

# Gestão do cuidado em saúde

## perspectivas da atenção primária ao ambiente hospitalar



# Gestão do cuidado em saúde

## perspectivas da atenção primária ao ambiente hospitalar



## Equipe Editorial

Abas Rezaey  
Carolina Rodríguez Bejarano  
Catarina Sales Barbas de Oliveira  
Consuelo Fernanda Macedo de Souza  
Eduardo José Ramón Llugdar  
Eudaldo Enrique Espinoza Freire  
Evandro Gomes da Silva Junior

Filipe Lins dos Santos  
Flor de María Sánchez Aguirre  
Jorge Guillermo Olveda García  
Josefina de la Cruz Izquierdo  
Mar Aguilera Vaqués  
Maria Bernadete de Sousa Costa  
Morgana Maria Souza Gadelha de Carvalho,  
Natalia Caicedo Camacho  
Patrício José de Oliveira Neto  
Seyed Naser Mousavi  
Viktor Koval

## Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

### Idioma

Português

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393	Gestão do cuidado em saúde: perspectivas da atenção primária ao ambiente hospitalar João Pessoa: Periodicojs editora, 2024.  E-book: il. color.  Inclui bibliografia ISBN: 978-65-6010-093-0  1. Gestão saúde. 2. Ambiente hospitalar. I. Título.
	CDD 613

**Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553**

**Índice para catálogo sistemático:**

**1. Saúde: 613**

**Obra sem financiamento de órgão público ou privado**

**Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.**

**A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção Resumos Interdisciplinares em Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**



**Periodicojs**  
EDITORA ACADÊMICA

**Filipe Lins dos Santos**  
**Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

**CNPJ: 39.865.437/0001-23**

**Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil**  
**website: [www.periodicojs.com.br](http://www.periodicojs.com.br)**  
**instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)**

# Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturais e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos da área mencionada. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino na área das ciências da saúde.

Esse novo volume busca divulgar um trabalho amplo que discute a importância da gestão em saúde para a resolução de diversas demandas do dia a dia. Através do estudo bem consolidado é possível se projetar ações que possam ser fundamentais para evitar conflitos no cotidiano de trabalho.

**Filipe Lins dos Santos**

**Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs**



# OS AUTORES



**Nome:** Allyne Patricia Medeiros Sarinho

**Mini Currículo:** Enfermeira graduada no curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Nova Esperança - FACENE. Especialista em Saúde da Mulher pelo programa de Pós-graduações da DNA. Pós-graduanda em Estratégia de Saúde da Família pelo programa da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba.

**Vínculo Empregatício:** Enfermeira da Atenção Especializada do município de Bayeux.

**Nome:** Daniel José Gonçalves

**Mini Currículo:** Graduado em Biomedicina. Gestor do Complexo Pediátrico Arlinda Marques.

**Vínculo Empregatício:** Complexo Pediátrico Arlinda Marques, João Pessoa/PB.

**Nome:** Tainara Barbosa Nunes

**Mini Currículo:** Graduada em Enfermagem.

**Vínculo Empregatício:** Prefeitura municipal de Guarabira – ESF.

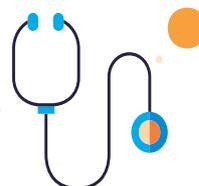
**Nome:** Monica Cristiane Mendes Viana

**Mini Currículo:** Graduada em enfermagem e Mestre em Ciências Farmacêuticas.

**Vínculo Empregatício:** Hospital de Urgências de Teresina.

**Nome:** Silvia Ximenes Oliveira

**Mini Currículo:** Graduada em enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Doutora em Ciências da Saúde pela Santa Casa de São Paulo. Docente titular do Centro Universitário UNIFIP.



**Vínculo Empregatício:** Centro Educacional de Patos – UNIFIP.

**Nome:** Paula Gabriella Pereira dos Santos

**Mini Currículo:** Pós-Graduada em Cuidados Paliativos na APS (Hospital Israelita Albert Einstein).

**Vínculo Empregatício:** Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, PI.

**Nome:** Renata Figueiredo Ramalho Costa de Souza

**Mini Currículo:** Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica.

**Vínculo Empregatício:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Marliany Jésily Gomes Evangelista

**Mini Currículo:** Bacharel em Enfermagem pelo Centro a universitário de João Pessoa. Pós-graduada em auditoria e gestão em saúde, docência em saúde, experiência profissional em Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência e Bloco Cirúrgico.

**Vínculo Empregatício:** Unidade de Pronto Atendimento de Guarabira.

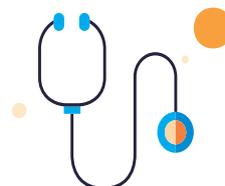
**Nome:** Ericka Suelen Villar

**Mini Currículo:** Enfermeira pela UFRN. Especialista em dermatologia. Professora do curso técnico em Enfermagem. Técnica em Enfermagem EBSEH.

**Vínculo Empregatício:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Tais Targino de Oliveira Virginio Duarte

**Mini Currículo:** Graduada em odontologia pelo UNIPE, PB. Graduanda de medicina pela FAME-NE/PB.



**Vínculo Empregatício:** FAMENE.

**Nome:** Renata Freire Alves Gondim

**Mini Currículo:** Nutricionista graduada pela Universidade de Pernambuco, campus Petrolina. Atualmente é residente no programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado pela ESPPE, no Hospital Regional Dom Moura, em Garanhuns, Pernambuco.

**Vínculo Empregatício:** Hospital Regional Dom Moura, em Garanhuns/PE.

**Nome:** Rosilene de Araújo Silva Oliveira

**Mini Currículo:** Enfermeira da Atenção Básica de Saúde de Palmeira dos Índios- AL e da Maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes - HUPAAL, Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família; Urgência e Emergência; Vigilância em Saúde e Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

**Vínculo Empregatício:** Enfermeira da Atenção Básica de Saúde do município de Palmeira dos Índios-AL e da Maternidade do Hospital Universitário Prof<sup>o</sup> Alberto Antunes- HUPAAL- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Ana Raquel Campos de Almeida Barboza

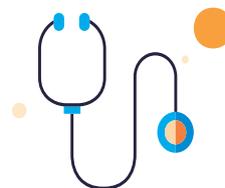
**Mini Currículo:** Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná.

**Vínculo Empregatício:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH/Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR).

**Nome:** Daiane de Queiroz

**Mini Currículo:** Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley (EBSEH-HULW).

**Vínculo Empregatício:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Empresa Brasileira de Serviços



Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Fernanda Mayara de Souza Franco Silva

**Mini Currículo:** Enfermeira pós-graduada em Urgência e emergência pela Santa Casa de São Paulo, Enfermeira Especialista em Pediatria e Neonatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (cursando).

**Vínculo Empregatício:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Nome:** Joelson Angelo Victor

**Mini Currículo:** Enfermeiro. Residência Multiprofissional em Oncohematologia pelo HUWC/UFC.

**Vínculo Empregatício:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - HC-UFU/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Maria Amélia Gonçalves Carreiro

**Mini Currículo:** Graduação de enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Pós-graduação em saúde Coletiva, pós-graduação em Urgência e Emergência, pós graduação em Centro Cirúrgico.

**Vínculo Empregatício:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH - HU UNIVASF.

**Nome:** Elisangela das Neves Martins Luz

**Mini Currículo:** Enfermeira. Mestranda no Ensino Profissional em Ciências da Saúde pela Unifesp, Especialista Educação Profissional em Saúde e Administração em Serviços de Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, Enfermagem em Nefrologia pela Unifesp, Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Universidade Cruzeiro do Sul. Atualmente atuando como Analista de Saúde na Vigilância Epidemiológica da PMSP, como Interlocutora dos Programas de Tuberculose e Hanseníase.

**Vínculo Empregatício:** Prefeitura Municipal de São Paulo - Vigilância em Saúde.



**Nome:** Isadora Nunes Amaral

**Mini Currículo:** Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde Ocupacional pela Universidade Cândido Mendes (UCAM)/Rio de Janeiro.

**Vínculo Empregatício:** Técnica em enfermagem na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

**Nome:** Leonidas Nelson Martins Junior

**Mini Currículo:** Enfermeiro graduado da clínica médica no Hospital Universitário de Juíz de Fora - MG Ebserh.

**Vínculo Empregatício:** HU UFJF - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

**Nome:** Fernanda da Silva Vasconcelos

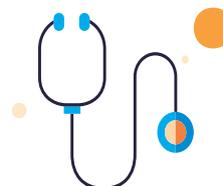
**Mini Currículo:** Mestranda no Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica na Universidade de São Carlos (UFScar); Enfermeira no Hospital Universitário UFScar/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH); Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto (IIEPAE); Gestão em Enfermagem (UNIFESP); Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família e Gerenciamento (FAMERP); Cuidado Pré-Natal (UNIFESP). Hospital Universitário UFScar/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH).

**Vínculo Empregatício:** Hospital Universitário UFScar - Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH).

**Nome:** Diana Nunes da Silva.

**Mini Currículo:** Enfermeira. Especialista em Saúde Pública.

**Vínculo Empregatício:** Enfermeira Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



**Nome:** Michelle Rocha Diniz

**Mini Currículo:** Especialista em Saúde do Trabalhador

**Vínculo Empregatício:** HUAC - Hospital Alcides Carneiros/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH.



# Sumário



## *Capítulo 1*

GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO AMBIENTE  
HOSPITALAR

13

## *Capítulo 2*

TRANSIÇÃO PARA O AMBIENTE HOSPITALAR

22

## *Capítulo 3*

COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

31

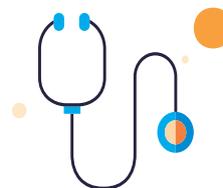
## *Capítulo 4*

TIPOS DE COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

40

## *Considerações finais*

58

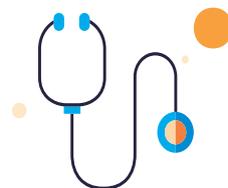


## *Referências Bibliográficas*

61



12



Capítulo

1

# GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO AMBIENTE HOSPITALAR



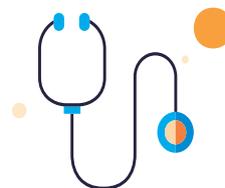
A gestão do cuidado em saúde é um campo que abrange a coordenação, administração e melhoria contínua dos serviços de saúde prestados aos indivíduos e comunidades. Este processo é essencial para garantir que os pacientes recebam cuidados eficazes, seguros e centrados na pessoa, independentemente do nível de assistência, desde a atenção primária até o ambiente hospitalar (Pereira et al., 2021).

