tornam-se sujeitos ativos na denúncia da omissão estatal e na exigência de responsabilização por parte do Estado.

Dessa forma, os processos judiciais, como o da utente 04, não apenas revelam falhas no funcionamento do SUS, mas também reafirmam o papel do sistema judiciário como mediador do direito à saúde. Eles simbolizam a contradição entre o ideal constitucional de um sistema público, universal e integral e a realidade marcada pela escassez de recursos, desigualdades territoriais e exclusão social, exigindo uma revisão crítica das políticas públicas e uma revalorização do papel do Estado como garantidor dos direitos sociais. Através deste instrumento representativo, as pessoas agem como sujeitos de direitos políticos em face do Estado, como forma de expor e responsabilizar o Estado pelas consequências da *Realpolitik*²⁰ praticada pelo Legislativo e Executivo.

Assim, a judicialização, em um contexto nacional de precarização das políticas públicas e de desigualdades sociais fruto das relações de classe, configura-se como uma resposta aos processos de marginalização que se expressam nas iniquidades do acesso ao cuidado e na precarização dos serviços ofertados às classes vulneráveis. Embora represente, muitas vezes, o meio mais célere e eficaz para a garantia do direito à saúde e ao exercício da cidadania, essa via também revela contradições importantes: ao depender da atuação individualizada do Judiciário, reforça desigualdades de acesso entre quem consegue mobilizar esse recurso e quem permanece à margem, além de deslocar o foco da responsabilidade coletiva do Estado para uma lógica de demandas pontuais e fragmentadas.

Os resultados da pesquisa indicam, contudo, que o itinerário terapêutico percorrido pelos utentes evidencia falhas estruturais na articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Profissionais relataram que muitos utentes chegam ao serviço de nefrologia já em estágios avançados da Doença Renal Crônica (DRC), sem diagnóstico prévio ou acompanhamento sistemático pela Atenção Primária à Saúde (APS). A entrada predominante

²⁰ *Realpolitik* é uma abordagem de política externa centrada no pragmatismo e no interesse próprio, priorizando considerações práticas e estratégicas sobre ideais ou considerações morais. O termo, originário do alemão, significa “política realista” e é caracterizado pelo exercício do poder e pela diplomacia baseada no cálculo dos interesses nacionais, muitas vezes utilizando a coerção ou a força como meios legítimos para alcançar objetivos estratégicos (Revista Relações Exteriores, 2025).

por meio da emergência hospitalar revela a desarticulação da linha de cuidado e a fragilidade da atenção básica na detecção precoce e no manejo contínuo da doença. Entre os principais desafios, destacam-se a dificuldade na regulação de vagas para hemodiálise ambulatorial, o que frequentemente leva à judicialização como última alternativa, e a lentidão do sistema em garantir uma alta hospitalar segura e planejada.

5.6 A construção da integralidade do cuidado e os desafios da rede intersetorial

A inexistência ou desarticulação de uma rede de cuidado estruturada revela a urgência de se repensar os modelos de atenção à saúde. Tal ausência escancara a necessidade de se compreender o cuidado como uma questão coletiva e transversal, que demanda abordagens integradas, capazes de dialogar com as demais políticas públicas. A fragmentação das políticas públicas e a hegemonia de uma visão biomédica centrada na doença comprometem os princípios da integralidade e da intersetorialidade, que são fundamentais para a efetivação de um cuidado universal, equitativo e humanizado (Mendes, 2011).

Quando o cuidado em saúde é pensado de forma central, vimos que tanto Souza e Araújo (2021) quanto Mattos (2009) defendem a ideia de que a integralidade, nesse sentido, deve ser entendida não apenas como a oferta de múltiplos serviços de saúde, mas como a articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em consonância com as necessidades singulares dos indivíduos e comunidades. Já a intersetorialidade exige a atuação conjunta de diferentes setores — como saúde, assistência social, educação e habitação — na construção de estratégias que assegurem a proteção social e a qualidade de vida.

“Aí eu tenho uma certa dificuldade também, porque o meu entender é um, mas às vezes a realidade não é bem essa. Porque, assim, a gente não faz determinados cursos, e algumas coisas a gente não vê no Estado. Tem muita coisa que a gente aprende por necessidade, né? Mas eu vejo isso aí de duas formas: uma é que o paciente não tem mais condições, então ele vai voltar para casa porque não tem mais jeito. Às vezes está paliativo. E a outra é quando, às vezes, não tem mais o que fazer, mas ele não está paliativo. Nesse caso, ele consegue voltar e se restabelecer novamente, só que aos pouquinhos [...]. Então, pra mim, são duas vertentes: o pessoal que está paliativo, mas que consegue ter uma estabilização e, então consegue ser desospitalizado; e o outro que consegue manter sua vida normal desse jeito, recuperando aos poucos, em vez de ficar aqui e pegar uma sepse da vida”.

(Profissional cor Rosa)

Abstrai-se da fala da profissional que esta tem dificuldades em identificar a rede de cuidados do utente, abordando-a a partir do processo de paliativação²¹ dos cuidados. Ademais,

²¹ Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de utentes e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2002).

a entrevista com a profissional nos revela que o processo de cuidado em saúde, principalmente no que tange ao contexto hospitalar e domiciliar, mostram lacunas nas potencialidades que poderiam e deveriam ser aproveitadas dentro da hospitalização. Neste linear, apresenta-se desafios centrais, tais como: formação profissional, limitações institucionais, o processo de paliatividade do utente com adoecimento crônico e, por fim, as estratégias práticas adotadas frente à realidade dos serviços.

Quando a profissional Rosa afirma que "*a gente não faz determinados cursos [...] tem muita coisa que a gente aprende por necessidade*", ela traz à discussão as fragilidades, identificadas por ela, na formação continuada e da educação permanente em saúde, revelando um descompasso entre as exigências do cuidado e o suporte oferecido pelas políticas públicas de capacitação profissional.

Ademais, abstrai-se da fala que a profissional identifica dois perfis de utentes em processo de desospitalização: aquele em cuidados paliativos e aquele que, embora em condição grave, ainda apresenta possibilidade de restabelecimento. Percebam que nesse ponto, há uma estratificação clínica dos utentes, mas também um olhar humanizado sobre o processo de adoecimento, no qual a capacidade de recuperação não é percebida como absoluta, mas como gradativa ("recuperando aos poucos"). Ao mencionar a sepse como risco de permanência hospitalar, a profissional Rosa aponta para a importância da desospitalização segura, ressaltando o papel do cuidado domiciliar na prevenção de agravos, nesse ponto, coerente com o princípio da integralidade.

Por fim, sua fala revela uma consciência crítica sobre as condições reais de trabalho e a importância da adaptação prática diante das limitações institucionais. O sujeito de pesquisa Rosa opera, portanto, dentro de um saber híbrido, que conjuga vivência, empatia e responsabilidade com a vida do outro — características fundamentais para a construção de um cuidado humanizado, centrado no sujeito e adaptado às realidades locais.

Consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida nunca sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao usuário ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registo computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo usuário. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção (Starfield, 2002, p. 60)

Já a profissional amarelo identifica a rede de cuidado como

“Com a rede de cuidado, eu entendo que é uma única, como se fosse uma união de serviço, não é? E aí vão entrar outros serviços que não só da política de saúde, mas da assistência, da previdência. A questão do judiciário também. Às vezes, até de

habitação. Acho que é esse o conjunto dos serviços. Lembra dos conceitos de integralidade, né? A natureza da integralidade é isso. Temos a integralidade, isso que aí a gente pensa que acesso à saúde não é só ter o acesso ao tratamento em si, é acesso a todas as questões que importam a continuidade do tratamento”.

As profissionais abordam perspectivas que do processo de saúde-doença a partir do processo de intersetorialidade e integralidade da rede, compreendendo as ações em saúde para além da política pública de saúde: *“é uma única, como se fosse uma união de serviço” (Profissional cor amarelo)*. Essa perspectiva está alinhada ao conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme definido pela Política Nacional de Atenção Básica, que enfatiza a necessidade de articulação entre os níveis de atenção e entre setores distintos, visando garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011; Mattos, 2009). Ao mencionar políticas públicas como assistência social, previdência, judiciário e habitação, a profissional reconhece a multidimensionalidade dos processos sociais da saúde, incorporando uma abordagem intersetorial necessária à efetivação do cuidado integral. Essa visão se coaduna com o entendimento de que o cuidado à saúde não pode ser desvinculado de outros direitos sociais fundamentais.

Outro ponto de destaque na fala da profissional cor Amarelo é que: *“acesso à saúde não é só ter o acesso ao tratamento em si”*, essa perspectiva reforça a crítica à concepção restrita de acesso às políticas públicas e aponta para a integralidade como princípio orientador da organização dos serviços institucionais, dentre eles, o da saúde.

“O acesso ao restante dos serviços. Que vai garantir essa integralidade mesmo, que vai garantir que ele vai dar continuidade no tratamento. [...] Acho que entra a rede de apoio também entra nisso, né? É importante também na nossa avaliação, né?” (Profissional cor Amarelo)

“Umas das primeiras coisas é o curativo que aqui a gente tenta ver muito isso. A gente tenta ter esse cuidado. A gente tirar foto, a gente tenta acompanhar entre a equipe toda e a equipe com médico também, porque é uma coisa que pra fazer a desospitalização, ele tem que estar assim o máximo possível viável mesmo para ir para casa, porque é uma coisa que vai fazê-lo retornar de primeiro.” (Profissional cor Rosa)

Mais uma vez, as profissionais trazem a integralidade enquanto ponto essencial para a continuidade do cuidado articulado aos diversos serviços e programas complementares, *“o acesso ao restante dos serviços [...] que vai garantir que ele vai dar continuidade no tratamento”*. Isso demonstra que o profissional entende que o cuidado em saúde não termina no atendimento clínico imediato, mas se desdobra em múltiplas dimensões. Ademais, o reconhecimento da rede de apoio como ponto importante no processo de desospitalização

evidencia que a percepção da saúde não deve ser condicionada a fatores puramente biomédicos e imediatos.

Na fala da profissional cor Rosa, percebe-se a preocupação técnica no preparo do utente para o retorno ao lar, ao destacar que o utente “*ele tem que estar assim o máximo possível viável mesmo para ir para casa*” demonstram uma preocupação concreta com os critérios de estabilidade clínica e com a prevenção de reinternações, identificando o risco de retorno ao hospital como um desafio recorrente. Essa postura revela a compreensão de que o cuidado não termina no hospital: ele precisa ser planejado de forma a garantir condições adequadas no domicílio. Nesse modo, ambas profissionais aponto a organização dos serviços interno e externos, enquanto princípios da intersetorialidade, para o processo de desospitalização ocorrer sem eventos adversos (Cecílio, 2006; Jesus, 2017; Anastácio *et al.*, 2016; Bianco, 2020).

Desse modo, para que haja a integralidade do cuidado em saúde, de acordo com Cecílio e Merhy (2003), há que ter o trabalho interdisciplinar e intersetorial, refletindo sobre a responsabilidade do Hospital no pós-alta, realizando um matriciamento da rede de cuidado que o utente pode vir a acessar. A linha de cuidado, para os autores, atravessa os inúmeros serviços de saúde. Sendo o hospital um ponto essencial da integralidade, pensada como uma “estação” no circuito que os utentes percorrem para obter a integralidade de que necessita.

[...] o momento de alta de cada usuário deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel da “contrarreferência”, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele usuário específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o usuário na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida (Cecílio e Merry, 2003, p. 6).

Logo, a ideia de matriciamento da rede de cuidado expressa a ideia de integralidade de modo que o utente seja atendido em qualquer ponto da “estação”, compartilhando o cuidado entre a equipe que compõe o sistema de saúde, buscando a cooperação nos diferentes pontos da rede. Para Medeiros (2015), o matriciamento da rede no momento da desospitalização é um avanço no que representa as estratégias de gestão e trabalho em saúde, como via de integralidade do sistema. No entanto, destacamos que as condições de trabalho precarizados e a dificuldade de comunicação da equipe pode vir a ser um empecilho na estratégia de apoio matricial (Bianco, 2020). Neste sentido, a integralidade dialoga com a necessidade de superação da fragmentação do atendimento dos diversos serviços níveis do serviço de saúde. Para Feuerwerker e Cecílio (2007),

a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a “linha de cuidado”

pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. O hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como consequência, há o desafio de criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Ou seja, pensar a construção da integralidade desde o hospital, sem imaginar uma autossuficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta. Essa possibilidade implica repensar as noções de rede de serviços e o melhor caminho para promover a articulação entre diferentes equipamentos. A rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada a priori ou a rede como arranjo variável, em que a entrada se dá em qualquer ponto, possibilitando acolhimento e acompanhamento, de acordo com as necessidades de. Certamente os hospitais têm um importante papel a cumprir quando se pensa em arranjos mais dinâmicos, em apoio matricial, em construção de linhas de cuidado que articulem diferentes equipamentos de saúde na produção das respostas às necessidades dos usuário, desde que superado o marco conceitual hegemônico que orienta sua concepção (um mundo à parte, autocentrado e auto-suficiente no cuidado à saúde).