Para exercer essa função com excelência, ainda existem alguns desafios que precisam ser sanados na esfera de gestão da APS como referência universal ao usuário. No que se refere às demandas programadas, agendamentos, demanda espontânea e, especialmente, nos “casos agudos” que representam as situações nas quais os usuários chegam ao serviço apresentando desestabilização de quadros mórbidos pré-existentes ou situações de novos agravos à saúde, ainda existe uma série de divergências que dificultam a prestação de uma assistência eficaz ao paciente (Pacheco e Antunes, 2015).

Estes usuários necessitam de atendimento rápido e eficiente com o objetivo de evitar complicações desnecessárias preferencialmente na Unidade Básica de Saúde de seu território adscrito. A organização da demanda nos serviços de APS, ainda que seja centrada em atendimentos programados não deve eliminar a necessidade e importância do atendimento à demanda espontânea por casos agudos (Doricci, 2018).

Muitas vezes os usuários que apresentam casos agudos são encaminhados para os níveis secundários ou terciários de assistência, estes por sua vez julgam não ser necessária sua intervenção, pois conforme a legislação que rege a rede de atendimento às Urgências e emergências, o usuário com quadro agudo poderia ser atendido na Unidade Básica de Saúde. Essas divergências geram conflitos na organização da assistência e prejudicam o paciente, que por sua vez, fica confuso quanto a representatividade da Atenção primária como referência para o cuidado de sua saúde (Guerra et al., 2021).

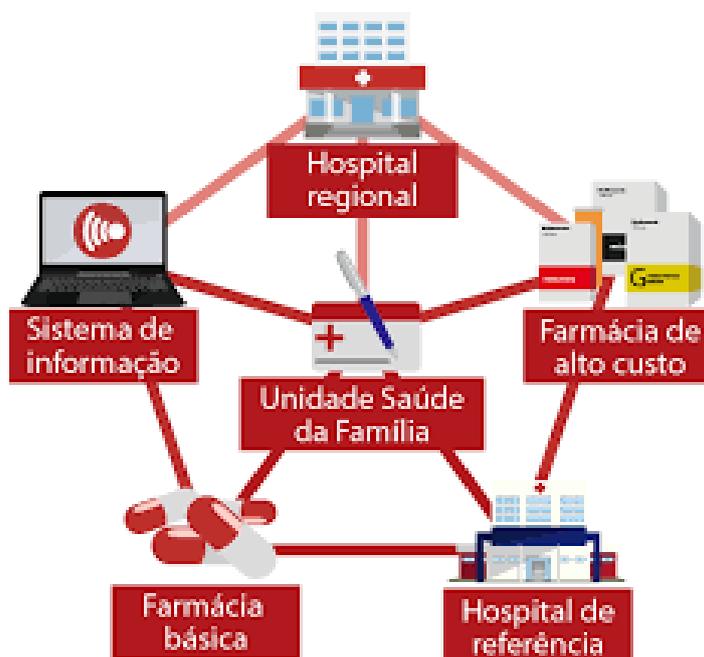
As equipes de saúde da família são multidisciplinares justamente por serem responsáveis por um atendimento integral aos seus usuários, incluindo dessa forma o atendimento às urgências, conforme o rol de deveres constantes na Política Nacional de Atenção Básica. Essa política preconiza



que ao receber casos de urgência na unidade, a equipe de saúde deve realizar a correta classificação de risco, avaliação da situação de saúde e nível de vulnerabilidade do usuário, prestando o primeiro atendimento e encaminhando o paciente para o nível secundário de atenção caso seja necessário (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

Compreender o funcionamento da rede de serviços de saúde é essencial para a prestação de um atendimento realmente resolutivo, e esse entendimento deve ser transmitido a todos os profissionais, para que o usuário possa ter suas necessidades de saúde resolvidas no devido nível assistencial com agilidade (Quevedo e Castro, 2024).

Os profissionais atuantes na equipe multidisciplinar de saúde precisam estar prontos para prestar o atendimento aos pacientes com quadros agudos em seu território, uma vez que a história clínica já é conhecida, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade da unidade de saúde (Brasil, 2011).



Fonte: Google imagens



## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

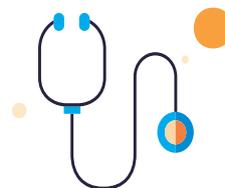
A atenção primária é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e no gerenciamento de condições crônicas. Envolve o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, oferecendo um acesso contínuo e abrangente a serviços essenciais. A gestão do cuidado nesta fase é focada na coordenação dos serviços de saúde, integração de cuidados e acompanhamento longitudinal dos pacientes (Cecílio et al., 2019).

A Atenção Primária a Saúde (APS) é responsável pela coordenação da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e tem como principal fundamento ser a porta de entrada preferencial do indivíduo nesta rede. Desta forma, deve ordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários no Sistema Único da Saúde (SUS), junto aos pontos de atenção secundários e terciários de maneira que possa garantir um cuidado integral (Brasil, 2022).

Uma boa gestão em saúde na APS possibilita a ampliação do acesso e o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Para tanto, é necessário que a atenção básica tenha alta resolutividade, além da articulação com outros pontos da RAS. (Pires et al., 2019; Brasil, 2017). Contudo estudos mostram que usuários ainda buscam o serviço hospitalar ou as unidades de pronto atendimento (UPA) sem estar dentro do perfil de urgência, caracterizados pela necessidade de assistência de baixa complexidade. (Amarante et al., 2020; Veloso e Tibães, 2022; Matos e Breda, 2020)

Nota-se que a busca pelo serviço de emergência acontece, na maioria dos casos, antes mesmo do paciente procurar por atendimento na atenção básica. Todavia, as pessoas julgam seus problemas de saúde como dignos de atendimento de emergência, usando o serviço de forma incorreta (Ricciulli; Castanheira, 2022).

São apontados como razões para procura dos serviços hospitalares de urgência e emergência em detrimento a outros serviços: ausência de infraestrutura da unidade de saúde mais próxima, percepção de dor e sintomas de caráter emergenciais, processo de agendamento de consultas na atenção primária demorado, qualidade no atendimento dos serviços hospitalares de urgência e emergência e



hábito de frequentar esses serviços (Amarante et al., 2020).

Os profissionais de saúde na atenção primária, como médicos de família, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, trabalham de forma colaborativa para entender o contexto de vida do paciente, identificando necessidades e desenvolvendo planos de cuidado personalizados. Fazem parte disto, a realização de ações preventivas, como vacinação e programas de promoção da saúde, além do manejo de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (Brasil, 2010; Brasil, 2006).

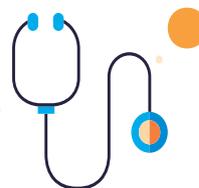
A Atenção Primária, no âmbito legislativo do Sistema Único de Saúde, está organizada como porta de entrada preferencial ao sistema. Na concepção desse nível assistencial, o cuidado centrado no usuário deve responder a todas as necessidades de saúde da população por meio de um sistema integrado, articulado e pautado na construção de redes de trabalho intersetoriais (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem seu campo de trabalho considerado de baixa densidade e de alta complexidade, lidando diariamente com uma grande variedade de problemas, desde aqueles gerados pelas mazelas sociais que requerem um trabalho intersetorial para a construção de respostas, até aquelas situações clínicas que demandam ações nas quais a própria equipe de saúde deve articular-se para responder de forma resolutiva (Rocha et al., 2015)

No dia a dia, a UBS busca através de uma amplitude de abordagens, soluções as diferentes situações de doenças e agravos à saúde. Entretanto, muitas vezes se depara com alguns casos mais complexos que exigem atendimento imediato, como é o caso das urgências e emergências (Guerra et al., 2021).

Predominantemente, essas demandas são atendidas nos serviços hospitalares ou nas unidades de pronto atendimento. Entretanto, há situações em que o indivíduo que sofre determinado agravo, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, procura por socorro no local mais próximo a sua residência, ou seja, a Estratégia Saúde da Família do seu bairro (Doricci, 2018).

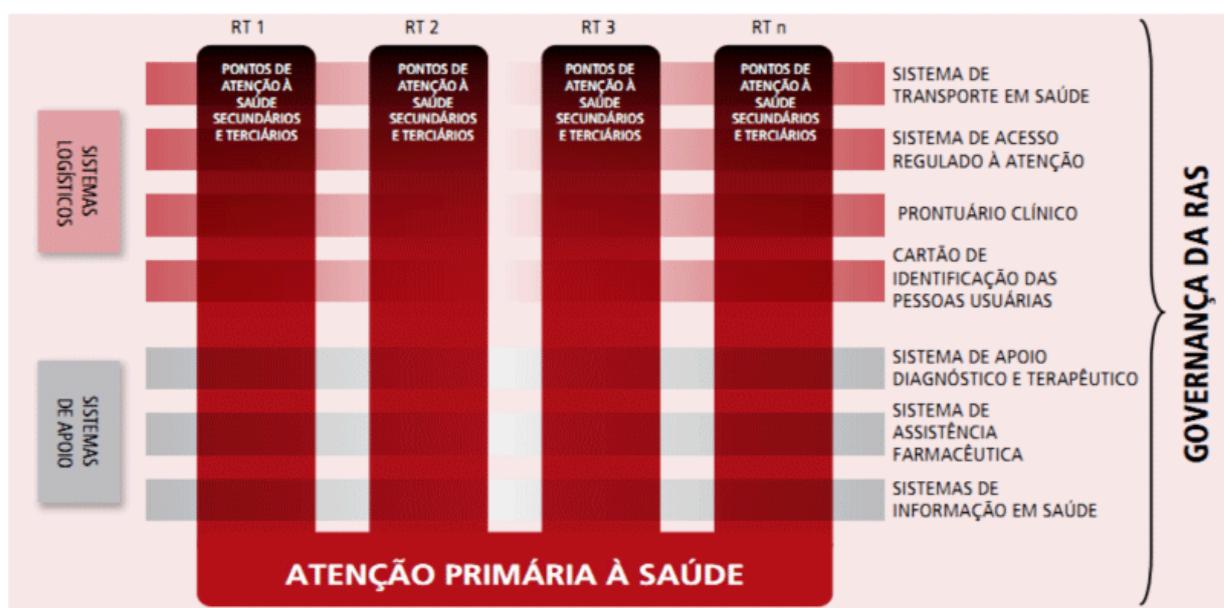
A Portaria de nº 2.048, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 5 de novembro de 2002, preconiza que os diferentes níveis de atenção devem se relacionar através de mecanismos de referên-



cia e contra referência, de modo que as ações possam ser complementares entre os níveis assistenciais e que cada serviço possa prestar seu atendimento à população conforme sua especialidade realizando o encaminhamento para os outros níveis quando não possuir insumos suficientes para prestar este atendimento (Brasil,2002).

Além disso, prevê que as Unidades estejam organizadas com área física e materiais adequados para os atendimentos de urgência, como, também, amparadas com fluxos e protocolos de encaminhamentos para os demais níveis de complexidade (Brasil,2002). Em detrimento dessa necessidade, a portaria discorre a respeito da formação insuficiente e o despreparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para atuar frente às urgências, ressaltando a importância e a garantia de qualificação para esse enfrentamento, com vistas à efetividade da assistência prestada (Quevedo e Castro, 2024).

A partir da publicação da portaria 4.279/2010 os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) passaram a ser reconhecidos como porta de entrada principal para os usuários do sistema Público de Saúde, tendo a função primordial de ordenar e coordenar o referenciamento do usuário aos devidos níveis de assistência à saúde demandadas pelo mesmo (Brasil, 2010).



Fonte: Google imagens

Atualmente a estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão em grandes centros urbanos. Existe grande expectativa de que o PSF possa vir a ser a reestruturação da atenção básica, sobretudo nas capitais brasileiras (Caetano & Dain, 2002; Campos et al., 2002; Favoretto & Camargo Jr., 2002; Mattos, 2002). Estes autores identificaram alguns fatores que dificultam sua implantação nas áreas metropolitanas, como por exemplo: falta de financiamento, despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no PSF, formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais, insuficiência de mecanismos de relação do PSF com outros serviços, precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares, dinâmica urbana complexa, violência urbana, tráfico de drogas e armas e dificuldade da interação de novos saberes e de novas práticas para ações coletivas e sociais no âmbito do PSF.

Um dos principais motivos para o PSF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, segundo Pinheiro (2001), está no fato de o programa buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

Para tanto, privilegiou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização dessas metas e objetivos, para os quais foram criados mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para formação, capacitação e remuneração dos integrantes da equipe. Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade (Pinheiro, 2001). Nesse sentido, “a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (Pinheiro, 2002, p.15).

Não se quer negar, com isso, a existência de obstáculos concretos na construção do SUS, sobretudo os desafios para garantir a integralidade como direito a serviços no sistema de saúde brasi-



leiro. Porém, vêm sendo identificados avanços importantes na reorganização de serviços que apontam o acolhimento e o vínculo (Teixeira, 2003; Lopez et al., 2002; Malta, 2001; Franco et al., 1999; Merhy, 1997) como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS - em particular a integralidade, universalização e equidade em saúde (Brasil, 2002; Pinheiro, 2002; Cecílio, 2001).

Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (Pinheiro, 2001).

Sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços. Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário-centrado (Franco et al., 1999) e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter (Pinheiro, 2003).

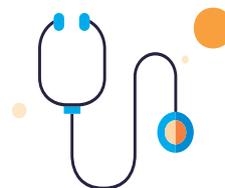
Isto posto, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (Pinheiro, 2002). O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (Franco et al., 1999), e que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

(Franco et al. 1999, p.347)

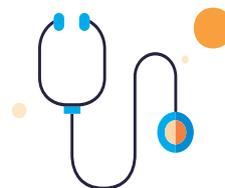


Os mesmos autores defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (Franco et al., 1999).

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Logo, os desafios para que a ESF se constitua em estratégia privilegiada de estruturação da atenção básica, com repercussões para o sistema de saúde, coincidem com as ambivalências do próprio SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população, num contexto de mercantilização da saúde. A ambigüidade presente no Saúde da Família, ora viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde, ora reproduzindo enfoques restritivos dos programas de saúde pública, centrados na epidemiologia das doenças de massas, figura como aspecto importante à discussão de mudança de modelo assistencial (Franco et al., 1999).

Dentre as possibilidades à reorganização pretendida, destaque-se a produção de conhecimentos que contribuam para a análise da gestão do cuidado no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Entende-se por gestão do cuidado, como se verá a seguir, a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro (Franco et al., 1999).



Capítulo

2

## TRANSIÇÃO PARA O AMBIENTE HOSPITALAR



Muito se tem discutido a respeito da humanização no atendimento hospitalar devido, principalmente, à vulnerabilidade do paciente e ao confronto entre tecnologia e humanização. No entanto, os estudos têm dado pouca ênfase à relevância dessa temática nos atendimentos de atenção básica, onde o sujeito não é, muitas vezes, um cliente adoecido, mas que da mesma forma necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado (Rocha et al., 2015)

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (Pacheco e Antunes, 2015).

A trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos, demonstra que o conceito de saúde foi ampliado, e que as ações em saúde foram expandidas com o propósito de contemplar intervenções capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde. Observou-se que para possibilitar a integralidade da assistência à saúde seria necessário integrar diferentes profissionais aos diversos serviços e níveis de atenção à saúde, e assim ampliar as possibilidades de atenção à saúde numa perspectiva de cuidado interdisciplinar. A interdisciplinaridade no cuidado em saúde se expressa através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas capaz de produzir intervenções em comum, não deixando de valorizar o conhecimento e as atribuições das diferentes categorias profissionais ( Guerra et al., 2021).

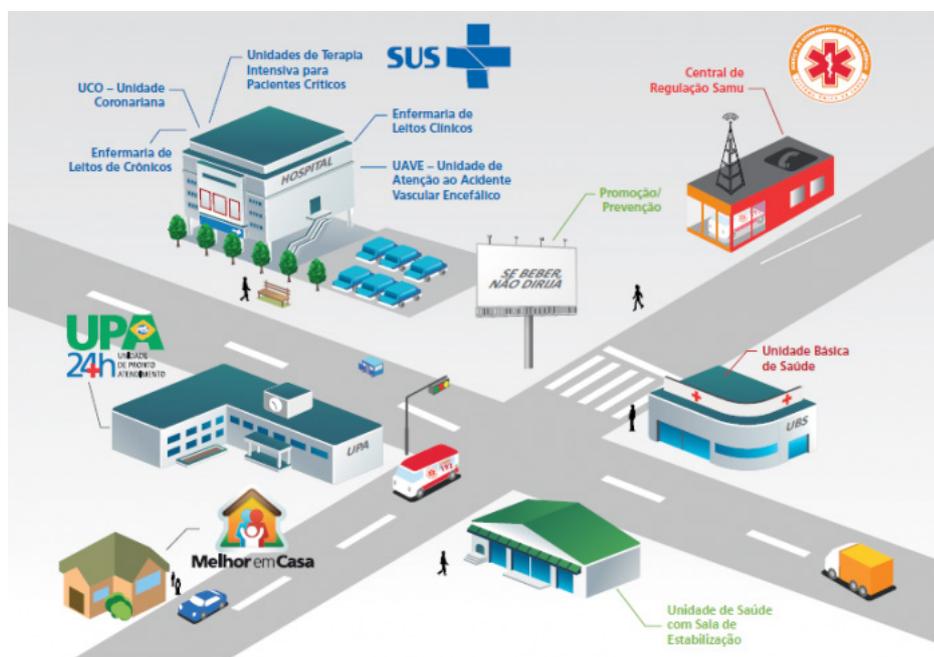
O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito. Contudo, as filas enormes, inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde mostram a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde no país (Pacheco e Antunes, 2015).

Existem muitas falhas na organização do atendimento, a serem apontadas. Por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de infor-



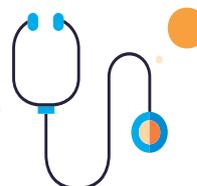
mação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais. A humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (Rocha et al., 2015)

Sabe-se que na avaliação do público, há maior valorização da forma do atendimento seja na atenção primária ou hospitalar, demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas, o que chega a ser mais valorizado que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. Nota-se, dessa forma, a insatisfação dos usuários no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde (Pacheco e Antunes, 2015).



Fonte: Google imagens

Nos primórdios do último século, a Medicina era privada, e os médicos de família eram os profissionais que atendiam clientes abastados eminentemente em casa, enquanto a população comum

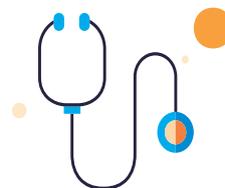


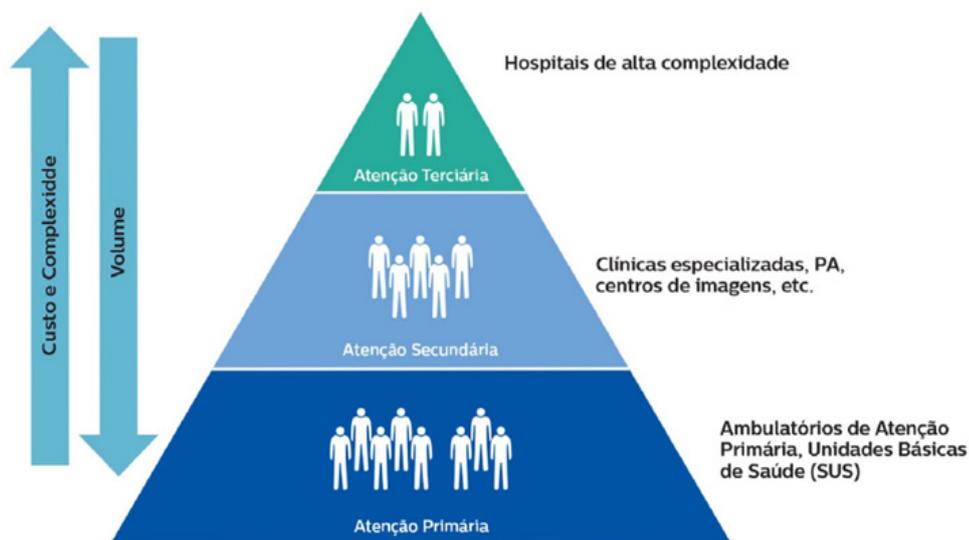
era cuidada por entidades filantrópicas, como as Santas Casas, pela medicina caseira ou mesmo pelo curandeirismo. Mas ao longo do século, em todo o mundo, as VD foram declinando como fonte do cuidado, sendo progressivamente substituídas pelos serviços ambulatoriais, pelos hospitais e por consultórios particulares (Guerra et al., 2021).

Com a introdução de novas práticas na área da saúde, houve inúmeras mudanças nos padrões assistenciais, dentre eles a presença de equipes multiprofissionais com a finalidade de cuidar intensivamente da população que necessita de uma assistência resolutiva e passível de intervenções dentro e fora do ambiente hospitalar, além de co-responsabilizar a família pelo tratamento. Estudos recentes realizados em ambientes hospitalares demonstraram que a importância da atuação interdisciplinar dos profissionais, vai muito além do bem-estar do cliente, mas confere autonomia aos indivíduos, além de acrescentar o diálogo científico à prática, difundindo o saber e instigando a constante melhoria dos serviços prestados (Doricci, 2018).