Conforme indicado na citação analisada, a efetivação do princípio da integralidade no SUS requer a superação de práticas fragmentadas de cuidado. A integralidade, em sua concepção ampliada, é compreendida como uma construção coletiva, institucional e intersetorial, cuja concretização depende da articulação intencional em rede entre os diferentes serviços e níveis de atenção à saúde. Essa perspectiva amplia o entendimento da integralidade para além das ações pontuais e locais, exigindo uma organização sistêmica capaz de promover o cuidado contínuo e resolutivo.

Entretanto, Cecílio (2001, p.117) introduz o conceito de *integralidade focalizada*, ao reconhecer que pode haver certo grau de integralidade mesmo em serviços isolados, desde que suas equipes desenvolvam práticas articuladas e comprometidas com a escuta e o atendimento qualificado às necessidades dos usuários. Para o autor, esse tipo de integralidade é fundamental e deve estar presente em todos os pontos da rede, deslocando o foco exclusivo das APS como o único espaço privilegiado para a promoção da integralidade. O autor destaca que a integralidade, em seu sentido pleno, não se realiza em um único serviço, mas sim por meio da articulação interinstitucional, sendo a rede o meio e o objetivo de sua materialização.

Os achados desta pesquisa indicam que, no HRAN, há evidências claras de práticas de integralidade focalizada. Essas se manifestam por meio de um atendimento humanizado, no qual os utentes têm suas demandas e necessidades de saúde acolhidas e, na medida do possível, resolvidas pelas equipes multiprofissionais. A atuação sensível e comprometida dos profissionais, ainda que em um ambiente institucional com limitações estruturais, revela uma tentativa concreta de promover o cuidado integral na nefrologia.

Todavia, esse esforço vem sendo progressivamente tensionado por um cenário de crescente insegurança institucional e laboral, marcado por propostas do Governo do Distrito

Federal (GDF) que apontam para a terceirização de serviços públicos de saúde, como já sinalizado pela intenção de privatizar setores como a pediatria e o diagnóstico por imagem, sem licitação.

Tais medidas, além de enfraquecerem o caráter público do SUS, geram instabilidade entre os profissionais da saúde, que passam a atuar em um ambiente permeado por incertezas quanto à manutenção de seus vínculos, condições de trabalho e autonomia técnica. Presenciamos a retiradas dos servidores públicos dos hospitais de referências regionais como o Hospital de Base, hospital de Santa Maria e UPAS do DF. Os servidores públicos locados nesses espaços foram transferidos para outras instituições e/ou realocados do setor para dá espaço para profissionais contratados do IGES no regime de CLT. No caso específico da nefrologia no HRAN, essa insegurança compromete não apenas a qualidade das práticas desenvolvidas, mas também o próprio princípio da integralidade, pois dificulta a continuidade do cuidado, prejudica o trabalho em equipe e favorece a rotatividade de profissionais, fatores diretamente contrários à lógica da atenção integral.

De acordo com o SinSaúde (2025), a precarização enfrentada pelos servidores públicos, diante do avanço do sucateamento e da privatização da saúde, impacta diretamente todos os profissionais do setor. Inseridos em um sistema que, embora concebido como complementar ao SUS, tem sido gradualmente capturado pela lógica predatória do capital, esses trabalhadores vivenciam o desmonte das garantias públicas. As parcerias público-privadas, que deveriam atuar de forma subsidiária, acabam por privatizar, dia após dia, parcelas cada vez maiores daquilo que é público por essência e direito. Nesse viés de privatização da saúde, a terceirização de áreas estratégicas da atenção, como o diagnóstico, tende a comprometer a integração e a fluidez das ações assistenciais, agravando ainda mais a fragmentação do cuidado – exatamente o que o princípio da integralidade busca combater.

Ainda de acordo com o SinSaúde (2025), as empresas privadas como o IGES ainda não demonstram resultados positivos na resolutividade do colapso da saúde. Casos recentes de morte de crianças em unidades públicas do DF, por falhas no atendimento e demora em transferências hospitalares, ilustram as consequências trágicas de um sistema de saúde fragilizado pela má gestão, pela falta de investimentos em pessoal e pela priorização de soluções paliativas e privatizantes. A resposta institucional a essas tragédias, ao invés de promover concursos, nomeações e fortalecimento da rede pública, recorre à contratação emergencial de empresas privadas, aprofundando a desresponsabilização do Estado e colocando em risco a saúde da população mais vulnerável.

Outro achado na pesquisa refere-se aos dados sobre a atuação multiprofissional, no qual

somente a profissional rosa retratando a atuação profissional entre a equipe médica da clínica geral e da nefrologia que ficam no mesmo andar e tem a mesma equipe de enfermagem responsável:

“Funciona, até certo ponto funciona, porque às vezes tem alguns que não é muito assim. Eu vejo a gente muito ligado com pessoal mesmo da fono, o pessoal da fisio, da nutrição, a gente é bem mais ligado. Mas às vezes eu noto muito é a parte médica... não são todos, a gente tem alguns médicos que são bem mais ligados, mas com outros a gente não consegue trabalhar muito bem. [...] Isso aí é interessante porque a nefro a gente tem uma certa...como eu vou dizer? Interação melhor! Isso, a interação muito boa, sabe? Os médicos da nefro são mais abertos. Sabe, tanto é que, por exemplo, doutor Neto, doutor Fábio vem até a gente, conversam sobre o paciente, sabem bem mais do que os outros médicos.” (Profissional cor Rosa)

No âmbito da saúde, assim como em outras políticas públicas, o trabalho em equipe é permeado por tensões inerentes às especificidades de cada campo do saber. Essas tensões se agravam quando a atuação ocorre de forma isolada, o que frequentemente resulta na duplicidade de ações, na sobreposição de tarefas e, por vezes, na anulação de esforços empreendidos por profissionais de diferentes categorias, dificultando a construção de práticas colaborativas horizontais e a efetivação da integralidade do cuidado (Bianco, 2020). Ademais, a existência de uma equipe multiprofissional não quer, necessariamente dizer que o atendimento seja interdisciplinar, visto que a cultura hospitalocêntrica, estimula cada profissional fazer as suas atribuições sem que haja a troca de experiência e saberes entre a equipe a fim de solucionar o problema, realizando um atendimento horizontal e integral (Bianco, 2020).

A esse respeito, Campos (2000, p. 572) destaca que “o trabalho nos estabelecimentos de saúde é organizado tradicionalmente, de forma extremamente parcelada. Em eixo verticalizado na figura do médico, [...] assim sucessivamente vai se organizando o trabalho dos demais profissionais”. Tal organização vertical e hierarquizada da prática assistencial reflete a predominância da abordagem biomédica, que atribui centralidade ao saber médico em detrimento dos demais saberes, o que compromete o desenvolvimento de uma atuação efetivamente interdisciplinar. A fragmentação do processo de trabalho, por sua vez, fixa os profissionais em etapas específicas da assistência, o que contribui para o distanciamento do objeto de trabalho e para a alienação em relação aos resultados da intervenção. Sem a devida interação entre os membros da equipe, dilui-se o senso de corresponsabilidade e enfraquece-se o compromisso com a totalidade do cuidado prestado (Campos, 2000).

Entretanto, no serviço de nefrologia analisado, observa-se uma experiência que contrasta com esse modelo tradicional. Os profissionais da equipe relataram a existência de espaços coletivos de discussão, como reuniões semanais, nos quais há uma valorização

equânime das diferentes categorias profissionais. Nesses encontros, todos têm direito à fala e reconhecimento quanto à relevância de suas contribuições. Destaca-se, ainda, a participação ativa de residentes médicos e multiprofissionais, cujas intervenções são consideradas com o mesmo peso argumentativo, o que evidencia uma prática que caminha na contramão da hierarquização tradicional e se aproxima de um modelo mais democrático e horizontalizado de cuidado.

“Eu percebo que aqui na Nefrologia, especificamente, de fato tem uma integração entre as equipes, tem essa interlocução mesmo. Tem a questão das reuniões multiprofissionais que acontecem ainda toda semana. [...]E a equipe é bem comprometida também. Então cada um faz o seu pedacinho, né? [...]. A gente percebe que de fato o nosso olhar, a nossa avaliação faz diferença na decisão do residente da equipe, não é comum que isso acontece na verdade. Não é?” (Profissional cor Rosa)

“Acho muito importante que o paciente seja atendido por todos na equipe, todos estejam realizando seu melhor pra ele receber alta. Tem coisa que as vezes nós, médicos perguntamos e eles não falam ou nós esquecemos de perguntar. Mas aí quando passa a nutrição ou a psicologia e até o serviço social, eles contam e são informações importante pra avaliar o quadro de saúde. [...]Fazemos reuniões toda semana pra avaliar o paciente no todo, sabe? Pra dizer se ele pode ir pra casa e se tem condições de se cuidar” (Profissional cor Azul)

As duas falas reforçam a necessidade de articulação entre a equipe e os diversos profissionais que compõem a saúde. Nesse aspecto a integralidade do cuidado realiza-se por meio de uma estratégia no processo de trabalho da equipe e na organização das ações e serviços da nefrologia. De acordo com Cecílio (2001), essa diretriz pode ser compreendida a partir da dimensão focalizada da integralidade a qual está relacionada ao esforço cotidiano dos trabalhadores de saúde em acolher e atender às necessidades de saúde apresentadas pelos utentes, no espaço da enfermaria de hospitalização.

A integralidade focalizada, conforme o autor, deve ser resultado do compromisso individual e coletivo dos profissionais de saúde. Cada atendimento, independentemente da especialidade ou função, deve estar orientado por uma escuta qualificada e pela articulação dos diversos saberes que compõem a equipe multiprofissional. Nesse sentido, trata-se de um processo de produção de cuidado que transcende o ato técnico e envolve aspectos subjetivos, como empatia, vínculo e comunicação (Cecílio, 2001). Durante a realização dessa pesquisa, durante vários momentos foi perceptível nas falas dos utentes e profissionais entrevistados a integração dos saberes e a humanização do atendimento, que ora aparece no formato de empatia e ora no formato de direito à saúde. Além do mais, a equipe esforça-se em realizar todos os processos necessários para que o processo de desospitalização e continuidade do cuidado ocorra em rede. Durante a fala dos profissionais, afirmações como “*Acho muito importante que o*

paciente seja atendido por todos na equipe, todos estejam realizando seu melhor pra ele receber alta” ou falas como “*O psicológico, eu acho que influencia muito, tanto pra nós e às vezes para o paciente*” traz o olhar da integralidade e da humanização do cuidado, mesmo que este olhar esteja sendo implementado de modo focalizado.

Essa concepção é corroborada por Pinheiro (2001), ao destacar que a integralidade não se restringe à esfera individual, devendo ser compreendida também no plano sistêmico, onde se articula a organização das ações na rede de serviços. Puccini e Cecílio (2004, p. 1350) reforçam esse argumento ao afirmar que “[...] é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico”, evidenciando a tensão entre uma prática limitada às condições institucionais e a efetivação do cuidado como um direito social pleno.

Por outro lado, ao se ampliar o olhar para o nível macro da integralidade — aquele que exige coordenação em rede, políticas intersetoriais e fluxos eficazes de referência e contrarreferência — surgem significativos entraves. Os utentes enfrentam obstáculos para acessar outros pontos da rede, sobretudo no que tange ao seguimento do tratamento da DRC em estágio dialítico na desospitalização. A fragmentação entre os níveis de atenção, a ausência de comunicação entre os serviços e a ineficiência dos mecanismos de contrarreferência comprometem a continuidade do cuidado, evidenciando uma desconexão entre o esforço local (focalizado) e a ausência de articulação intra e intersetoriais.

Assim, a realidade observada no HRAN exemplifica o potencial e os limites da integralidade focalizada: embora imprescindível, ela não substitui a necessidade de um sistema de saúde que funcione em rede, com políticas públicas efetivas que garantam o acesso, a continuidade e a equidade do cuidado. A integralidade, portanto, deve ser compreendida como um projeto político e organizacional que articule micro e macroestruturas, práticas locais e arranjos institucionais mais amplos, promovendo a saúde como direito universal.