A transição do cuidado do ambiente primário para o hospitalar é um momento crítico que requer uma gestão cuidadosa para evitar interrupções no cuidado e garantir a continuidade do tratamento. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção é fundamental para a transferência segura de informações e responsabilidades (Greenhalgh; Fortinash, 2006).

No ambiente hospitalar, a gestão do cuidado se intensifica e se torna mais complexa devido à gravidade das condições tratadas e à necessidade de intervenções especializadas. O cuidado é frequentemente prestado por equipes multidisciplinares que incluem médicos especialistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros profissionais. A gestão eficiente dos recursos hospitalares, como leitos, equipamentos e medicamentos, é crucial para a prestação de cuidados de alta qualidade.





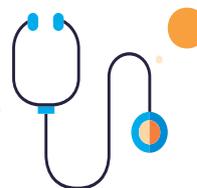
Fonte: Google imagens

## INTEGRAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Para garantir que os pacientes recebam um cuidado contínuo e coordenado, é essencial haver uma integração eficiente entre a atenção primária e o ambiente hospitalar. Este processo pode ser facilitado através de sistemas de informação integrados, que permitem o compartilhamento de dados clínicos em tempo real entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas pode ajudar a padronizar o cuidado e reduzir variações indesejadas na prática clínica.

A transição do cuidado hospitalar de volta para a atenção primária, ou mesmo para a assistência domiciliar, também requer um planejamento cuidadoso. A gestão desta fase envolve a preparação do paciente e da família para o autocuidado, a coordenação com serviços comunitários e o monitoramento contínuo para prevenir complicações e readmissões hospitalares.

A gestão do cuidado em saúde enfrenta diversos desafios, incluindo a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação entre diferentes níveis de atenção e a limitação de recursos. No entanto,



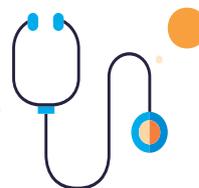
há também inúmeras oportunidades para melhorar a qualidade do cuidado por meio da inovação tecnológica, capacitação contínua dos profissionais de saúde e políticas públicas que promovam a integração dos serviços de saúde (Fracolli; Egry, 2021).

A implementação de modelos de cuidado baseados em valor, que priorizam resultados de saúde e satisfação do paciente em vez de volume de serviços prestados, tem o potencial de transformar a gestão do cuidado. Além disso, a participação ativa dos pacientes e suas famílias no processo de cuidado é fundamental para alcançar melhores desfechos de saúde e aumentar a eficiência do sistema de saúde como um todo.

Assim, a gestão do cuidado em saúde, desde a atenção primária ao ambiente hospitalar, é essencial para garantir um sistema de saúde eficiente, integrado e centrado no paciente. Através da coordenação cuidadosa e da comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atenção, é possível proporcionar cuidados de alta qualidade que atendam às necessidades dos indivíduos e comunidades de maneira holística e contínua (Greenhalgh; Fortinash, 2006).

A atenção básica está inserida na rede de atenção às situações de urgência como um componente de ampliação do acesso, desde os cuidados primários até a transferência do usuário a outros níveis de atenção quando necessário (Brasil, 2003). No Brasil, as VD começaram a ser feitas inicialmente pelos agentes sanitários para detectar focos de doenças, porém com uma perspectiva de vigilância a saúde e punição, como foi o caso da Hanseníase, em especial após a centralização estatal promovida por Getúlio Vargas.

A partir de 1978, impulsionado pelas discussões da Conferência de Alma-Ata, o movimento sanitário se reorganizaria , sendo realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consolidaram as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no sentido de um modelo Beveridgeano, de sistema nacional de saúde, resultando na Constituição Federal de 1988, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Neste meio tempo, começam a se desenvolver alguns serviços de apoio a hospitais e surgem as primeiras experiências de Serviços de Atenção Domiciliar, impulsionadas por iniciativa ligadas a Secretarias Municipais de Saúde, ou a hospitais públicos (Farias e Marinho, 2019).



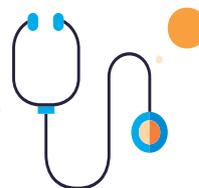
Com a progressiva implantação do SUS, surge o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), agentes visitantes responsáveis por estabelecer elos entre o serviço de saúde e a população, e posteriormente o Programa Saúde da Família, com foco na atenção à saúde sob as vertentes da prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação. A APS se reorganizava, então, sob um novo contexto com outras possibilidades de intervenção, e os profissionais médicos e enfermeiros voltam a lançar mão da VD como uma ferramenta de assistência, desta vez com foco na população menos favorecida (Quevedo e Castro, 2024).

Esse contexto, implicou na reorganização da operacionalização do sistema de saúde, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção básica, tornando necessária a qualificação na formação profissional. As possibilidades de atuação de diversos profissionais da saúde demandam habilidades que indicam a necessidade de formação permanente. Nesta perspectiva, visualizou-se a importância da Política de Educação Permanente em Saúde para a formação de profissionais para atuarem no SUS, alicerçada na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

Parte importante do cuidado em saúde por estas equipes devem ser feita intradomicílios, entendendo a visita como uma ferramenta de acesso, de integralidade e do cuidado ao longo do tempo, que guarda relação íntima com a própria APS como nível de cuidados mais próximo do cidadão e, portanto, capaz de se moldar de modo mais flexível às suas necessidades. Para que as visitas domiciliares (VD) sejam efetivas, são necessários critérios de inclusão de pacientes de maneira clara e efetiva, para evitar tanto o dispêndio desnecessário de tempo quanto a negligência de situações que exigem o cuidado no domicílio (Farias e Marinho, 2019).

## **REFLEXÃO SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR**

A gestão do cuidado em saúde é definida como “o provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos



de sua vida, propondo seu bem-estar, segurança e autonomia?”. Compreende múltiplas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (Cecílio, 2011).

Os desafios contemporâneos apresentam a necessidade de planejar e de oferecer cuidados de saúde de qualidade e que visem à satisfação da população de modo que proporcionem uma experiência positiva no ambiente hospitalar. Nesse sentido, a partir da gestão do cuidado, o planejamento, a organização, a coordenação, a avaliação e o cuidado na APS devem proporcionar a continuidade do cuidado no ambiente hospitalar.

Fragilidades na gestão do cuidado nos diferentes pontos da RAS geram dificuldades na continuidade do cuidado, como aumento da sobrecarga materna, desarticulação e pouca resolutividade dos serviços, além de escassez nas informações fornecidas pelos profissionais (Silva et al., 2019).

O cuidado em rede somente será efetivado a partir das articulações entre os serviços que a compõe e a organização da oferta de acordo com as demandas dos usuários (Marcon et al., 2020).

A gestão do cuidado em saúde visa garantir qualidade e eficácia dos serviços de saúde prestados a população. A Atenção Primária à Saúde (APS) e o ambiente hospitalar representam dois contextos distintos na prestação de cuidados de saúde, porém uma perspectiva centrada no indivíduo e na continuidade do cuidado tem levado à integração desses dois níveis de atendimento.

A falta de coordenação do cuidado e comunicação entre os níveis primário e terciário de atenção à saúde contribuem para o inadequado fornecimento de cuidados em saúde, para a insatisfação e estresse do paciente e sua família, diminuindo a segurança dos mesmos por esses serviços de saúde (Marcon et al., 2020).

Na atenção primária, o foco está na prevenção, promoção da saúde e tratamento de condições de saúde comuns. Os profissionais de saúde da APS desempenham um papel fundamental na coordenação do cuidado, encaminhando os pacientes para serviços especializados quando necessário e garantindo que recebam cuidados abrangentes e contínuos.

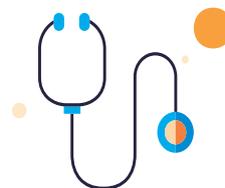
Já no ambiente hospitalar concentra-se no tratamento de condições agudas e complexas que exigem intervenções médicas avançadas e cuidados intensivos. No entanto, muitos pacientes que



recebem alta hospitalar ainda precisam de acompanhamento e suporte contínuo para garantir uma recuperação completa e evitar reinternações.

A integração entre a APS e o ambiente hospitalar é essencial para garantir uma transição suave entre os diferentes níveis de cuidado e promover melhores resultados para os pacientes, visto que ao adotar uma abordagem centrada no paciente e na continuidade do cuidado, é possível melhorar a eficiência dos serviços de saúde, reduzir custos e, o mais importante, proporcionar melhores resultados de saúde para os pacientes

A gestão do cuidado em saúde no ambiente hospitalar é um aspecto vital para a eficácia e eficiência dos serviços prestados. Esse processo envolve a coordenação de múltiplos profissionais, a administração de recursos e a implementação de protocolos e diretrizes que garantam a qualidade e a segurança dos pacientes. Neste contexto, a integração de cuidados entre diferentes níveis de atenção, a comunicação eficaz e a gestão de recursos são fundamentais para alcançar resultados positivos em saúde.



Capítulo

3

# COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS



A coordenação de cuidados em ambientes hospitalares é complexa devido à diversidade de especialidades e intervenções necessárias. Equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, precisam trabalhar de forma coesa para assegurar que o paciente receba um cuidado integral e contínuo. A integração entre a atenção primária e o ambiente hospitalar é crucial, pois facilita a transferência de informações e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar (Brasil, 2024).

A continuidade do cuidado em um modelo do tipo da RAS, após a alta hospitalar do paciente, é assegurada por meio de um adequado processo de transição. A transição é definida como um conjunto de ações que visam à coordenação e à continuidade do cuidado, como a transferência entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado (Braz, 2017).



Fonte: Gallo et al., 2021

A transição envolve o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que realizam a assistência, objetivando a continuidade do cuidado. Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades. A tran-



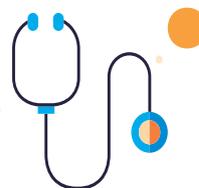
sição realizada de forma adequada resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, contribui para evitar novas internações e reduzir custos hospitalares. Os enfermeiros devem assegurar aos pacientes o retorno para casa com o apoio que necessitam e mediar, com os profissionais da Atenção Primária, os recursos para um processo de transição bem-sucedido (Farias et al., 2023).

O cuidado coordenado entre o hospital e o domicílio pode ser dificultado pela sobrecarga de trabalho, limitações no envolvimento de uma equipe multidisciplinar de profissionais e falta de uma estratégia sistemática para educação e orientação permanente dos pacientes, cuidadores e familiares. Essa estratégia, além de incluir educação e treinamento dos familiares, suficientes ao cuidado do paciente em casa, deveria oferecer alternativas de apoio e enfrentamento da doença, obtenção do cuidado mais eficaz e personalizado (Farias et al., 2023).

O cuidado coordenado hospital-domicílio aumentaria a qualidade de vida do paciente e ofereceria apoio ao cuidador. Estudo realizado na Noruega com pacientes idosos apontou que identificar os pacientes que estão clinicamente aptos para a alta, informar o paciente e seus familiares mais próximos sobre a alta hospitalar, fornecer informações por escrito sobre a transferência de cuidados pós-alta e providenciar transporte ao paciente são atividades que trazem sucesso para a alta (Aguiar e Mendes, 2024).

Na alta hospitalar, diversas estratégias podem ser adotadas como um sistema de partilha de informações entre o hospital e a unidade de saúde, como sistematização do acompanhamento do usuário baseada em protocolos, planejamento de gestão para a alta, gerenciamento de caso, acompanhamento por telefone pós-alta, telefone de contato da enfermeira responsável pelo cuidado durante a hospitalização, plano de cuidado impresso, material educativo escrito, folhetos com telefones e websites de serviços na comunidade, enfermeira de ligação, enfermeira educadora, entre outras (Aguiar e Mendes, 2024).

No âmbito hospitalar, o mecanismo de contrarreferência pode ser capaz de viabilizar a continuidade do cuidado após a alta ao doente na Atenção Primária e contribuir para a integralidade da atenção. Todavia, para a sua operacionalização, são requeridas medidas para adoção de estratégias,



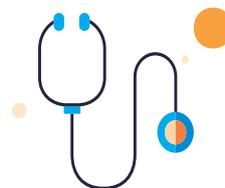
executadas e coordenadas por profissionais, de modo a ultrapassar o simples ato de encaminhar. Em outras palavras, estratégias e ações que realmente garantam ao usuário e seu familiar/cuidador o atendimento de suas necessidades em outro ponto da RAS (Barreto et al., 2023).

A assistência hospitalar nos aparece como esfinge. Seus mistérios nos ameaçam continuamente. Não há certeza quanto a se os leitos são suficientes, se são excessivamente caros, se a atenção prestada é de boa qualidade, se é mais conveniente os hospitais serem grandes ou pequenos, etc. As respostas têm variado no decorrer dos anos, com a mudança dos critérios valorizados em cada época e realidade (Gama et al., 2020).

A rede hospitalar brasileira, não dispõe de um sistema de financiamento adequado. Tampouco suas atividades são dirigidas pela relação custo-volume-lucro, como em outros setores da economia. Regra geral, o custo da atividade é desconhecido e a gestão existente é a do regime de caixa. No setor privado, a capacidade dos hospitais de comprar se torna mais importante que a prestação de serviços, enquanto item de receita. O interesse das operadoras em controlar este item tem consequências ruins para o financiamento da rede. Pode-se dizer que os hospitais não estão preparados para a mudança de modelo, pois mal conhecem seus custos (Coutinho Júnior et al., 2020).

Os hospitais universitários são responsáveis por cerca de 3% dos leitos e neles são realizados quase 12% dos procedimentos, com concentração de atos de alta complexidade. Eles são um componente particular e muito importante da rede pública que, na busca de novas fontes de financiamento para suprir a falta de recursos públicos, firmaram contratos por meio de venda de serviços com a AMS. Isto levou à criação de uma segunda porta, com distorções no acesso. Esta questão tem merecido a atenção do Ministério Público, que tem sido cauteloso. Esta prática também tem sido utilizada para melhorar a capacidade de estes hospitais reterem seu corpo clínico, aumentando a quantidade de variáveis a considerar na análise da questão e no encaminhamento de possíveis soluções (Gama et al., 2020).

Dentro da esfera de gestão hospitalar, é recorrente o debate acerca da desospitalização. Nessa discussão, é importante não desconsiderar que o tratamento de um paciente fora do ambiente



ambulatorial produz economia de recursos uma vez que o paciente é assistido em casa e contribui com a manutenção de leitos disponíveis (Rajão, 2020).

## **COMUNICAÇÃO EFICAZ**

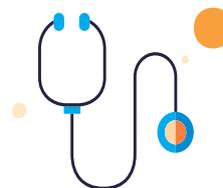
Não basta ter uma equipe de grandes talentos altamente motivada. Se ela não estiver bem-informada, se seus integrantes não se comunicarem adequadamente, não será possível potencializar a força humana da empresa (Ruggiero, 2002). A comunicação interna nas organizações, empresas ou entidades nem sempre foi valorizada ou reconhecida como de vital importância para o desenvolvimento e sobrevivência dessas organizações.

Na era da informação e em um momento em que a tecnologia é disponibilizada, a habilidade no processamento de dados e a transformação desses dados em informações prontas para serem usadas nas tomadas de decisões, representa uma oportunidade valiosa na melhoria do processo de comunicação no mundo dos negócios. Só através de uma comunicação interna eficiente, é que acontece a troca de informações. É papel do profissional de Relações Públicas fazer com que haja interação entre todo o universo organizacional (Ruggiero, 2002)

A comunicação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde é essencial para a segurança do paciente. A troca precisa e oportuna de informações sobre o estado do paciente, os tratamentos realizados e os planos de cuidado futuros são vitais para evitar erros e melhorar os resultados clínicos. Protocolos padronizados e o uso de sistemas de informação integrados podem ajudar a melhorar a comunicação e a coordenação dos cuidados (Brasil, 2024).

## **OBJETIVOS DA COMUNICAÇÃO INTERNA**

Os principais objetivos da comunicação interna são:

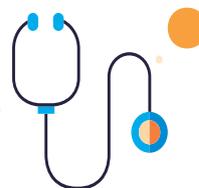


- Tornar influentes, informados e integrados todos os funcionários da empresa;
- Possibilitar aos colaboradores de uma empresa o conhecimento das transformações ocorridas no ambiente de trabalho;
- Tornar determinante a presença dos colaboradores de uma organização no andamento dos negócios.
- Facilitar a comunicação empresarial, deixando-a clara e objetiva para o público interno.

Sabemos que a comunicação é o processo de troca de informações entre duas ou mais pessoas. Desde os tempos mais remotos, a necessidade de nos comunicar é uma questão de sobrevivência. No mundo dos negócios não é diferente, a necessidade de tornar os funcionários influentes, integrados e informados do que acontece na empresa, fazendo-os sentir parte dela, fez surgir a comunicação interna, considerada hoje como algo imprescindível às organizações, merecendo, cada vez mais, maior atenção. Por meio da Comunicação Interna, torna-se possível estabelecer canais que possibilitem o relacionamento ágil e transparente da direção da organização com o seu público interno e entre os próprios elementos que integram este público.

Nesse sentido, entender a importância da Comunicação Interna em todos os meios hierárquicos, como um instrumento da administração estratégica é uma exigência para se atingir a eficácia organizacional.

Compreender a importância desse processo de comunicação para que flua de forma eficiente, no momento oportuno, de forma que seja atingido o objetivo pretendido, é um desafio para as organizações. A comunicação efetiva só se estabelece em clima de verdade e autenticidade. Caso contrário, só haverá jogos de aparência, desperdício de tempo e, principalmente uma “anti-comunicação” do que é essencial/necessário. Porém não basta assegurar que a comunicação ocorra. É preciso fazer com que o conteúdo seja efetivamente aprendido para que as pessoas estejam em condições de usar o que é informado (Ruggiero, 2002). Portanto, o trabalho em equipe precisa ser incentivado com uma postura de empatia e cooperação eliminando assim, os afastamentos e as falhas na comunicação. O



envolvimento dos colaboradores em todo o processo organizacional desenvolvendo a capacidade de boa comunicação interpessoal é condição imprescindível ao bom andamento da organização.

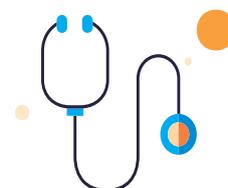
Segundo Gustavo Matos (2005), a falta de cultura do diálogo, de abertura a conversação e a troca de idéias, opiniões, impressões e sentimentos, é, sem dúvida alguma, o grande problema que prejudica o funcionamento de organizações e países. A comunicação corporativa é um processo diretamente ligado à cultura da empresa, ou seja, aos valores e ao comportamento das suas lideranças e às crenças dos seus colaboradores.

As comunicações administrativas consideradas como fontes de comunicação social e humana encontram os seguintes elementos: comunicador, mensagem e destinatário. O processo de comunicação envolve no mínimo duas pessoas ou grupos: remetente (fonte) e o destino (receptor) isto é, o que envia a documentação e o que recebe.

## **FATORES QUE INFLUENCIAM A COMUNICAÇÃO**

Para Alberto Ruggiero (2002), a qualidade da comunicação é derivada de alguns pontos considerados de suma importância:

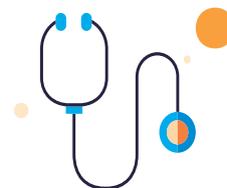
- Prioridade à comunicação – qualidade e timing da comunicação assegurando sintonia de energia e recursos de todos com os objetivos maiores da empresa;
- Abertura da alta direção – disposição da cúpula de abrir informações essenciais garantindo insumos básicos a todos os colaboradores;
- Processo de busca – pro atividade de cada colaborador em busca as informações que precisa para realizar bem o seu trabalho;
- Autenticidade – verdade acima de tudo, ausência de “jogos de faz de conta” e autenticidade no relacionamento entre os colaboradores assegurando eficácia da comunicação e do trabalho em times;



- Foco em aprendizagem – garantia de efetiva aprendizagem do que é comunicado, otimizando o processo de comunicação;
- Individualização – consideração às diferenças individuais (evitando estereótipo e generalizações) assegurando melhor sintonia e qualidade de relacionamento na empresa;
- Competências de base – desenvolvimento de competências básicas em comunicação (ouvir, expressão oral e escrita, habilidades interpessoais) assegurando qualidade das relações internas;
- Velocidade – rapidez na comunicação dentro da empresa potencializando sua qualidade e nível de contribuição aos objetivos maiores;
- Adequação tecnológica – equilíbrio entre tecnologia e alto contato humano assegurando evolução da qualidade da comunicação e potencializando a força do grupo.

Segundo Stoner e Freeman (1999), influenciam a eficácia da comunicação nas organizações quatro fatores:

1. Os canais de comunicação inibem o fluxo livre de informações entre os diversos níveis da organização. Exemplo: um trabalhador do almoxarifado de uma empresa comunicará problemas do seu trabalho a um supervisor e nunca ao gerente.
2. Estrutura de autoridade: verifica-se que as diferenças hierárquicas ajudam a determinar quem irá comunicar-se com quem. O conteúdo e exatidão da comunicação são sempre comprometidos pela diferença de autoridade.
3. A especialização do trabalho, ou seja, a divisão do trabalho em ações pertinentes a cada grupo, facilita a comunicação entre esses grupos.
4. Propriedade da informação: quem deverá transmitir a informação e quais são as pessoas necessárias e úteis a receber a informação para que em meio não ocorra uma comunicação distorcida.