As falas analisadas evidenciam uma preocupação recorrente dos profissionais com o cuidado prestado e, sobretudo, com a continuidade desse cuidado após a alta hospitalar. De acordo com Castro (2016, *apud* Haggerty *et al.*, 2003), a continuidade do cuidado, do ponto de vista dos profissionais de saúde, envolve a existência de conhecimento e informações suficientes sobre o utente, permitindo a aplicação adequada da competência clínica, bem como a confiança de que essa assistência será compreendida e valorizada por outros profissionais ao longo da trajetória do utente nos diferentes pontos da rede.

Nesse sentido, a continuidade do cuidado está diretamente relacionada à percepção de integração dos serviços e à efetividade da coordenação das ações de saúde. Para Freitas (2013), é fundamental que o utente e seus familiares reconheçam que os profissionais de saúde têm

domínio sobre seu histórico clínico e pessoal; que, mesmo em equipes multiprofissionais, exista um consenso sobre o plano terapêutico; e que sejam reconhecidos em sua singularidade e em suas necessidades específicas.

Com base nessa compreensão ampliada de cuidado — que transcende os limites institucionais e promove o vínculo longitudinal entre os diferentes níveis de atenção —, a equipe de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) tem buscado desenvolver práticas que assegurem a continuidade da assistência no âmbito domiciliar. A participação ativa da equipe no planejamento de alta hospitalar reflete um compromisso com os princípios da integralidade do cuidado e da qualidade dos serviços prestados, assumindo a corresponsabilidade pela atenção à saúde dos utentes além do ambiente hospitalar. Entretanto, os resultados sugerem a existência de uma desconexão entre os esforços locais, ainda marcados por uma integralidade focalizada, e a ausência de articulação intra e intersetorial. Tal cenário, caracterizado pela precarização da rede assistencial, compromete a efetivação de uma atenção integral à saúde, em consonância com as necessidades sociais e sanitárias dos utentes.

5.7 A perspectiva do cuidado e a responsabilização da família

A temática do cuidado emerge neste estudo como um eixo central de análise, por representar uma dimensão fundamental no processo de adoecimento, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos. Nesse sentido, o cuidado configura-se como uma categoria analítica essencial na reflexão sobre a efetivação do direito à saúde, especialmente no que diz respeito ao princípio da integralidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade não se restringe ao acesso aos serviços de saúde, mas envolve a garantia de um cuidado contínuo, articulado, humanizado e adaptado às necessidades singulares de cada utente ao longo do tempo e dos diferentes níveis de atenção (Ayres, 2004).

Ao abordarmos o cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), compreendemo-lo como uma prática relacional que se materializa nas interações entre profissionais de saúde e utente, com o objetivo de construir uma rede efetiva de apoio e acompanhamento que articule a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ao cotidiano dos sujeitos em seus territórios. Nessa perspectiva, como destaca Castro (2016), o cuidado torna-se um elemento estruturante da atenção à saúde, devendo ser capaz de prevenir a descontinuidade do atendimento, sobretudo em momentos de transição, como a alta hospitalar e o retorno ao ambiente domiciliar.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi possível observar como os profissionais da equipe de internação da nefrologia compreendem e operam o conceito de cuidado em rede

diante das demandas dos utentes e de seus familiares, em especial nos casos de hospitalizações prolongadas. A análise dos dados empíricos evidenciou que grande parte dessas demandas estava associada ao agravamento do quadro clínico e à ausência de vagas para hemodiálise, além de preocupações relacionadas à preservação de direitos sociais e trabalhistas. Tal constatação reforça a interdependência entre o cuidado clínico e o suporte social.

É importante destacar que o processo de adoecimento não incide unicamente sobre o indivíduo, mas repercute profundamente nas dinâmicas familiares e comunitárias. A família, nesse contexto, assume papel central no enfrentamento da doença e na reorganização da vida cotidiana do utente. Como discutido por Maria Nogueira (2003) e Jesus (2017), a resposta familiar ao adoecimento crônico pode variar de acordo com a gravidade e a duração da doença. Enquanto enfermidades agudas de curta duração tendem a gerar menores alterações comportamentais, as doenças crônicas e de alto risco, como a Doença Renal Crônica (DRC), frequentemente provocam reações emocionais intensas como negação, raiva, medo e isolamento, afetando o equilíbrio do núcleo familiar. Para Maria Nogueira (2003, p. 32), “o equilíbrio da unidade familiar é assim quebrado perante a doença grave ou a morte de um dos seus membros, implicando uma mudança global e qualitativa do sistema”.

A análise dos dados empíricos sugere que a maior parte das demandas dos utentes internados estava relacionada ao agravamento do quadro clínico e à ausência de vaga para início da hemodiálise, além de preocupações com a manutenção de seus direitos sociais e trabalhistas. Em consonância com as prerrogativas legais estabelecidas para pessoas com DRC, todos os utentes entrevistados afirmaram possuir documentos e materiais informativos — como folders explicativos — acerca dos seus direitos previdenciários e dos cuidados necessários com a alimentação e o autocuidado. Segundo relato da utente 03, que se encontrava em processo de alta no momento da entrevista, esses materiais foram entregues juntamente com a documentação hospitalar, e as orientações foram fornecidas por profissionais das equipes de nutrição, serviço social e enfermagem, demonstrando a tentativa institucional de assegurar a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar.

No entanto, a análise das entrevistas também evidencia que, na prática, a responsabilidade pelo cuidado tende a recair de forma desproporcional sobre as famílias, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Isso foi exemplificado pelas falas identificadas pelas cores “azul” e “rosa”, nas quais os familiares surgem como principais — e, por vezes, únicos — responsáveis pelo cuidado, inclusive em procedimentos complexos, como a Diálise Peritoneal (DP), que requer treinamento técnico específico e adequações estruturais no domicílio.

Tal cenário reflete uma transferência de responsabilidades por parte do Estado, que, em vez de prover uma rede de apoio pública estruturada e efetiva, transfere à esfera privada o encargo do cuidado contínuo. Isso tornou-se ainda mais evidente no caso da utente 02, cujo cuidado foi assumido por familiares, resultando em situações de risco e acidentes domésticos, como relatado pela própria entrevistada: *“E eu tenho um neto que pode me cuidar, né? Mesmo batendo minha cabeça na parede, na porta [...]”* (Utente 02). Esses episódios ilustram a precariedade da desospitalização quando não é acompanhada pelo suporte da rede estatal, com oferta de apoio técnico, educativo e intersectorial aos utentes e seus familiares.

Ademais, quando a rede de apoio familiar não se mostra presente ou suficiente, a desospitalização torna-se inviável, evidenciando a insuficiência de políticas públicas capazes de prover alternativas institucionais ou comunitárias.

“Acho que a principal rede de cuidado é a doméstica, né? Nós aqui, oferecemos os cuidados para os pacientes recuperem a saúde e retorne para casa. Mas quando o paciente não tem família a recuperação fica mais difícil e demorada. Mas, quando a família é presente eles se recuperam mais rápido e fica melhor para a desospitalização, principalmente se a família fizer a peritoneal” (Profissional cor Azul)

A centralidade atribuída à família no cuidado aos seus membros enfermos tem raízes históricas, culturais e estruturais profundamente marcadas pela omissão do Estado na garantia de proteção social ampla e integral. Tal configuração implica uma responsabilização implícita — e muitas vezes explícita — dos núcleos familiares, que passam a assumir funções que, por direito, deveriam ser atribuídas ao poder público. Essa lógica é particularmente evidente no contexto hospitalar, onde se espera que o utente internado esteja sempre acompanhado por um familiar, reforçando um modelo de atenção que se ancora no suporte informal como pilar complementar (ou mesmo substitutivo) da assistência institucional. E, embora inúmeros estudos reconheçam a relevância das redes de apoio familiar e comunitário no processo de adoecimento e recuperação, destacando seus efeitos positivos na qualidade de vida e nos desfechos clínicos, essa mesma rede tem sido instrumentalizada como solução estrutural para deficiências estatais no provimento do cuidado. Tal expectativa de suporte familiar, como destaca Passos e Machado (2021), está profundamente imbricada em uma política pública de cuidado fortemente ancorada no “familismo”, compreendido como a ideologia segundo a qual cabe à família — e não ao Estado — a responsabilidade primária pelo bem-estar de seus membros.

No contexto brasileiro, a cultura do familismo é atravessada por uma distribuição profundamente desigual dos papéis de gênero, na qual as mulheres, historicamente socializadas

para o exercício do cuidado, acabam sobrecarregadas pelas demandas decorrentes do adoecimento de um parente. O relato do participante identificado pela cor azul, ao reconhecer a família como principal rede de cuidado dos utentes, reforça esse padrão e reproduz a lógica cultural que naturaliza a responsabilidade pelo cuidado no âmbito doméstico, o que, em grande medida, traduz-se nas desigualdades de gênero que permeiam as práticas de saúde.

Essa visão do cuidado como atribuição privada e feminina não apenas ignora as necessidades de suporte social mais amplas, mas também opera como um dispositivo ideológico que contribui para a desresponsabilização do Estado. Conforme argumentam Freitas e Dal Prá (2015), ao privilegiar o núcleo familiar como espaço prioritário do cuidado — sobretudo em contextos marcados por deficiência de políticas públicas —, o Estado se exime de sua função constitucional de garantidor dos direitos sociais. Esse deslocamento da responsabilidade estatal para a esfera privada se articula com a lógica neoliberal de gestão pública, que reduz o papel do Estado, amplia a privatização de serviços e transfere ao indivíduo (ou sua família) o ônus de resolver problemas estruturais, como o acesso ao cuidado contínuo e integral em saúde.

Esse fenômeno se apoia, ainda, em discursos capacitistas, que promovem a invisibilização das necessidades específicas das pessoas com deficiência e com doenças crônicas. Nesse cenário, a família é evocada como solução universal para a complexidade do cuidado, sem que haja o devido reconhecimento da sobrecarga imposta aos seus membros, das dificuldades socioeconômicas enfrentadas ou mesmo da ausência de suporte técnico e financeiro por parte das instituições públicas. O resultado é a exposição de famílias — já em situação de vulnerabilidade — a um processo contínuo de desgaste, esgotamento e precarização das condições de vida.

Aqui, entende-se por família, conforme Mendes (2004, p. 41)

... pessoal, ia é um sistema primário dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado, torna-se apto para o convívio social e é onde o crescimento físico, pessoal e emocional é promovido. (...) A família, como unidade, desenvolve um sistema de crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença que são expressas e demonstradas através de comportamentos de saúde e doença dos seus membros (...).

Embora se reconheça a notável capacidade adaptativa das famílias diante dos desafios cotidianos, é preciso considerar que o processo de adoecimento constitui, em si, um potencial desencadeador de crises nas dinâmicas familiares. Maria Nogueira (2003) destaca que a forma como a família lida com o adoecimento de um de seus membros afeta significativamente a maneira como o próprio sujeito experiencia a doença, interferindo diretamente em sua adesão ao tratamento, em sua qualidade de vida e no processo de reabilitação. Assim, a estrutura

familiar não apenas oferece suporte prático e emocional, mas também assume um papel mediador entre o utente e os serviços de saúde.

Potyara Pereira (2006, p. 36) ressalta que a família é tradicionalmente concebida como “a *célula mater da sociedade* ou a base sobre a qual outras atividades de bem-estar se alicerçam [...], o desejo espontâneo de cuidar e a predisposição para proteger, educar *e até fazer sacrifícios*” [grifos nossos]. Essa concepção romântica e idealizada do núcleo familiar como locus privilegiado do cuidado e da proteção tem sido amplamente instrumentalizada pelas políticas públicas, especialmente nos contextos de retração do Estado, favorecendo, segundo Miotto e Dal Prá (2015), a difusão de uma ideologia que retira do Estado sua centralidade no provimento do bem-estar social, deslocando tal responsabilidade para o mercado, o terceiro setor e, sobretudo, a própria família.

Essa centralidade do cuidado no âmbito doméstico, ainda que reconheça a importância das redes familiares e comunitárias, impõe uma responsabilização implícita e desigual às famílias, que passam a ser vistas como obrigatoriamente capazes de prover as condições materiais, emocionais e logísticas necessárias ao cuidado contínuo de seus membros. As autoras alertam que, enquanto famílias que assumem esse cuidado são enaltecidas como “funcionais”, aquelas que demandam a assistência do Estado são frequentemente rotuladas como “disfuncionais”, reforçando estigmas sociais e ocultando as fragilidades socioeconômicas que atravessam a dinâmica do cuidado em contextos de vulnerabilidade.

Nesse cenário, surgem programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que embora se configure como importante instrumento de reorientação do modelo assistencial e de ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), também implicam a divisão da responsabilidade pelo cuidado com os membros do lar. De forma semelhante, o Programa Melhor em Casa, voltado à atenção domiciliar multiprofissional, explicita a lógica de corresponsabilização ao exigir a presença de um cuidador familiar formalmente indicado, que se torne responsável pelos cuidados contínuos no domicílio. Tais políticas, ainda que benéficas em termos de descentralização e humanização do cuidado, assim como mecanismos de articulação entre os níveis da rede de atenção, também evidenciam uma racionalidade de gestão voltada à redução de custos, ao transferirem para a família atribuições que antes eram de exclusividade do Estado.

Essa dinâmica se intensifica em casos como o da Diálise Peritoneal (DP), modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) realizada no ambiente domiciliar. Para que o utente possa ser desospitalizado, a família precisa garantir condições mínimas de infraestrutura — como forro, piso cerâmico, paredes laváveis e banheiro em condições sanitárias adequadas — além

de passar por capacitação técnica com a equipe multiprofissional, aprendendo a manejar os equipamentos, realizar os procedimentos e identificar sinais de complicações. Como observa Miotto (2010), essa exigência de adequação estrutural e aquisição de conhecimento técnico configura uma forma de medicalização do espaço doméstico, em que a casa é transformada em extensão do hospital, e os familiares em agentes de cuidado sem o respaldo formal ou compensações do Estado.

Nesse contexto, o trecho a seguir evidencia como o núcleo familiar é convocado a participar ativamente do treinamento para o manuseio da Diálise Peritoneal, tornando-se pré-condição para a alta hospitalar e, portanto, para o encerramento do ciclo assistencial em nível hospitalar. A lógica subjacente a esse processo reafirma uma racionalidade neoliberal que vê no lar um espaço de cuidado funcional e de baixo custo, transferindo obrigações públicas à esfera privada, sem garantir, contudo, os recursos necessários para a execução plena e segura desse cuidado.

“É meu neto e minha menina. Estão fazendo um curso para fazer a diálise peritoneal, né? Lá no base, aí, quando acabar o curso deles, vou receber alta para fazer a diálise em casa. Não é isso? (utente 02)

“É meu neto e minha menina. Estão fazendo um curso para fazer a diálise peritoneal, né? Lá no base, aí, quando acabar o curso deles, vou receber alta para fazer a diálise em casa. Não é isso? (utente 02)

“Terminando já, amanhã último treino para ela poder ir embora. Amanhã é o último treino na máquina e depois tem só mais um treino na bolsa. Aí já está liberado para poder colocar o cateter no peritônio. Aí pode ir embora. Depois de 15 dias.” (Neto, utente 02)

Pode-se abstrair, a partir da análise crítica das políticas públicas de saúde e da prática assistencial cotidiana, que a família é frequentemente invocada e evocada para participar do processo de cuidado, assumindo uma dupla condição: é simultaneamente objeto e sujeito do cuidado. Ou seja, ao mesmo tempo em que a família é cuidada em suas fragilidades, também é chamada a se responsabilizar pelo cuidado dos seus membros adoecidos, operando como uma rede de serviços informal (Miotto, 2010).

Essa lógica, conforme a autora, sustentada por uma perspectiva familista e neoliberal de gestão social, assume que as famílias possuem condições técnicas, emocionais e materiais para garantir a continuidade do cuidado, especialmente no ambiente domiciliar. No entanto, como apontam diversos estudos em saúde coletiva, tal pressuposto ignora as desigualdades estruturais que atravessam as condições de vida das famílias brasileiras, muitas vezes desprovidas de suporte, infraestrutura adequada e orientação profissional qualificada. Quando há responsabilização familiar pelo cuidado, mas sem o correspondente apoio técnico e educativo

por parte dos serviços de saúde — por meio de capacitações, acompanhamento sistemático e suporte intersetorial —, criam-se situações de vulnerabilidade que podem comprometer a integralidade da atenção à saúde. Em tais contextos, não é raro que ocorram acidentes domésticos, falhas na administração de medicamentos, contaminações relacionadas a procedimentos técnicos (como o manuseio inadequado de dispositivos médicos) e sobrecarga emocional dos cuidadores, o que afeta não apenas a segurança dos utentes, mas também o bem-estar físico e mental dos próprios familiares.

“Sim, vou pra casa da minha filha. Que eu moro com ela, tô morando com ela por causa da deficiência, né? Que eu tenho um menino aí que só fica dentro de casa direto, não é? E eu tenho um neto que pode me cuidar, né? Mesmo batendo minha cabeça na parede, na porta [...]. Chegou ficar, afundo a porta de latão. Eu acho que amassou a pancada foi muito forte, né? Eu te levo lá pra você ver.” (utente 02)

“A senhora só fala dos pontos ruins, né? [...]. Assim, que ela tinha acabado de ficar cego. Eu não sabia como é que lhe dava ainda com a deficiência dela.” (Neto da utente 02)

Apesar do tom descontraído e do caráter lúdico com que a utente 02 narrou o acidente doméstico ocorrido com a participação de seu neto, não se pode negligenciar os riscos associados à ausência de conhecimento técnico e prática adequada no cuidado de pessoas com deficiência — especialmente quando estas apresentam dependência total para a realização das atividades básicas da vida diária. No caso em questão, após a piora do quadro renal, a utente tornou-se completamente cega, passando a depender integralmente do suporte de seus familiares.

Contudo, os cuidadores, embora bem-intencionados, eram leigos, sem formação ou orientação específica quanto às práticas de cuidado voltadas à deficiência adquirida. Essa situação expôs a utente a situações de risco e evidencia uma lacuna crítica no processo de desospitalização e na preparação das famílias para o cuidado domiciliar. Ademais, explicita a necessidade de políticas públicas que reconheçam a centralidade do cuidador familiar no processo de cuidado, mas que também assumam a corresponsabilidade do Estado em garantir capacitação, suporte emocional e acompanhamento técnico. A simples transferência do cuidado para o ambiente doméstico pode representar não uma solução no processo de desospitalização dos utentes, mas um potencial violação do direito à saúde e à integridade física e emocional de todas as partes envolvidas.

O relato da profissional identificada pela cor rosa corrobora essa análise ao destacar o impacto emocional e psicológico vivenciado pelos cuidadores familiares, bem como a

preocupação com a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

“Eu acho que não é tanto só pela condição em si, sabe? Porque você tem que olhar a condição física do local, condição física psicológica dessas pessoas. A condição econômica, né? Que vai tudo, mas o medo, sabe? Psicológico, eu acho que influencia muito. E pra nós é a gente é às vezes como um paciente. A gente quer o melhor para o paciente, mas às vezes a gente pergunta também. Será que em casa vai ter ali, no horário certinho, administração certinha da medicação, porque isso faz diferença, faz muita diferença”. (Profissional cor Rosa)

Outrossim, é quando a família, por diversas razões, apresenta dificuldades em prestar os cuidados necessários ao utente, acabam por serem culpabilizadas socialmente. Durante a entrevista, foi usado como exemplo um utente que, apesar de ter vaga em HD para desospitalização, não apresentava rede de apoio familiar, por este motivo, ficou meses em internação, tendo como última saída a rede de apoio comunitária.

“Seu (nome do utente) ficou aqui cinco ou seis meses. Que por exemplo, ele já tinha vaga, mas não tinha rede de apoio. Então esse problema, questão de rede. Que, no caso dele, teve que ser comunitária.” (Profissional cor Amarelo).

Segundo Nunes (2019), o processo de internação prolongada motivado pela ausência de rede de apoio familiar e comunitária configura-se como uma situação recorrente nos serviços públicos de saúde. Em muitos casos, os utentes permanecem hospitalizados por períodos extensos — chegando a anos — não por necessidade estritamente clínica, mas pela inexistência de políticas públicas eficazes que assegurem a continuidade do cuidado em contextos extra-hospitalares, especialmente no âmbito domiciliar. Conforme o autor:

Os principais fatores relacionados com o prolongamento do tempo de internação foram as questões sociais em 66% dos usuários, a destacar a falta de cuidador no domicílio, a falta de vaga em lar e a falta de condições de segurança em casa; e o processo infeccioso sépsis em 28% (Nunes, 2019, p 243)

Essa lacuna revela a fragilidade da articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a insuficiência de estratégias intersetoriais que garantam suporte às famílias, particularmente àquelas em situação de vulnerabilidade social. O caso exemplificado a seguir refere-se à unidade de clínica médica, sendo relatado por uma profissional entrevistada que também atua diretamente na gestão dos leitos de internação, reforçando a dimensão estrutural do problema e a sobrecarga imposta ao sistema hospitalar em decorrência da ausência de fluxos efetivos para a desospitalização segura e planejada.

“[...] coitada. É ano, né? É difícil. Acho que ela inteirou um ano aqui. Então assim, é muito complicado. Então a assistente social está tentando conseguir um local para ela, porque ela é de outro país. Ela veio criança pra cá, então ela tem, acho que é só uma

irmã ou é uma sobrinha? Acho que essa é uma sobrinha aqui, irmão acho que morreu, parece que tem um outro que parece estar doente, então assim, não tem como sair. [...] ela mesma topou ir para um abrigo, mas assim até hoje a assistente social não conseguiu ainda um abrigo adequado para ela. [...] E ela não consegue levantar-se da cama, a gente a põe sentada. Então ela tá ganhando o peso devido a isso também. Tanto é que hoje você tem que unir muita gente para colocar ela numa cadeira para levá-la para televisão. Ela teve escarras²².” (Profissional cor Rosa)

O cuidado constitui uma dimensão essencial da vida social, perpassando múltiplas esferas da existência humana. Quando se discute o cuidado, uma indagação inevitável emerge: “quem cuida e quem será cuidado?”. Essa questão evoca não apenas a definição de papéis sociais, mas também a interdependência entre os sujeitos, que transcende a tradicional polarização saúde-doença. Nessa perspectiva, o cuidado deve ser compreendido como uma prática relacional e intersubjetiva, que se inscreve nas dinâmicas socioculturais e nas estruturas que configuram o viver coletivo.

Isso evidencia que a construção social do processo saúde-doença não pode ser reduzida à dimensão biológica. E, ainda que os avanços da biomedicina tenham contribuído significativamente para a descoberta de novos métodos terapêuticos e estratégias de cura, é inegável o aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que impõem desafios complexos à organização dos serviços de saúde. Essas condições, muitas vezes, implicam a perda parcial ou total da autonomia funcional, exigindo um cuidado contínuo, abrangente e sustentado por redes de apoio articuladas. Nesse contexto, destaca-se o papel da família como núcleo central do cuidado, tradicionalmente reconhecida como uma das instituições de apoio mais antigas da humanidade (Porto, 2003).

A comunidade familiar, embora fundamental, frequentemente assume esse encargo de maneira solitária, sem o devido suporte das políticas públicas, o que pode agravar desigualdades sociais e comprometer a qualidade do cuidado ofertado. A responsabilização recorrente e culturalmente naturalizada dos familiares reflete um modelo social que transfere ao espaço doméstico a função de prover aquilo que deveria ser garantido por ações intersetoriais do Estado (Mioto, 2010).

5.8 (Des)continuidade do Cuidado e familismo no processo de desospitalização

No contexto da desospitalização, o cuidado, enquanto categoria analítica, assume um papel central diante das necessidades sociais, epidemiológicas e populacionais, articulando-se

²² Lesões de pressão são áreas de necrose e, frequentemente, de ulceração (também chamadas de escaras) em que os tecidos moles são comprimidos entre as proeminências ósseas e superfícies duras externas. Elas são causadas por pressão não aliviada por tempo prolongado em combinação com fricção, forças de cisalhamento e umidade (MSD).

transversalmente aos diferentes direitos e políticas públicas (Bianco, 2020). No campo da saúde, a finalidade maior é a produção do cuidado, compreendida como a realização de atos, ações e procedimentos que visam à cura, à reabilitação ou à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos (Merhy, 2002).

O termo "cuidado", por sua natureza polissêmica, pode ser abordado sob diferentes perspectivas. No campo filosófico, remete à atitude de zelo, responsabilidade, envolvimento afetivo e compromisso com o outro. No campo da saúde, segundo Ayres (2004), o cuidado é constituído por interações entre sujeitos, orientadas pela intenção de aliviar o sofrimento e promover o bem-estar integral. Trata-se, portanto, de uma prática relacional, que vai além da intervenção técnica, exigindo sensibilidade, escuta ativa e compromisso ético.

Para Cecílio (2011), o cuidado em saúde implica a provisão e disponibilidade de recursos humanos, estruturais e tecnológicos, ajustados às necessidades específicas de cada utente ao longo de seu ciclo de vida. Essa concepção amplia o entendimento do cuidado como uma ação articulada, que deve integrar dimensões técnicas, subjetivas e sociais.