Os canais formais da comunicação influenciam a eficácia da comunicação de duas formas: primeiro, os canais cobrem uma distância cada vez maior à medida que as organizações crescem e se desenvolvem. Atingir a comunicação eficaz em uma grande organização é muito mais difícil do que em uma organização menor.





Nas organizações a comunicação apresenta diferentes formas que variam de acordo com os elementos, contexto e tipo de comunicação a ser usado. A comunicação se divide em dois itens:

- Comunicação verbal e
- Comunicação não verbal.

No primeiro item a comunicação envolve participação, transmissão e trocas de conhecimento e experiências.

A comunicação verbal pode ser: (i) interna – quando o processo acontece dentro da empresa e (ii) externa – quando o processo ultrapassa os limites da empresa, ocorrendo entre esta e funcionários ou instituições de fora da empresa.

Quanto à transmissão da mensagem, a comunicação ocorre de duas formas: (i) oral e (ii) escrita.

Para se ter idéia da importância das comunicações orais, basta lembrar que elas estão no cerne dos problemas de relacionamento entre setores ou na raiz das soluções de integração horizontal/vertical. Muitas questões pendentes poderiam ser resolvidas por meio de uma reunião que inclui, necessariamente, contatos, reuniões de integração, avaliação, análise, controle e feedback. Como se percebe, as comunicações orais merecem atenção.

Quanto ao tipo de comunicação a ser utilizada, pode ser: (i) Formal (realizada através da hierarquia) e (ii) Informal (realizada fora do sistema convencional).

## **GESTÃO DE RECURSOS**

A necessidade de avanços na gestão de recursos humanos e financeiros nos serviços públicos de saúde é motivo de debates há anos. As dificuldades presentes nesta área geram desafios para gestores nas três esferas de governo. A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física,



material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados. Devido à complexidade do setor, é fundamental dispor e gerenciar diversos saberes e habilidades para o desenvolvimento das atividades (Borelli, 2004).

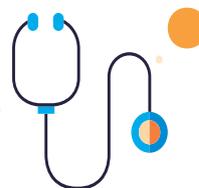
A municipalização da atenção à saúde e a ampliação das políticas de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, demandaram a necessidade de incremento do número de trabalhadores com perfil específico 1. Um dos maiores entraves para a implementação desse modelo é a formação dos profissionais, que sofre influência histórica da ideologia flexneriana e cognitivo-tecnológica, com ênfase na assistência e nas especialidades, não atendendo às necessidades e concepções da proposta (Borelli, 2004).

Questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades. Diversas pesquisas têm demonstrado a alta rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil, a qual gera o aumento de custos de reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (Machado et al., 2006).

As políticas de recursos humanos devem contemplar ações de formação e desenvolvimento dos profissionais e facilitar a gestão do trabalho. As conferências nacionais de saúde e as conferências específicas de recursos humanos, que acontecem na saúde desde 1941, detectaram muitos problemas da área, mas muitas deliberações destes fóruns ainda não se efetivaram (Árias et al., 2006).

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com os Departamentos de Gestão da Educação e de Regulação do Trabalho, em 2003, o Ministério da Saúde assumiu com mais clareza seu papel, atuando na formulação e execução das políticas de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Árias et al., 2006).

Iniciativas importantes foram desencadeadas nos últimos anos, tais como a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a elaboração da Norma Operacional Básica de



Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (Machado et al., 2006).

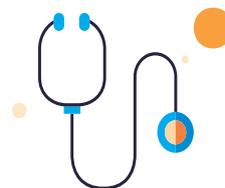
Nesse cenário, conhecer o desempenho das políticas e ações de recursos humanos é fundamental para identificação dos problemas, para o planejamento e o acompanhamento da área. Esse conhecimento pode ser gerado por meio de mecanismos de avaliação.

A avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões, por meio de dispositivo que possa fornecer informações válidas e legítimas. A necessidade de maximizar o uso dos recursos aplicados nos programas sociais fez com que a avaliação ganhasse importância na gestão pública. Os economistas iniciaram a utilização de métodos de análises de custos para os programas públicos, servindo como instrumento de gestão capaz de aperfeiçoar a ação governamental. Com a necessidade de fortalecimento da democracia, a avaliação pode ser utilizada como mecanismo de responsabilização do gestor perante terceiros (Silva e Freitas, 2005).

A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem a contratação dos trabalhadores, a capacitação, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado. Tomar decisões nessa área implica modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores (Dessler, 2003).

Conforme Silva e Formigli, a avaliação poderia ser utilizada como prática sistemática na saúde para propiciar aos gestores as informações necessárias para a intervenção, e muitas informações registradas nos serviços acabam não sendo utilizadas para a tomada de decisões. Essas informações poderiam constituir-se em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde.

Nos últimos anos, observou-se no país o delineamento de uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de transformar a avaliação em uma estratégia no cotidiano dos gestores e profissionais. A institucionalização da avaliação está associada ao desafio de consolidação do SUS por meio da qualificação das práticas, possibilitando maior resolutividade na atenção básica (Felisberto, 2006).



A gestão eficiente dos recursos hospitalares, como leitos, equipamentos e medicamentos, é outro aspecto crítico. A alocação adequada desses recursos pode influenciar diretamente a qualidade do cuidado prestado e a satisfação dos pacientes. Modelos de gestão baseados em valor, que focam em resultados de saúde e na experiência do paciente, têm demonstrado ser eficazes na otimização de recursos e na melhoria da qualidade do atendimento (Greenhalgh; Fortinash, 2006).

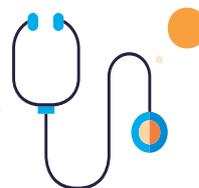
## **DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

A gestão do cuidado em saúde no ambiente hospitalar enfrenta desafios significativos, como a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação entre diferentes níveis de atenção e a limitação de recursos. No entanto, a inovação tecnológica, como sistemas de informação integrados, e a capacitação contínua dos profissionais de saúde apresentam grandes oportunidades para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Harris, 2006).

A implementação de políticas públicas que promovam a integração dos serviços de saúde, bem como a participação ativa dos pacientes e suas famílias no processo de cuidado, são estratégias essenciais para alcançar melhores desfechos de saúde e aumentar a eficiência do sistema de saúde como um todo (Silva et al., 2023).

Assim, foi criada as residências multiprofissional em saúde, com o objetivo de possibilitar a reorientação da formação destes profissionais, por meio do ensino em serviço. A residência multiprofissional tem como uma de suas características a de desenvolver intervenções ampliadas de cuidado, superando fragilidades na formação de graduação e consolidando as diretrizes do SUS, fortemente alicerçada nos princípios da integralidade, universalidade de acesso aos serviços de saúde e igualdade da assistência à saúde, de forma a atender as necessidades de saúde da população (Doricci, 2018).

Nesta lógica, observa-se que as propostas das residências multiprofissionais são iniciativas voltadas à humanização em saúde, sendo uma estratégia às práticas de atenção e de gestão nos serviços de saúde pública, visto que promove a reorientação dessas práticas pautadas nas redes de diálogo



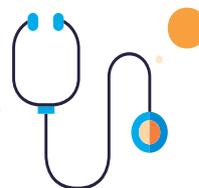
entre o ensino, serviço de saúde e comunidade (Quevedo e Castro, 2024).

Neste contexto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é adotado como um dispositivo de cuidado que se insere no contexto interdisciplinar para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social. Este dispositivo é utilizado como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, nos diferentes níveis de atenção, assim como no contexto das residências multiprofissionais em saúde, além de estabelecer interconexões dos serviços dentro da rede de atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

No atual momento, a área da saúde vivencia inúmeras mudanças nos seus processos de trabalho compactuados pela constante experimentação do saber científico e abandono de práticas fragmentadas e especialização disciplinar, direcionando a assistência a práticas lineares e de cunho multidisciplinar focada no ser humano. Neste sentido, os novos modelos de atuação profissionais são facilitados por protocolos assistenciais multidisciplinares, que guiam determinada prática, traçando um plano de cuidado viável e resolutivo do ponto de vista clínico e que favoreça novas redes de comunicação entre seus integrantes (Farias e Marinho, 2019).

Todavia, se uma assistência efetiva e resolutiva não for prestada à pessoa, provocando uma série de problemas que afetam o dia a dia do indivíduo em todas as suas esferas, gerando impacto negativo sobre a qualidade de vida. O tratamento vem sendo inovado com o desenvolvimento de novos produtos no mercado, exigindo assim dos profissionais, principalmente da enfermagem, uma capacitação técnica e científica de avaliação e direcionamento de um plano assistencial condizente com o quadro de saúde atual dos usuários (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

A assistência às pessoas pode ser realizada em diferentes ambientes, desde clínicas especializadas, ambientes hospitalares e em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), desde que seus modelos sistematizados de cuidados sejam dinâmicos e prezam pela segurança do cliente. Nestes locais, a atuação do enfermeiro frente às feridas torna-se algo rotineiro e passível de conhecimento especializado sobre o tema, para tanto são criadas comissões multidisciplinares específicas de cuidados da



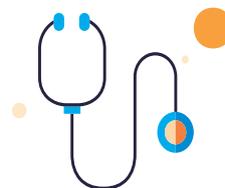
pele ou feridas, independente de sua denominação, a função destes profissionais é produzir e difundir conhecimento aos demais colaboradores que prestam assistência ao cliente, buscando a qualificação de seus processos (Farias e Marinho, 2019).

A conjuntura multidisciplinar pode ser observada no desenvolvimento assistencialista, com base nos mais diversos tipos de lesões, tendo em vista que estas comissões norteiam o processo de trabalho da equipe, bem como a assistência prestada aos clientes internados, garantindo a eficácia de seu tratamento. A preocupação por estarem sempre atualizados teoricamente demonstra-se por meio da preocupação dos membros da comissão na estruturação de novos protocolos que visam cuidados diferenciados e atualizados perante a evolução científica dos ensaios clínicos (Silva; Holanda; Pereira, 2020).

## **ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES DE TECNOLOGIAS PARA A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A atenção primária à saúde é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Para melhorar a gestão do cuidado, várias estratégias e tecnologias podem ser implementadas, visando a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados. Neste capítulo, exploramos algumas dessas estratégias e tecnologias (Greenhalgh; Fortinash, 2006; Brasil, 2017).

A gestão do cuidado em saúde abrange as tecnologias de saúde, considerando as particularidades de cada indivíduo, visando seu bem-estar, segurança e autonomia (Cecílio, 2011). Na Enfermagem, temos o conceito de gestão do cuidado aplicado a duas dimensões, gerencial e assistencial. Na dimensão gerencial, o enfermeiro desempenha ações voltadas à organização do processo de trabalho e dos recursos humanos, com o intuito de garantir os recursos necessários para que a assistência seja prestada de maneira adequada e satisfatória. Em contrapartida, a dimensão assistencial tem como propósito suprir as necessidades de saúde dos usuários, de forma a garantir uma assistência integral (Mororó et al., 2017).