Nessa direção, Ayres (2004, p. 89) afirma que a efetividade do cuidado depende da interação entre a intersetorialidade e a integralidade das ações. Ou seja, o cuidado em saúde só se realiza plenamente quando há articulação entre diferentes setores e políticas, assegurando a continuidade e a integralidade do atendimento ao longo do tempo e nos diversos espaços de vida dos sujeitos.

[...] Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da interdisciplinaridade e intersetorialidade – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada, mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas (Ayres, 2004, p. 89).

Conforme se infere das discussões apresentadas, o cuidado pode ser compreendido como uma ação de natureza integral e relacional, voltada à efetivação de direitos fundamentais. Autores como Cecílio (2011), Ayres (2004) e Passos (2018) apontam para a necessidade ontológica do cuidado, associando-o à preservação e reprodução da vida humana. Tal necessidade emerge, especialmente, em contextos em que indivíduos não são capazes de suprir suas próprias demandas primárias, delegando-se a outro sujeito a responsabilidade de prover e

assegurar esse cuidado (Passos, 2018).

Nesse mesmo sentido, Batthyány (2015) analisa o cuidado a partir da ótica da proteção social, enfatizando sua inserção no campo das políticas públicas e nas dinâmicas entre os diferentes atores sociais — Estado, mercado, família e terceiro setor. O autor destaca a importância de incorporar o cuidado à agenda pública, considerando sua vinculação às políticas de desenvolvimento social, geração de emprego e redistribuição de responsabilidades sociais.

Ao relacionar esse debate ao processo de desospitalização, é possível observar que os utentes que não possuem autonomia para suprir suas necessidades — seja em razão de um processo de adoecimento ou de limitações impostas pelo ciclo da vida — requerem que outros sujeitos assumam essa responsabilidade de cuidar. No entanto, nas sociedades capitalistas, essa função tem sido socialmente atribuída às mulheres, especialmente no contexto familiar, configurando-se como uma imposição histórica e cultural, ancorada na divisão sexual do trabalho. Esse cuidado, amplamente naturalizado, é incorporado às atividades domésticas femininas, sendo considerado trabalho invisível, não remunerado e socialmente desvalorizado (Nogueira, M. 2003; Passos, 2018; Bianco, 2020).

Os achados do presente estudo permitem observar que a continuidade do cuidado e a possibilidade de desospitalização estão estreitamente vinculadas à rede de apoio disponível aos utentes. Verificou-se que, entre os quatro participantes, apenas um contava com suporte familiar direto, condição que possibilitou o treinamento para a realização da Diálise Peritoneal no domicílio. Nos demais casos, a ausência de uma rede de apoio estruturada revelou diferentes fragilidades: um utente dependeu de uma rede comunitária de empregadores; outro residia sozinho, sem condições de garantir o cuidado necessário após a alta hospitalar; e um terceiro vivia com o esposo, igualmente idoso.

Essa realidade evidencia que, quando o Estado não provê políticas públicas efetivas de apoio social e de saúde, a responsabilidade pelo cuidado recai de maneira desproporcional sobre as famílias e, na ausência destas, em internações prolongadas ou em redes comunitárias frágeis. Tal configuração confirma a lógica familista que atravessa a política pública brasileira, na qual o núcleo familiar é concebido como principal provedor do cuidado, ao mesmo tempo em que se invisibiliza a sobrecarga imposta a esses sujeitos e se perpetua a desresponsabilização estatal.

Mioto (2015) aborda o cuidado no âmbito familiar como parte integrante das funções atribuídas à família, especialmente no que se refere à provisão de bem-estar. A autora argumenta que a sobrecarga de responsabilidades sobre as famílias, sem suporte adequado do Estado, acentua as desigualdades sociais, especialmente aquelas relacionadas à etnia, ao gênero e à classe social. Assim, quanto maior a responsabilização da família, maior a invisibilidade das

necessidades de suporte público às camadas sociais vulnerabilizadas.

Conforme analisa Miotto (2008, p. 130), a centralidade da família no provimento do cuidado está diretamente relacionada à crise do Estado de bem-estar social, contexto em que a família passa a ser “redescoberta” como instância de proteção e sustentação dos indivíduos, em resposta à retração das políticas sociais universais. Nesse modelo, o Estado delegaria à família a função de cuidar, sem ofertar os meios necessários para tanto, o que compromete o exercício do cuidado como direito social.

A autora reforça que a responsabilidade pela proteção social não pode ser limitada à família, devendo ser ampliada para envolver redes institucionais de cuidado, como o Estado, a comunidade e organizações da sociedade civil. Nesse sentido, defende-se que o cuidado deve ser compreendido como um direito humano, inserido no campo da cidadania e dos direitos sociais, exigindo, portanto, a corresponsabilização do Estado não apenas com quem é cuidado, mas também com quem cuida.

Frente a essa realidade, algumas iniciativas vêm sendo implementadas com o objetivo de institucionalizar o cuidado contínuo como direito garantido, especialmente para grupos como idosos, utentes com doenças crônicas e pessoas com limitações de locomoção. A Portaria nº 2.809/2012, por exemplo, estabelece a organização dos Cuidados Prolongados em Saúde, inserindo essa modalidade como retaguarda da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e das demais Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2012).

De acordo com essa normativa, a continuidade do cuidado deve ser incorporada aos processos assistenciais, alinhada aos princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Os Cuidados Prolongados são concebidos como ações realizadas por equipes multiprofissionais, com foco na alta hospitalar responsável, na corresponsabilização familiar, na garantia da intersetorialidade e na continuidade da assistência em território. O artigo 7º da portaria define claramente a finalidade desses cuidados, destacando seu papel estratégico na transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção à saúde. Segundo o art. 7 da Portaria nº 2.809 (2012):

- II - Garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário;
- III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; [...]
- VI - Acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio;
- VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação

de condutas entre os especialistas envolvidos; [...]

X - Buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território;

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI);

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar;

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

A análise do presente documento revela-se fundamental para refletir sobre a construção de um cuidado integral e equânime, que se efetive por meio da corresponsabilidade entre família e Estado. Todavia, tais diretrizes colidem com os pressupostos do modelo neoliberal, que promove a transferência da responsabilidade pelas ações de proteção social à esfera familiar, resultando em uma sobrecarga das famílias no que se refere ao cuidado dos utentes. Essa lógica compromete a efetividade da rede pública de cuidado em saúde, uma vez que retira do Estado o papel central na garantia dos direitos sociais.

Nesse contexto, os impactos da ofensiva neoliberal tornam-se ainda mais evidentes com medidas como o da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), a qual impõe um teto aos gastos públicos por vinte anos. Tal medida afeta diretamente o financiamento da saúde pública, restringindo os investimentos necessários para a manutenção de políticas universais e comprometendo o princípio da integralidade do cuidado. Segundo Bianco (2018), essa conjuntura favorece a precarização e o desmonte da rede pública de cuidado em benefício da expansão da lógica privatista e mercantilizada da saúde.

Outro aspecto imposto pela racionalidade neoliberal refere-se à precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam na Atenção Básica. Observa-se um cenário marcado por vínculos empregatícios instáveis, ambientes laborais insalubres, jornadas exaustivas, baixa remuneração e alta rotatividade. Essa realidade compromete não apenas o bem-estar dos trabalhadores, mas também a continuidade do cuidado e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e utente, elementos essenciais para o êxito das ações em saúde.

Refletir sobre o cuidado no processo de desospitalização, portanto, exige uma abordagem que considere dimensões micro e macrosociais. Isso envolve desde as condições concretas de trabalho e infraestrutura dos serviços, até o reconhecimento do direito dos utentes e de suas famílias a serem cuidados pelo Estado, com garantias constitucionais efetivadas na prática cotidiana dos serviços de saúde (Bianco, 2020).

Nesse sentido, apresentam-se, a seguir, os dados referentes à rede de atenção à saúde no que diz respeito à continuidade do cuidado antes e após a internação. Constata-se uma

contradição entre a percepção da profissional Rosa e a dos demais profissionais e utentes entrevistados, o que evidencia a diversidade de compreensões e experiências acerca da efetividade da articulação entre os diferentes níveis da rede de atenção, especialmente no que se refere ao processo de desospitalização e à alta responsável.

“Sim, vem, vem muito, a maioria. A demanda é muito grande. Às vezes eu acho que é difícil para a gestão de leito. Porque é, você tem que atender os daquilo, né? Da casa, mas tem os de fora também”. (Profissional cor Rosa)

Se eles chegaram aqui por isso? Por este acompanhamento iniciado na UBS? Eu acho que não. A maioria eu acho que não. Talvez no ambulatório tenha. Mas essa questão não é muito nítida, né? Na internação que eu percebo. Acho que eles vêm mais pela emergência, passou mal, estão morrendo, entrando emergentes. eu tenho a sensação, não sei as meninas, que aqui a maioria da internação, a pessoa não tinha diagnóstico de nada. E chega, do nada assim, cai nas nossas mãos, né? Sem nenhuma prevenção, né? Que não estava no tratamento conservador. Ele daí vira dialítico, né? (Amarelo)
Em também acho que não. Tem alguns que até tem um acompanhamento, mas, por exemplo, o (nome do utente) que faleceu hoje. Eu lembro da esposa dele falando que ele consulta o médico do posto, e ele falava que precisava ter um acompanhamento, [...] E aí ele não acreditava, e aí? É que teve o mesmo problema [...], não quis acompanhamento, mas entrou pela emergência” (Residente de serviço social na nefrologia)

“A maioria não faz acompanhamento no posto de saúde por diversos problemas, né? Já chegam pra mim com os exames alterados e precisando de diálise. Muitos tem dificuldade de aceitar a diálise por não sentir nada nos rins e fazer xixi, aí eu preciso da equipe pra conversar e tentar explicar pro paciente estas coisas, sabe? Então, a maioria entra pelo PS e fica lá até ter vaga pra subir.” (Profissional cor Azul)

A profissional Rosa relata que a maioria dos utentes ingressa no processo de internação por meio da regulação realizada pelas unidades básicas de saúde, estando, portanto, sob acompanhamento da rede de referência do território de domicílio. No entanto, a análise das demais falas, tanto de outros profissionais quanto dos próprios utentes, evidencia uma realidade distinta: a maioria dos utentes não realiza acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde (APS). Mesmo apresentando comorbidades primárias associadas aos fatores de risco para Doença Renal Crônica (DRC), como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), muitos não mantêm um tratamento contínuo e adequado nos serviços de atenção básica.

Embora a rede pública de saúde disponha de instrumentos para viabilizar a integralidade do cuidado, como a referência e contrarreferência, observa-se, na prática, falhas significativas na articulação entre os pontos de atenção. A integralidade e a intersetorialidade, princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõem uma transferência de decisões e corresponsabilidade entre os diferentes serviços da rede, garantindo ao utente uma linha de cuidado contínua, articulada e centrada em suas necessidades singulares.

De acordo com Cecilio *et al.* (2014), o SUS é estruturado por pontos de atenção à saúde, que conformam um "mapa de cuidado" — uma rede de serviços organizados para atender às demandas da população em todas as fases do ciclo de vida. Esse mapa é dinâmico e pode ser reconfigurado de acordo com as necessidades do usuário, considerando seus percursos individuais no sistema de saúde. Os pontos de acesso não se restringem aos serviços institucionalizados, mas também podem ser representados por profissionais com os quais se estabelece vínculo e referência subjetiva, o que reforça a importância da escuta qualificada, do acolhimento e da continuidade no atendimento.

Portanto, compreender a fragmentação no acompanhamento dos utentes com doenças crônicas exige não apenas a identificação das falhas de acesso, mas também uma análise crítica das fragilidades na operacionalização da rede de cuidado, especialmente no que tange à atenção básica, que deveria atuar como porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde.

O mapa do cuidado ideal é composto preferencialmente por vínculos com profissionais em determinados serviços. Quase sempre o “ponto” é apenas o serviço, como no caso dos serviços de urgência/emergência, sem produção de vínculo profissional. O mapa é o instrumento ou o dispositivo de operação da regulação leiga. Os pontos de referência do mapa (os serviços e/ou os profissionais) são – quando olhados pelo gestor ou pesquisador – esparsos, fragmentados, sem conexão entre eles. O mapa do usuário conecta, sob a lógica de suas necessidades e dentro de suas possibilidades, os pontos do mapa. O usuário configura seu mapa utilizando-se dos pontos de referência que, olhados “de fora”, aparentemente não configuram nenhum desenho “lógico” se o parâmetro é a já clássica “pirâmide” hierarquizada de serviços. Os pontos do mapa são atravessados por todos os outros regimes de regulação. É nos pontos do mapa que o usuário viverá os outros regimes de regulação. (Cecílio *et. al.*, 2014, p. 1511)

Para os utentes, o Pronto-Socorro (PS) hospitalar é percebido como um ponto de cuidado estável, capaz de atendê-los em diferentes momentos ao longo da vida. Contudo, esse ponto da rede só costuma ser acessado em situações de agravamento da condição clínica, o que, no caso da Doença Renal Crônica (DRC), é particularmente problemático, uma vez que esta apresenta sintomas apenas em estágios mais avançados. Apesar dos avanços na construção de diretrizes e na divulgação dos papéis assistenciais atribuídos a cada ponto da rede de atenção, com vistas à qualificação do cuidado prestado, ainda persiste uma significativa carência de mecanismos eficazes de comunicação, regulação de acesso e sistemas informatizados que possibilitem uma gestão integrada dos processos e fluxos assistenciais (Gonzaga & Ferreira, 2017).

Um exemplo dessas limitações é a incompatibilidade entre os sistemas de prontuário eletrônico, como o MV e o Track Care, bem como entre as plataformas utilizadas na atenção primária e na atenção terciária. Essa fragmentação informacional impede o acesso integral dos

profissionais de saúde aos dados clínicos dos utentes, resultando em um cuidado desarticulado entre os níveis de atenção e comprometendo a continuidade do tratamento.

No que diz respeito à lógica de referência e contrarreferência, os dados apontam para diversos obstáculos enfrentados pelos utentes no acesso aos serviços da rede de atenção à saúde. Entre as principais dificuldades relatadas destacam-se: inflexibilidade dos horários de atendimento, limitação no número de vagas disponíveis, além da escassez de recursos estruturais, humanos, materiais e tecnológicos. Essas barreiras evidenciam a fragilidade do sistema em assegurar um fluxo assistencial contínuo, especialmente no contexto pós-alta hospitalar.

Outro aspecto relevante identificado na pesquisa diz respeito à sensação de desligamento do utente em relação à equipe hospitalar após a desospitalização. Ao ser referenciado a uma clínica especializada ou ao atendimento domiciliar, o utente passa a ser acompanhado por uma nova equipe, o que, na percepção dos entrevistados, interrompe o vínculo estabelecido durante a internação. Tal percepção reforça a necessidade de estratégias que fortaleçam a longitudinalidade do cuidado e o sentimento de pertencimento à rede, mesmo em transições de ponto de atenção.

Ademais, observou-se que as profissionais rosa e amarelo relataram dificuldades em pensar a lógica da referência, uma vez que seu olhar está tradicionalmente voltado à contrarreferência, isto é, ao retorno do utente ao serviço hospitalar após acompanhamento em outro ponto da rede. Essa inversão de perspectiva reflete um modelo de atenção ainda centrado no hospital, em detrimento da lógica territorial e comunitária preconizada pela Atenção Primária à Saúde.

“É lá acho que eles têm é uma certa facilidade agora para nós, tem que ser encaminhado, então eu acho que aí é mais difícil, fica mais difícil para ele. Porque agora você me fez eu ver do outro ângulo, de lá para cá, porque a gente só vê, daqui pra lá, né?” (Profissional cor Rosa)

Em relação as ações intersetoriais desenvolvidas foram apresentadas contatos institucionais e setoriais. O profissional amarelo destacou contato com outras políticas públicas como a previdência, assistência social, além de contato com a UBS de referência para a solicitação de PTNED, rede de apoio familiar e comunitária. Já a profissional rosa, destacou o transporte e rede de apoio como principais articulações desenvolvidas pela equipe. Chama-nos a atenção a articulação realizada pelo profissional azul. Dentre as articulações encontra-se contato com as clínicas de hemodiálise e regulação para a realização da alta, além de solicitar parecer médico a outros setores dentro e fora do hospital HRAN. Estes dados, estão de acordo

com os dados apresentados pelos utentes que apontaram na figura do médico a responsabilidade pela regulação de vaga da HD e DP, mesmo quando houve necessidade de acionar o poder judiciário para o conluio do direito.

“Nós fazemos contato com as clínicas e regulação para colocar o paciente na fila da hemodiálise. Pedimos parecer de outras especialidades e mandamos os pacientes para outras instituições quando não tem os exames aqui, né? Hoje mesmo, (nome da utente) vai pro base fazer um raio X pra ver se o cateter tá no lugar [...]. Sim, quem faz este contato é o administrativo do setor, mas como tenho poucos profissionais e tá todo mundo sobrecarregado, ai prefiro fazer logo pro paciente sair logo” (Profissional cor Azul)

Durante a entrevista, foi questionado o funcionamento do setor administrativo da nefrologia, com ênfase no contato com as clínicas conveniadas e os mecanismos de regulação. Conforme relatado pelos profissionais, o setor não dispõe de um corpo administrativo específico para lidar com a burocracia associada às internações e altas hospitalares, o que transfere essa responsabilidade à equipe médica. Em razão disso, muitos profissionais acabam assumindo tarefas administrativas com o intuito de agilizar o processo de desospitalização dos utentes, o que, embora necessário, revela um desvio de função e acentua a sobrecarga dos trabalhadores da saúde.

Essa situação configura mais um obstáculo à construção de práticas intersetoriais efetivas, estando diretamente relacionada ao déficit de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), agravado pelas políticas de sucateamento dos serviços públicos e pelas diretrizes neoliberais que têm orientado a retração do papel do Estado na oferta de serviços sociais. Segundo Cecílio (2007), a escassez de trabalhadores da saúde gera um efeito dominó, levando à fragmentação do atendimento e à incapacidade do sistema de responder de forma adequada às demandas assistenciais.

Nesse cenário, a garantia do direito à saúde — concebido de forma ampliada — demanda ações intersetoriais articuladas, uma vez que as determinações de saúde ultrapassam os limites do setor e estão diretamente relacionados a outras políticas sociais, como assistência social, educação, habitação e trabalho. Contudo, como ressalta Netto (2018), a intersetorialidade constitui um desafio concreto, tendo em vista que as políticas sociais, em sua maioria, são concebidas e operacionalizadas de forma fragmentada, tratando os efeitos da questão social como problemas isolados, sem articulação entre si.

Dessa forma, pensar a integração das políticas sociais para responder de maneira integral às necessidades dos utentes impõe-se como um desafio cotidiano para os profissionais de saúde. Apesar dos obstáculos estruturais e ideológicos impostos pela sociedade capitalista, a

intersetorialidade exige mais do que a simples articulação entre serviços e setores. Ela demanda a construção de estratégias coletivas de trabalho e a formulação de decisões políticas assertivas, voltadas à superação da lógica fragmentária e à efetivação de práticas integradas de cuidado (Junqueira, 2000; Yazbek, 2014).

Por fim, os dados empíricos analisados revelam diversas consequências da internação prolongada para os utentes. Os profissionais entrevistados alertaram para o risco de infecções hospitalares, como a sepse, e para a piora do quadro clínico devido à hospitalização prolongada. Foram mencionados ainda efeitos psicossociais e econômicos significativos, como o rompimento de vínculos comunitários e familiares, o surgimento de sintomas como irritabilidade, ansiedade, depressão, e a perda da mobilidade e do sentido da vida. Além disso, destacam-se as repercussões sociais, como a perda do emprego e o aumento da vulnerabilidade socioeconômica, evidenciando a importância da desospitalização planejada e da articulação com a rede de cuidado em território.

“São muitos os danos, né? Já teve paciente agressivos, depressivos, até que tentaram se jogar daqui lá pra baixo por não querer mais viver. Alguns perdem o emprego, depois de um tempo a família passa a vim cada vez menos, e as vezes até abandonam aí. Mas assim, da parte médica acho que o principal risco é sepse e infecção multirresistente. Muitos ficam com a saúde muito frágil após um tempo de internação muito longo e morrem devido a isso. Então essa é uma preocupação real de toda a equipe”. (Profissional cor Azul)

“Para melhorar a psicológica, porque só neste quadradinho ali dentro, eu acho que dá uma depressão muito grande. E se já tiver tendência para isso, é muito complicado. Porque a gente já teve paciente daqui, pulou da janela. Então assim é, a gente já pegou paciente pelo pé. O doutor Fábio mesmo uma vez foi passando e ele viu o paciente saltando. Ele correu, já pegou ele pelo pé, quase que ele foi junto também” (Profissional cor Rosa)

Como podemos analisar a partir das falas descritas é que a ausência de políticas públicas efetivas que articulem a rede de cuidado no território, bem como a sobrecarga da equipe hospitalar, criam um ciclo vicioso de internação como única resposta possível. As falas, não só descrevem a realidade, como denunciam a negligência do Estado na garantia do direito à saúde e à dignidade dos sujeitos internados. Ademais, tanto o profissional azul como a profissional rosa descrevem os efeitos da internação prolongada, destacando o colapso dos vínculos sociais, a deterioração da saúde mental e física dos utentes e o desgaste das equipes. Nesse cenário, a desospitalização surge não apenas como uma estratégia de fluxo hospitalar, mas como imperativo ético e político para romper com uma lógica de aprisionamento e medicalização do sofrimento.

Os relatos evidenciam trazem experiências extremas vivenciadas por profissionais da

saúde e utentes que evidenciam o sofrimento psíquico, a vulnerabilidade social e os limites dos modelos biomédico-hospitalicêntrico do cuidado. Ademais, ambas as falas escancaram a falta de articulação entre os níveis de cuidado e o suporte territorial no pós-alta, convertendo o hospital, enquanto ‘estação’ de cuidado, em espaço de permanência indefinida. A desospitalização, nesse contexto, não pode ser compreendida apenas como uma estratégia de gestão de leitos, mas sim como uma política de restituição de direitos, autonomia e pertencimento social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar, os dispositivos públicos mobilizados por equipes multiprofissionais, instituições de saúde e pelos próprios usuários, com vistas à garantia da continuidade do cuidado e da integralidade do atendimento no processo de desospitalização no serviço de nefrologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Os resultados revelaram um cenário permeado por complexidades, nas quais se entrelaçam avanços institucionais e fragilidades estruturais históricas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o SUS represente um marco fundamental na democratização do acesso à saúde no Brasil, sua operacionalização ainda enfrenta obstáculos persistentes, como a fragmentação e a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa desarticulação compromete diretamente a efetividade da atenção integral, resultando em um acesso desigual e, muitas vezes, excludente — sobretudo para os segmentos populacionais em maior situação de vulnerabilidade socioeconômica. A descontinuidade do cuidado acentua a sobrecarga dos serviços hospitalares, ao passo que demandas resolvíveis na atenção básica acabam deslocadas para níveis de maior complexidade.

A pesquisa identificou lacunas significativas na articulação intersetorial e na coordenação entre os diferentes níveis de atenção, comprometendo a concretização do princípio da integralidade, um dos pilares fundantes do SUS. Os achados evidenciam a transferência recorrente da responsabilidade do cuidado às famílias, especialmente às mulheres, em contextos de vulnerabilidade social e de ausência de suporte técnico e material adequado. Essa dinâmica reproduz a lógica do familismo e naturaliza a sobrecarga, contribuindo para a ampliação das desigualdades.

A falta de comunicação entre os setores intra-hospitalares e extra-hospitalares agrava ainda mais esse problema, impactando diretamente os encaminhamentos pós-alta, como a disponibilização de vagas para diálise ambulatorial — frequentemente viabilizadas apenas por meio de judicialização, o que evidencia o retraimento do Estado em sua obrigação constitucional. Essas falhas tornam-se especialmente críticas nos processos de transição do cuidado, como ocorre na desospitalização de utentes crônicos, cuja condição clínica requer acompanhamento contínuo e estratégias integradas de suporte no território.

A análise demonstrou que, embora existam iniciativas institucionais de orientação, como a entrega de materiais informativos e a realização de treinamentos para a Diálise Peritoneal, tais ações revelam-se insuficientes quando não são acompanhadas por políticas públicas mais amplas, capazes de garantir condições socioeconômicas mínimas às famílias.

Situações relatadas, como a permanência prolongada de utentes hospitalizados por ausência de rede de apoio, evidenciam que a desospitalização somente se efetiva quando sustentada por um suporte intersetorial robusto, que articule diferentes políticas sociais, a exemplo da assistência social, previdência, habitação e saúde.

No setor de nefrologia do HRAN, os profissionais relataram empenho em atender às demandas de forma ampliada, buscando assegurar a integralidade. Entretanto, trata-se de uma integralidade ainda restrita ao espaço hospitalar, sem articulação consolidada com outros pontos da rede, o que limita a resolatividade das ações. Essa limitação manifesta-se no cotidiano de trabalho, em que, apesar do esforço das equipes em discutir casos, orientar famílias e planejar intervenções, os resultados esbarram na ausência de fluxos consolidados de referência e contrarreferência, evidenciando a fragmentação da rede assistencial.