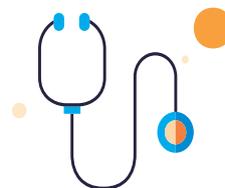


Considerando o âmbito gerencial, o processo de trabalho do enfermeiro pode ser viabilizado através de tecnologias em saúde. A consulta de enfermagem (CE) é uma tecnologia do cuidado, através da qual a Enfermagem é reconhecida com ciência. A CE é efetivada através das fases do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção, e avaliação de enfermagem (Dantas; Santos e Tourinho, 2016). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante ferramenta do cuidado de enfermagem, constituindo a metodologia organizadora do trabalho do enfermeiro, pela qual é viabilizado o processo de enfermagem, método de orientação do cuidado e dos registros da prática profissional (Cofen, 2009).

A SAE está intimamente ligada à identidade profissional, uma vez que qualifica e traz benefícios para prática profissional. Entretanto, ainda perpassam alguns questionamentos a respeito da aplicação da SAE, no que diz respeito aos aspectos conceituais, operacionais, organizacionais e políticos. A SAE constitui um saber específico da Enfermagem, proporcionando um vasto espaço de autonomia profissional, caracterizando a essência da profissão (Gutierrez e Moraes, 2016).

A CE é um amplo espaço para a integralidade da assistência à saúde da mulher. Entretanto, alguns estudos evidenciam a baixa resolutividade da assistência à saúde da mulher, apontam para fragmentação do processo terapêutico, limitando a Assistência de forma comprometer o princípio da integralidade (Frigo et al., 2016).

Neste contexto, outros autores apontam dificuldades no processo de trabalho do enfermeiro na APS, como, o déficit de recursos materiais, desqualificando a assistência; a falta de profissionais para compor a equipe de enfermagem, fazendo com que o enfermeiro desempenhe funções básicas ao invés de executar suas atribuições específicas, como a CE; a sobrecarga de ordem administrativa e gerencial; a organização de toda demanda espontânea e problemas de infraestrutura; a incompreensão dos usuários quando não têm todas as suas necessidades resolvidas de imediato; a falta de reconhecimento do enfermeiro; a rotatividade de profissionais nos serviços, levando a descontinuidade das atividades planejadas; a falta de qualificação profissional para realização da CE e inexistência de um suporte técnico para a prática de enfermagem (Ferreira et al., 2018).



As fragilidades apontadas estão relacionadas ao fato de que, apesar de as enfermeiras aplicarem o PE, elas negligenciam uma etapa fundamental, que é o diagnóstico de enfermagem. Este evento pode estar relacionado à ausência de um instrumento de consulta, acarretando variabilidade clínica, falha nos registros e dificuldade em listar os diagnósticos. A fim de produzir respaldo legal, além de cientificidade da profissão, é imprescindível que os registros sejam completos, concisos e precisos (Ferreira et al., 2016). No cenário da pesquisa, há um sistema de prontuário eletrônico, tornando possível o registro de algumas etapas do PE, sendo importante uma verificação de possibilidades de ajuste para acomodar todas as etapas do PE.

A literatura traz algumas justificativas para as dificuldades encontradas para a implantação da SAE, dentre elas, a formação acadêmica, a falta de aplicabilidade prática da SAE, a escassez de tempo devido à sobrecarga de atividades e o déficit de recursos humanos, o desconhecimento da SAE (Moser et al., 2018). Os enfermeiros consideram a interação entre os colegas um dos métodos mais eficaz para aprendizagem, seja por meio de grupos de estudos, atividades em grupo e troca de experiências (Ferreira et al., 2016). Muitos enfermeiros questionam a aplicabilidade do método da SAE e percebem um distanciamento entre a teoria e a prática, acreditando que o método não é exequível, sendo restrito à academia (Moser et al., 2018).

## **ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DO CUIDADO**

O cuidado pode ser considerado “uma atitude, a capacidade de assumir responsabilidades, uma atividade ou prática social e uma eventual satisfação de necessidades e desejos” (Von Zuben, 2012, p. 445). Com isso, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a primeira entrada do paciente no sistema de saúde quando ele busca um cuidado, precisamos refletir que esse serviço vai além de um nível assistencial, mas sim uma estratégia de organização e funcionamento para a rede que atende os usuários. Assim como em todos os níveis de saúde, os desafios são uma realidade na atenção primária, mas ao longo do tempo foram acontecendo reorganizações, ampliação do escopo de assistência e



se destacando na dinâmica de funcionamento (Souza et al., 2023).

No campo da gestão, as ações de gerenciar o cuidado nos remete a um processo organizacional elaborado e efetivado pelos profissionais, no intuito de oferecer ao paciente uma estrutura e apoio direcionados para as suas necessidades específicas, proporcionando resultados eficientes ao tratamento. Além disso, a gestão do cuidado visa garantir a qualidade e efetividade dos serviços, tendo como importantes ferramentas o monitoramento e avaliação que permitem o acompanhamento do desempenho e identificação de lacunas que sejam trabalhadas para melhorias dos serviços (Souza; Carvalho, 2023).

É importante trazer para discussão os desafios enfrentados na gestão do cuidado na atenção primária, uma vez que se observa principalmente entraves administrativos e burocráticos atrelados a gestão pública, sobrecarga de trabalho que compromete a qualidade dos atendimentos e fragmentação da assistência, comprometendo a cobertura das unidades e quebra do processo de referência e contrarreferência após a alta hospitalar. Para superar as dificuldades é fundamental que os atores envolvidos sejam impulsionados para mudanças, criando estratégias e ações planejadas de gestão, a partir das realidades vivenciadas (Soder; Oliveira; Silva; Santos; Peiter; Erdmann, 2018).

Implementar programas de coordenação de cuidados que integrem diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários. Equipes multidisciplinares podem trabalhar juntas para desenvolver planos de cuidado personalizados e contínuos para os pacientes. Investir na formação contínua dos profissionais de saúde para garantir que estejam atualizados com as melhores práticas e novas tecnologias.

Promover a integração entre diferentes níveis de atenção e especialidades médicas para garantir a continuidade do cuidado. A colaboração entre atenção primária, secundária e terciária é essencial para a gestão eficaz do cuidado (BRASIL, 2024). Envolver os pacientes ativamente no seu próprio cuidado. Incentivar a autogestão de condições crônicas e a tomada de decisões compartilhada pode melhorar os resultados de saúde e a satisfação do paciente. Otimizar a alocação de recursos financeiros, humanos e materiais para maximizar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde.



A gestão do cuidado integral está relacionada com a gestão de redes de atenção e busca assegurar o princípio da integralidade. Para garantir o cuidado integral à população, gestores precisam responder a um conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade de apenas um ente subnacional e, assim, compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (Machado et al., 2014).

Enquanto em países europeus, com sistemas de saúde universais, as agendas de descentralização e regionalização caminharam articulando-se, nos países latino-americanos, inclusive o Brasil, houve maior destaque para a descentralização, sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano (Viana; Lima e Ferreira, 2010).



Fonte: Google Imagens

O atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ter fragilizado a capacidade resolutiva em sistemas locais de saúde, sobretudo na prestação de serviços especializados amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede de saúde por meio de política territorial compartilhada, criando efeitos paradoxais (Ianni et al., 2012; Coelho, 2011).

A ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou

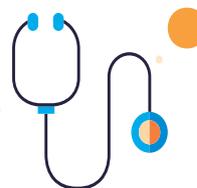


as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, no final da década de 1990, em muitos sistemas locais isolados, especialmente municípios de pequeno porte, sem capacidade de gestão do cuidado integral e sem mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais. Ainda assim, estudos sinalizam que a descentralização, apesar dos grandes desafios, logrou êxito em muitos sistemas locais (Ianni et al., 2012; Coelho, 2011).

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar acesso e diminuir desigualdades. Porém, há dificuldades na consolidação de regiões de saúde diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços. Além disso, influências do setor privado no SUS; tensionadas por conflito e disputa entre os municípios “à revelia da discussão regional” fragilizam a gestão do cuidado integral. Em contrapartida, destacam-se o papel estratégico do gestor estadual, as comissões intergestores regionais (CIR) e o consórcio intermunicipal de saúde na indução da regionalização. Essas pesquisas revelam, ainda, contribuições da regionalização para a integralidade da atenção, entretanto sua implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos (Lima et al., 2015).

Em sistemas europeus, diferentes estudos defendem que sistemas integrados devem apoiar-se na atenção primária à saúde como coordenadora para atingir alguns objetivos básicos como cuidado continuado, longitudinalidade, resolubilidade no nível mais adequado, melhora progressiva dos resultados, equidade e uso adequado dos recursos. A coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados para resolver as necessidades dos usuários na sua integralidade (Lima et al., 2015).

Essa Atenção Domiciliar (AD) é definida na Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, pelo Ministério da Saúde do Brasil, como “modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016). Com isso, esse aparato normativo visa promover a saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados inte-



grada às RAS

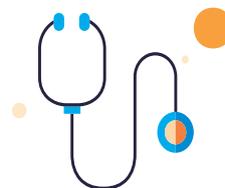
Uma das conseqüências do cenário apresentado é a fragmentação do processo de atenção à saúde, mais evidente na área pública onde repercute mais o discurso da “saúde pública”. Um assunto contemporâneo é a criação de sistemas regulatórios para integrar a rede assistencial. Na área privada, a preocupação regulatória é anterior e gerou resultados voltados a aumento de eficiência e controle de acesso. No que diz respeito à integralidade e a suas conseqüências, ainda se está distante daquilo que se esperava na primeira década dos anos 2000 (Coutinho Júnior et al., 2020).

Não existe integração no processo de produção (modelo assistencial) e tampouco entre os componentes do setor. O estado não tem atuado no sentido de patrocinar uma visão de cadeia produtiva que possa gerar ganhos comuns. Para isto, seria fundamental identificar todos os atores envolvidos, a insuficiência de sua remuneração, seus anseios por maiores ganhos e por maior espaço. A visão prevalente é a de que o estado se empenha em fazer com que todos percam espaço, levando a uma sensação de perda e conseqüente busca por uma situação de “ganho” (Bonetti, 2021).

A procura por educação continuada é compreendida como uma maneira de proporcionar uma assistência integral e resolutiva as pessoas com feridas, proporcionando qualidade de vida durante e após o tratamento, bem como para capacitar os demais profissionais da instituição. A atuação exige as melhores terapias indicadas a cada caso, a ampliação da comissão de prevenção e tratamento de lesões de pele, estando adequadamente profissionalizado perante as situações que surgem na instituição (Silva et al., 2021).