Outro ponto crítico identificado refere-se à fragilidade de protocolos e à ausência de planejamento antecipado para o processo de desospitalização. Em geral, as orientações aos utentes e familiares concentram-se apenas no momento da alta, o que gera insegurança, ansiedade e reduz o tempo necessário para assimilação das informações e esclarecimento de dúvidas. Soma-se a isso o desafio de adequar a comunicação às condições socioculturais e cognitivas dos utentes, o que exige dos profissionais não apenas conhecimentos técnicos, mas também criatividade, escuta ativa e o uso de estratégias acessíveis de orientação.

Nessas condições, a alta hospitalar deixa de representar um reordenamento gradual e planejado do cuidado, configurando-se como uma transição abrupta e insegura, marcada por riscos clínicos e psicossociais relevantes. Essa descontinuidade compromete a efetividade da desospitalização, favorece a reincidência de complicações e eleva as taxas de reinternação, perpetuando o ciclo da cronicidade e ampliando a pressão sobre os serviços hospitalares.

Ademais, constatou-se a fragilidade da política de educação permanente entre os trabalhadores da saúde, aspecto que compromete a apropriação crítica de diretrizes fundamentais, como a Política Nacional de Humanização (PNH). Em muitos casos, a humanização é reduzida à empatia individual, em detrimento de seu caráter institucional, o que evidencia a urgência de processos formativos mais consistentes e politizados.

No plano das condições de trabalho, os profissionais da saúde enfrentam sobrecarga, acúmulo de funções, escassez de recursos e déficit de pessoal, além de limitações estruturais que inviabilizam práticas que assegurem a integralidade. Esses fatores afetam negativamente tanto a qualidade do atendimento quanto o potencial transformador das ações em saúde.

Paradoxalmente, foram identificadas potencialidades no serviço: a atuação comprometida da equipe multiprofissional, reuniões periódicas e práticas comunicacionais

mais sensíveis às realidades dos utentes. Tais iniciativas representam esforços concretos de ressignificação da desospitalização, ainda que circunscritos a um modelo setorizado.

A integralidade praticada no serviço permanece focalizada, restrita à esfera institucional e sem articulação efetiva com os demais níveis da rede ou com outras políticas públicas. A ausência dessa integração compromete a resolatividade das ações e impede a consolidação de uma linha de cuidado integral.

A pesquisa também evidenciou desigualdades estruturais marcantes no perfil dos utentes — em sua maioria pessoas negras, com baixa escolaridade e vínculos familiares fragilizados —, fatores que intensificam vulnerabilidades sociais e étnico-raciais e impactam diretamente a experiência com a doença e com o sistema de saúde.

Nesse contexto, a integralidade deve ser compreendida para além da dimensão clínica, exigindo a articulação efetiva de políticas públicas intersetoriais — como educação, assistência social, previdência e habitação — que reconheçam o sujeito em sua singularidade e historicidade. Trata-se de construir linhas de cuidado que dialoguem com os territórios e com as determinações sociais da saúde, em consonância com os princípios da equidade e da justiça social.

Conclui-se que o atual modelo de desospitalização demanda uma reestruturação profunda, alicerçada em três pilares essenciais: (i) a qualificação permanente, crítica e reflexiva dos profissionais de saúde; (ii) o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e (iii) a responsabilização ativa do Estado na formulação e implementação de políticas públicas integradas que promovam um cuidado contínuo, humanizado e equitativo. A superação da lógica fragmentada e a valorização de práticas interdisciplinares e intersetoriais são indispensáveis para a efetivação de um sistema de saúde orientado pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e dignidade da pessoa humana.

Nesse cenário, reafirma-se a centralidade do SUS enquanto política pública universal e da integralidade como princípio ético-político que deve fundamentar todas as ações em saúde. Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa — profissionais e utentes — revelam, em suas experiências cotidianas, tanto os entraves quanto as possibilidades de transformação presentes na realidade dos serviços. A partir dessas vozes, é possível vislumbrar caminhos para a construção de práticas de cuidado que respeitem, de forma plena, o direito à saúde como bem público e inalienável.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, L. K. de. **Avaliação da atenção primária à saúde de pessoas com doença renal crônica**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/32332>. Acesso em: 12 jun. 2024.
- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfq8HSCymkH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.
- ALENCAR, V.A. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865–884, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>. Acesso em: 14 jun. 2024.
- ALVES, M.R. **Desospitalização de pessoas com doenças neurológicas: planejamento de alta em Hospital Terciário**. Dissertação (mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2021
- ANASTÁCIO E. *et al.* Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2016; 26: 362-366.
- ANDRADE AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de utente. **Saúde Soc**. 2015; 24(3): 887-900.
- ARENDT, Hannah. **O que é política?** Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil, 1998
- AYRES, José Ricardo C.M. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009.
- AYRES, José Ricardo C.M. A. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2004, Vol. 08, nº 14 pp. 73-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005> acesso em 08/11/2024. Acesso em: jan. 2024.
- 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. 2012
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política Social: fundamentos e História**. São Paulo:

Cortez, v. 2. 2017.

BELARMINO, R.C.S. **Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob a intervenção do serviço social**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; USP. Gestão de organização de Saúde. 95p. Ribeirão Preto, 2020.

BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; JORGE, Alzira de Oliveira; SILVA, Kênia Lara. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551–570, abr./jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>. Acesso em: jan. 2024.

BIANCO, I.G.S. **Trabalho em rede no processo de desospitalização**: construindo caminhos para a garantia de direitos. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/48655/48655.PDF> acesso em 28/10/2024. Acesso em: jan. 2024.

BIANCO, I.G.S; NUNES, N.R.A. Desospitalização: Refletindo sobre o trabalho em rede e a garantia do direito à saúde. v. 16 n. 1 (2019): **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. ISSN 2675-1054. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1> acesso em 24/08/2024. Acesso em: jan. 2024.

BRAGA, G. P. O. Fundamentos históricos da política social: elementos chaves para a análise. *In: IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, Civilização ou Barbárie: O futuro da humanidade'*, 2019, São Luís (MA). Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: UFMA - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2019. v. 1. p. 1-12.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17–21 mar. 1986, Brasília, DF**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, 20 set. 1990. Brasília, DF: Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, 9 abr. 2001. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**: seção 1, 7 jul. 2015. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 24 abr. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**: seção 1, 3 out. 2003. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10741.htm. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, [1990b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 25 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.864, de 25 de setembro de 2013. Altera o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, 25 set. 2013. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 12 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.htm. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicador de Alfabetismo Funcional (Inaf).** Brasília: [s. n.], 2025. Disponível em: <https://alfabetismofuncional.org.br/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União,** seção 1. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002. Aprova, na forma do Anexo I, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em:

<https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo/pdf/NormasparaCadastramentodeCentrosdeReferenciaemAssistenciaaSaudedoIdoso.doc>. Acesso em: 9 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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**: seção 1, Brasília, DF, ed. 182, p. 36-39, 10 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 251, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 184 p. il. (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7677>. Acesso em: 12 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023. Brasília: Ministério da Saúde, v. 55, n. 12, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-12.pdf/view. Acesso em: 26 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2010/dezembro/2-b-documento-de-diretrizes-para-organiza-o-das-redes-de-ateno-sa-de-do-sus.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jan. 2004. 52 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jan. 2004. 52 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2 203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 216, p. 22932–22940, 6 nov. 1996. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991: reedição com alterações da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. **Diário Oficial da União**: seção 1, 18 jul. 1991, p. 14.216. Brasília, DF. Disponível em: https://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf. Acesso em: 9 ago. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Vocabulário Jurídico**: termo “coisa pública”. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/tesauro/pesquisa.asp?pesquisaLivre=COISA%20P%C3%9ABLICA>. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRAVO. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2009. P. 88-110

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas e prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Álvaro P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei

Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90), 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-A9SHDP>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, SP: Instituto Municipal de Doenças Crônicas de Campinas, mar. 2003. 16 p. [Documento da Internet]. Disponível em: <https://www2.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. In: PINHEIRO, R. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2006. p. 115-128.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 08 nov. 2024.

CECÍLIO, L. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>. Acesso em: 21 out. 2023.

CERVO, Amado Luiz. **Metodologia científica**. São Paulo: Person Prentice Hall, 2007.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 1. ed. São Paulo: Moderna, 1981.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. 1 ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015. 133 p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 22 fev. 2024.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417–1423, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500025>.

COSTA, L. C. Reflexões sobre o Estado moderno. In: COSTA, L. C. **Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 25–52.

COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O direito à saúde dos vulneráveis. **Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do Ministério Público: Inovar para o Cidadão**, v. 1, p. 32–40, 2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE (Alma-Ata, 1978). Declaração de Alma-Ata. **Diário Oficial da União**: seção 1 [se disponível], Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em:

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7–14, jan. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>. Acesso em: 03 mar. 2025

DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira; LOPES, Maria Emília Limeira; ZACCARA, Ana Aline Lacet; DUARTE, Marcela Costa Souto; MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; VASCONCELOS, Monica Ferreira de. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1337–1346, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i5a9818p1337-1346-2014>. Acesso em: 03 mar. 2025

DUTRA, Francisco. **Com medo de perder hemodiálise, utentes passam a morar em hospital.** Metrópoles, Brasília, 5 dez. 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/com-medo-de-perder-hemodialise-utentes-passam-a-morar-em-hospital>. Acesso em: 27 fev. 2025.

FALEIROS, V.P. et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

FERREZ, Fábio Humberto. A equipe multidisciplinar é fundamental para tratarmos a doença renal crônica. Juntos somos mais fortes! Obrigado @nnd.HRAN 😊. [Brasília], 24 ago. 2023. Instagram: @drfabiohumbertoferrez. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CwUqm3Yumja/>. Acesso em: 16 jun. 2025.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 180–188, set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9934>. Acesso em: 12 mar. 2025.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 03 mar. 2025

FORTES, Débora Cristina Bahia. **Reflexões sobre alta social e intersetorialidade: experiências e desafios para os assistentes sociais do Hospital Municipal Miguel Couto/RJ.** 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/45090/45090.PDF>. DOI:

<https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.45090>. Acesso em:

FRANÇA, M. C.; CAVALCANTI, P. B. A. A intersetorialidade e o assistente social na saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA, 2013, Porto Alegre. **Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional**. Porto Alegre: EDIPUCRS – Editora Universitária da PUC-RS, 2013.

FRANCO, R. F.; CORNELIS, J. S. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2025.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, SP: Atlas, 2007

GIOVANELLA, Lúcia *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Cebes, 2012.p. 493-546

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. **Linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica**. Brasília, DF: SES-DF, 2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Apresentacao_118289690_versao_FINAL_Linha_de_Cuidado_da_Pessoa_com_Doenca_Renal_Cronica.docx.pdf/c12bde8b-0063-788c-bd94-571ba6fd5f83?t=1690379519146. Acesso em: 13 jun. 2025.

GUEDES, A. S. Depressão infantil em contextos de hospitalização prolongada. **Psicologia Clínica**, v. 5, n. 1, p. 78-90, 2017.

GUILHERME, Rosilaine; NOGUEIRA, Vera. A reforma do Estado e suas implicações nas políticas sociais. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 3, 2016.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2005. 380 p.

IANNI, O. A construção da categoria. **HISTEDBR online**, Campinas, número especial, p. 397-416, abr. 2011. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/ianni-201804131230457141340.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

JESUS, Giscilene Magalhães Agostinho de. **Desospitalização no âmbito público: análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) — Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: oasisbr.ibict.br. Acesso em: 5 nov. 2024

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. D. C. M. Integralidade e Tecnologias de Atenção à Saúde: Uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Acesso em: 13 fev. 2024.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, 1982, p. 7-25. Tradução de E. D. Nunes. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 12 jun. 2024.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, v. 10, n. especial, p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 2 fev. 2024.

LIMA, I. F. S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.

LIMEIRA, R.M.N. Cartografia de Fronteira: **O apoio como estratégia de enfrentamento à violência institucional no SUS**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: oasisbr.ibict.br. Acesso em: 5 abril 2024.

IONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LOPES, Maria Lucia. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil – 1995 a 2005**. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1763>. Acesso em: 3 ago. 2023.

LOPES, A. A.; SILVEIRA, M. A.; MARTINELLI, R. P.; ROCHA, H. Associação entre raça e incidência de doença renal terminal secundária a glomerulonefrite: influência do tipo histológico e da presença de hipertensão arterial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 59–65, mar. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/p9hDTNQBTTrz9zB9GxYR5V4c/>. Acesso em: 1 maio 2025.

MACHADO, Vanessa. **A recusa à desospitalização entre pacientes internos de hospital psiquiátrico**. 2004. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-05102006-091713/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

MACHADO, Roberto. **Foucault: a ciência e o saber**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MANDEL. Ernest. **O Capitalismo Tardio**. Abril Cultura, 1982.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do capital. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. *In*: DUARTE, Marco José de Oliveira *et al.* (org.). **Política de saúde hoje**: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. 1. ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MATTOS, Rubens Alves de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43–68.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 Edições, 2018. 80 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; CONASS, 2011 [reimpressa em 2016]. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 14 jun. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 1. ed. Minas Gerais/MG: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. 154 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MERVIS, Joshua S.; PHILLIPS, Tania J. Lesões de pressão. *In*: **Manual MSD para profissionais de saúde**. Revisado em set. 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-dermatológicos/lesão-por-pressão/lesões-de-pressão>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MINAYO MCS. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997–fev. 1998.

MIOTO, R. G.; PRÁ, K. R. Dal. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições

da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S. (orgs.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Editora Cortez, 2015. p. 147-178.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Lutas Sociais**, n. 8, p. 53–64, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/ls.v0i8.18912>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de *et al.* Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1–13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MORAES, C. A. S. Impactos do “neoliberalismo do século XXI” na política de saúde brasileira. In: BARCELLOS, Warllon de Souza; DUARTE, Marco José de Oliveira (org.). **Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: EdUEMG, 2020. p. [65-99]. Disponível em: https://editora.uemg.br/images/livros-pdf/catalogo-2021/Políticas_sociais/2021_Políticas_sociais_cap3.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. Acesso em: 29 abr. 2024.

NETTO, José Paulo. As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. In: NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. [17-81]. Disponível em: https://api.metabooks.com/api/v1/asset/mmo/file/b95444681efe44258d65f4406a405e92?access_token=b44a17d6-3135-458b-b486-f2fbb39c12c5. Acesso em: 28 abr. 2024.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método de Marx**. Teoria Social. 1ª edição. São Paulo: expressão popular, 2012

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez 2018

NOGUEIRA, Kleiton Wagner. Crise do capital e governo Bolsonaro: impactos sobre a saúde pública brasileira. **SER Social**, Brasília, v. 25, n. 53, 2023. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v25i53.42090. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42090. Acesso em: 16 jun. 2024.

NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida. **Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Porto, Porto, 2003. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10572?locale=pt>. Acesso em: 16 mar. 2024.

NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde). Disponível em: <https://cebes.org.br/determinacao-social-da-saude-e-reforma-sanitaria/60/>. Acesso em: 16 mar. 2024.

NUNES, N. R. A.; ROCHA, D.; FERNANDES, F. L. O Direito à Saúde em Tempos de Austeridade: limites, desafios e possibilidades. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, p. 9–20, maio–ago. 2019. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 22 mar. 2024.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016. 56 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 05 out. 2024.

OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização**: a sociedade civil e o tema do poder. São Paulo: outras expressões, 2014.

PAIM, Jairnilson S.; *et al.* **O que é o SUS** [e-book interativo]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015 (impresso 2009). 93 p. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus-e-book-o-que-%C3%A9-o-sus>. Acesso em: 22 mar. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Cebes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. 76 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6419>. Acesso em: 7 ago. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Cebes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27 p. Disponível em: https://www.academia.edu/22743957/E_Book_1_A_Reforma_Sanit%C3%A1ria_Brasileira_e_o_CEBES. Acesso em: 7 ago. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. (Coleção Pensar em Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 12 jun. 2024.

PAULI, Liane Teresinha Schuh. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2007.tde-02122008-195835>. Acesso em: 12 jun. 2024.

PEREIRA, Camila Potyara. **Rua sem saída**: um estudo sobre a relação entre o Estado e a população de rua de Brasília. 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1542>. Acesso em: 13 jun. 2024.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção social no capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. 2013. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15153>. Acesso em: 13 jun. 2024.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política pública como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87–106. Disponível em:

<https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/3015>. Acesso em: 13 jun. 2024.

PEREIRA, Potyara A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 729–753, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2024

PEREIRA, Potyara A. P. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Brasília: Cortez, n. 19, p. 11-29, jul/dez, 2006. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/12748/11149/23040. Acesso em: 13 jun. 2024.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 23–39

PEREIRA, Potyara A. P. Política pública, política social e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivonete; et al. (orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 4, p. 161–180.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (orgs.). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 25-42.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15–17, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a02v20n1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG**, Belo Horizonte, v. 35, 2001.

POZZER, Vanessa Schaurich. **A intersectorialidade da política pública de saúde: reflexões necessárias**. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9467>. Acesso em: 28 nov. 2024.

PRIBERAM DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Utente**. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/utente>. Acesso em: 13 fev. 2024.

RAMOS, Sara Alexandra. **A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente**. 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão de Saúde) — Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/6631/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Ramos%2024-06-2015.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

RANGEL, M. L. S. V. Processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, e0612440793, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40793>. Acesso em: 21 maio 2023.

REIS, Aparecido Francisco dos. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálisis**, v. 25, n. 2, p. 392–403, 2023. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179670845023>. Acesso em: 16 jun. 2024.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Tudo a Temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122–135, dez. 2016.

RELAÇÕES EXTERIORES. Realpolitik. **Glossário de Relações Internacionais** [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://relacoesexteriores.com.br/glossario/realpolitik/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ROCHA, L. T. **Hospital não, pelo amor**: etnografando processos de desospitalização. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ROCHA, Patrícia Rodrigues e DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na teoria da Produção Social da Saúde. **Ver. Esc. Enfermagem USP**, 2015, p. 129 – 135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/4NdW5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2024.

RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Juiz de Fora, MG, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/595>. Acesso em: 7 jun. 2023.

RIOS, Izabel Cristina. Violência e Humanização. In: RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde**: prática e reflexão. São Paulo, Editora Áurea, 2009. 179p.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1-2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232018000601717&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 jun. 2023.

SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000034>. Acesso em: 8 jun. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Planejamento em Saúde. **Plano Distrital de Saúde: PDS 2024 a 2027**. Brasília: SES-DF, 2024.

SINDMÉDICO DO DISTRITO FEDERAL. **Utentes morrem por não conseguir hemodiálise**

no DF. 2023. Disponível em: <https://www.sindmedico.com.br/utentes-morrem-por-nao-conseguir-hemodialise-no-df/#:~:text=Utentes%20morrem%20por%20n%C3%A3o%20conseguir%20hemodi%C3%A1lise%20no%20DF&text=Um%20utente%20do%20SUS%2DDF,quase%20um%20ano%20e%20meio>. Acesso em: 08 fev. 2025.

SILVA JACQUES, F. V. A política social no contexto brasileiro. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 14, n. 28, p. 47–61, 2022. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/6006>. Acesso em: 10 out. 2023.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 249–259, 2012.

SILVA, L. C. da *et al.* Necessidade de hemodiálise em utentes com COVID-19. **Revista Recien: Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 35, p. 451–461, 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.35.451-461. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/473>. Acesso em: 13 jun. 2024.

SILVA, P. A. B *et al.* Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e86, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>. Acesso em: 24 jan. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise 2017**. São Paulo: SBN, 2019. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/censo-brasileiro>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOUSA, C. A.; SILVA, C. L. L. Doença Renal Crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. **Health Residencies Journal – HRJ**, v. 4, n. 19, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.733>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SOUZA, M. C. O.; ARAÚJO, M. D. Intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social. **Libertas**, v. 21, n. 2, jul./dez. 2021. ISSN 1980-8518. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2021.v21.32589>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SOUSA, F. T. L. de; SANTOS, K. C. B. dos. O processo de desospitalização sob a ótica de utentes com doenças crônicas de longa permanência internados em um hospital universitário. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16608>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SPOSATI, Aldaíza. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXV, n. 77, p. 30–53, mar. 2004. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23489. Acesso em: 13 jun. 2025

SPOSATI, Aldaíza. Gestão pública intersetorial: Sim ou Não? Comentários de experiência. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXVI, n. 85, mar. 2006.

SCHUTZ F; MIOTO, R.C.T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>. Acesso em: 30 abr. 2024.

TEIXEIRA, Isadora. **Clínica com 137 doentes renais alega calote da Saúde do DF e fecha.** Metrópoles, Brasília, 1º fev. 2022. Disponível em: <https://www.metrópoles.com/colunas/grande-angular/clinica-com-137-doentes-renais-alega-calote-da-saude-do-df-e-fecha>. Acesso em: 30 abr. 2024.

TOFANI, L. F. N.; FURTADO, L. A. C.; ANDREAZZA, R.; NASSER, M. A.; CHIORO, A. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. **Interface** (Botucatu), v. 26, p. e210690, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210690>. Acesso em: 30 abr. 2024.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIEIRA PINTO, Álvaro. **Ciência e Existência**: problemas filosóficos da pesquisa científica. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979

VILANOVA, T. G. A.; EWERTON, G. N.; PEREIRA, L. L. Atenção primária à saúde de comunidades quilombolas do Goiás: uma questão de equidade racial em saúde. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/247/244>. Acesso em: 01 jun. 2023.

WIESE, M. L.; DAL PRÁ, K. R.; MIOTO, R. C. T. O cuidado como direito social e como questão de política pública. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos [...]**. Florianópolis, 2017.

WOOD. Ellen Meiksins. **O Império do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**: final technical report. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>. Acesso em: 20 maio 2023.

YAZBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersetorialidade, e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 77-103.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (EQUIPE)

Instrumento de coleta de dados

Cor de identificação _____ **Área de atuação:** _____
Grau de formação: _____ **Anos de trabalho/saúde:** _____ **Anos de trabalho/nefro:** _____

Dentro da Política de Saúde, qual as principais demandas de seu cargo no atendimento ao utente de nefrologia?

O que você entende sobre a rede de cuidados e o seu papel no processo de desospitalização dos utentes?

Quais os critérios são considerados pela sua categoria profissional para otimizar o processo de desospitalização?

Na sua experiência, quais são as demandas apresentadas a equipe de saúde frente ao processo de desospitalização?

Na sua experiência, a atuação interdisciplinar no processo de desospitalização é efetiva?

Dentro do contexto de internação, os utentes atendidos por este setor, costumam ser referenciados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

Visando a integralidade da RAS, assim como o fluxo de referência e contrarreferência do SUS. Quais dificuldades você identifica, durante seu atendimento, dos utentes acessar os demais níveis de Atenção à Saúde?

Quais ações intersetoriais são desenvolvidas por este setor, no planejamento de alta segura?

Quais as implicações biopsicossociais os utentes podem vir a apresentar em uma hospitalização superior a 15 dias?

Quais as interlocuções intra e extra-hospitalar, dentro da sua atuação, é fundamental para o atendimento integral ao utente e seus familiares?

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (UTENTES)

1. Perfil do utente

Letra de identificação. _____ Data de nascimento ____/____/____
 Gênero: _____ Estado Civil: _____ Tom de
 pele: _____ Nº de filhos _____ Naturalidade: _____

Grau de escolaridade

- () Sem Instrução () Fundamental Incompleto
 () Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Médio Completo () Superior completo/ incompleto

2. Situação Econômica:

Profissão: _____

Questão Previdenciária/ assistencial:

- () Segurado Contribuinte () Segurado do período de carência
 () Não Segurado () Beneficiário da Assistência Social: _____

Rendimento: _____ Salário-Mínimo

3. Situação Clínica:

Especialidade: _____

Motivo da Internação: _____

Tempo de internação: _____ Data da Alta hospitalar: _____

Tempo de retardo na desospitalização: _____

4. Pendências para o processo de desospitalização:

- () Institucionalização () Acompanhamento ambulatorial
 () Dependência de O2 () Equipamentos hospitalares/ insumos
 () Dispositivos de locomoção () Vaga de hemodiálise
 () Acompanhamento da rede () Renda
 () Outros _____

5. Destino do utente

- () Retorno ao próprio domicílio () Ao domicílio de terceiro
 () Transferência hospitalar () Institucionalização

6. Na região que você reside, costuma frequentar o posto de saúde ou demais dispositivos da Rede de Atenção como UPA e UBS?

- 7. Tem acesso a Políticas assistenciais como bolsa família, auxílio gás dentre outras? Em caso positivo, quais programa?**
- 8. Você foi orientado pela equipe de saúde acerca do processo de desospitalização e quais os programas e instituições que darão continuidade ao tratamento no pós-alta?**
- 9. Você ou seus familiares acionaram alguma instituição para denunciar ou solicitar a continuidade do atendimento, como defensoria pública da saúde? Em caso positivo? Por quais motivos acionaram o órgão?**