A educação permanente é algo de valor inestimável e prezado pelos próprios profissionais e ainda mais pelas instituições de saúde que investem no oferecimento de conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores da qualidade dos processos de trabalho, influenciando na organização do serviço e exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica. A educação profissional tornou-se relevante nos diálogos por ser essencial para o desenvolvimento da área que vive em constantes transformações e aperfeiçoamento científico (Bonetti, 2021).

Sendo assim, a educação permanente vem sendo referida como uma das formas pelas quais o



trabalhador de saúde pode ser valorizado no seu processo de trabalho, tendo como objetivo trabalhar com as equipes que apresentem um enfoque multiprofissional. Os princípios da educação permanente em saúde se estabelecem pela ação e reflexão da realidade vivida no cotidiano de serviços dos trabalhadores da saúde de modo a transformar a realidade, na qual a interação entre teoria e prática deveria ocorrer como uma exigência (Coutinho Júnior et al., 2020).

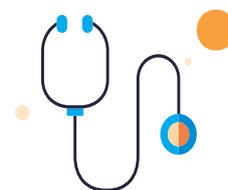
## TECNOLOGIAS PARA A GESTÃO DO CUIDADO

O principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da atividade humana nas mais variadas esferas, e para isso a tecnologia produz os mais variados objetos para atender às necessidades da demanda, ou aperfeiçoa objetos tornando-os mais duráveis ao passo que melhora a produção ao reduzir o tempo ou o custo de certo objeto. Podemos dizer assim, que o trabalho tecnológico é intencional e racional, envolve raciocínio teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados e o resultado só pode ser alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas (Kneller, 1980).

Essa idéia da produção de tecnologia implica num empreendimento alicerçado sobre a necessidade, vista como um problema a ser resolvido; sobre o conhecimento, que é o saber que orienta uma nova alternativa para resolver esse problema e, ainda, sobre a criatividade, que é a capacidade de encontrar alternativas para resolver um problema existente (Mendes et al., 2002).

Discutir tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes, procurando dessa forma, construir procedimentos de intervenção nos processos da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, que produzam o efeito desejado (Merhy, 1997).

Diante do cuidado à saúde, temos que nos responsabilizar por boa parte da qualidade da assistência que ofertamos, colocando todas as opções tecnológicas de que dispomos em termos de conhecimento e de saber, a serviço do usuário. Respeitá-lo como ser humano e cidadão, trabalhando



no sentido de incluí-lo no conjunto de respostas à saúde, com direito e garantia de assistência. Devemos dispor de tudo que temos para defender a vida, como possuidores do que melhor a tecnologia em saúde nos fornece que é o nosso saber, o nosso conhecimento para não ficarmos com a idéia de que tecnologia é sinônimo de equipamento tecnológico (Merhy, 2002).

Como profissionais comprometidos com o cuidado, faz-se necessário construir uma relação com o ser humano atendido por nós, usando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde.

O trabalho em saúde não pode ser expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois suas ações mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção, operando como tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados. Por isso as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (Merhy, 2002).

Essas três categorias tecnológicas estão estreitamente inter-relacionadas de modo que o trabalho vivo em ato, ou seja, aquele produzido pelo profissional a partir do seu conhecimento, além de produzir tecnologias leves pode se desdobrar em tecnologias duras e/ou leve-duras (Trentini e Gonçalves, 2000).

Portanto, os três grupos de expressões tecnológicas são produtos do trabalho vivo e o que faz a diferença é a intencionalidade na produção de bens/produtos. Espera-se que em saúde, a produção de bens/relações tenha prioridade, embora esteja também comprometida com o desenvolvimento do conhecimento estruturado, lembrando que o trabalho vivo em ato na área da saúde se tornaria inviável sem o apoio de materiais do tipo equipamento (Merhy, 1997).

Entendemos que no processo de trabalho em saúde há um encontro do profissional com o



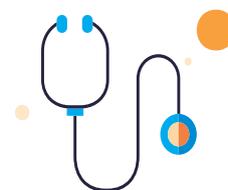
usuário, no qual expressamos nossas intencionalidades, conhecimentos e representações, como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho (Trentini e Gonçalves,2000).

O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. Utilizam-se diferentes estratégias para produzir saúde, que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários (Trentini e Gonçalves,2000).

Dentre essas diferentes estratégias e estando cientes da existência de várias tecnologias do cuidado na saúde, não podemos deixar de abordar a informática, responsável pela produção, muito rápida, de mudanças no mundo. Essa mudança repousa no deslocamento do paradigma industrial para o tecnológico, forçando a substituição de valores enraizados há décadas e a incorporação de novos princípios para orientar a civilização global. Um dos fatores deste processo de transformação global é a Tecnologia da Informática, abrangendo desde a produção de computadores até as formas de geração, armazenamento, veículo, processamento e reprodução de informação e conhecimento (Dal Sasso e Barbosa, 2000).

O crescente avanço científico e tecnológico na área da saúde cria a necessidade dos profissionais dessa área buscarem intensiva atualização. Assim, a utilização da informática na Enfermagem, se constitui em suporte que impulsiona o rápido acesso às informações e ao conhecimento expandido mundialmente (Dal Sasso e Barbosa, 2000).

Para o cuidado em enfermagem destacamos as tecnologias leves, ou seja, tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomização. O acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão e os técnicos da saúde deverão lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para diminuir o sofrimento da população. O acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que as instituições e os trabalhadores devem estabelecer com os usuários. Sendo o acolhimento indispensável no processo de criação de vínculo e no próprio



processo terapêutico, que deve visar a autonomização do usuário (Merhy, 1997).

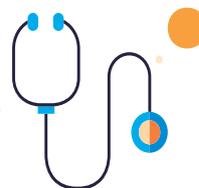
Por fim destacamos o saber da enfermagem como tecnologia, associando esta ao modo moderno de viver, já que vivemos num mundo tecnológico. O que está em jogo, hoje, é como conduzir esse saber, tentando fazer com que ocorra da forma mais eficiente, digna e ética e ao menor custo humano e político (Nietsche e Leopardi, 2000).

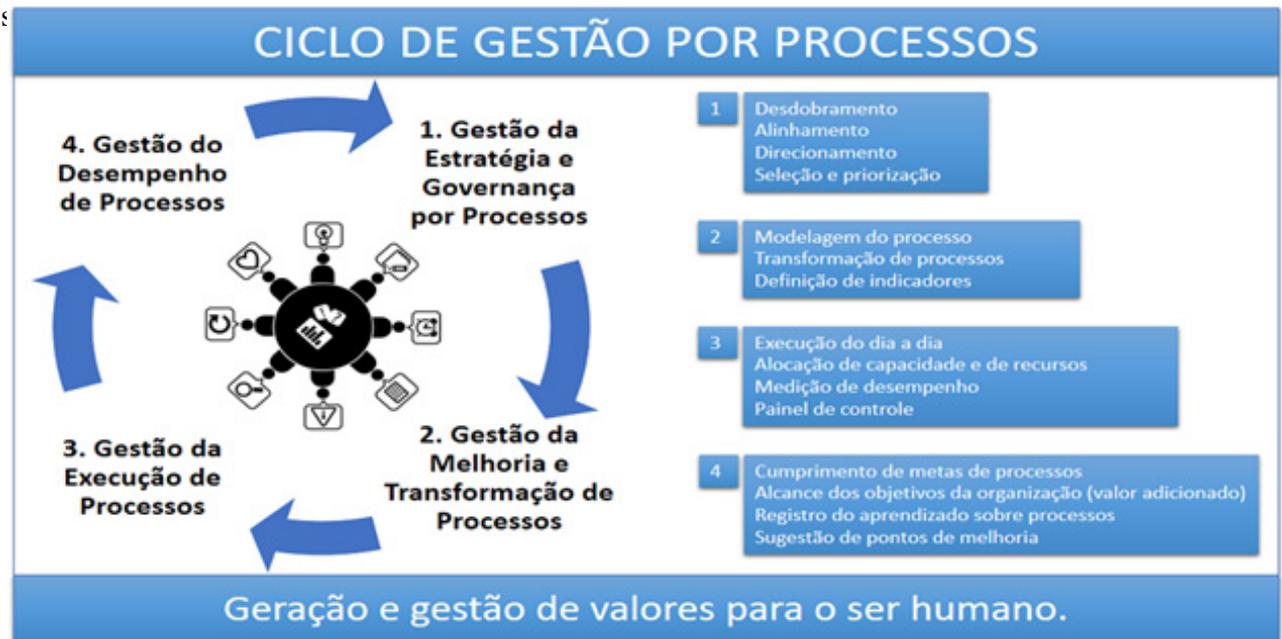
A concepção de tecnologia inclui os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Elas podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes e conhecimentos, sistematizados e com controle de cada passo do processo. A tecnologia, portanto, serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica. Pela tecnologia também se apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer enfermagem.

Desenvolver e implementar aplicativos móveis que ajudem os pacientes a monitorarem sua saúde, agendar consultas, acessar informações sobre suas condições e comunicar-se com profissionais de saúde. Integrar dispositivos vestíveis que monitoram sinais vitais, atividades físicas e outros indicadores de saúde. Esses dados podem ser compartilhados com profissionais de saúde para um acompanhamento mais preciso e em tempo real (Greenhalgh; Fortinash, 2006).

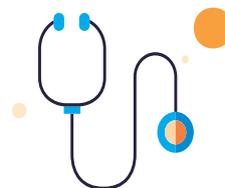
Implementar plataformas digitais que facilitem a coordenação de cuidados, permitindo que os profissionais de saúde acessem informações do paciente, atualizem planos de cuidado e comuniquem-se de forma eficiente. Utilizar redes sociais e comunidades online para promover a educação em saúde, compartilhar informações e apoiar pacientes na gestão de suas condições de saúde.

A implementação dessas estratégias e tecnologias pode transformar a gestão do cuidado em saúde na atenção primária, promovendo um atendimento mais eficiente, personalizado e centrado no paciente. No entanto, é importante considerar os desafios associados à adoção dessas tecnologias, como questões de privacidade, segurança de dados e a necessidade de treinamento adequado dos profissionais de saúde. Com a abordagem correta, a integração dessas inovações pode resultar em





Fonte: Google imagens



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



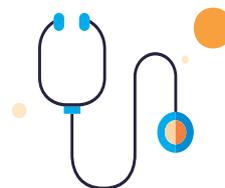
Sendo assim, conclui-se que a partir destes achados a necessidade de melhorar a gestão em saúde, com o intuito de fortalecer cada vez mais a APS a fim de garantir acesso facilitado aos usuários e maior resolutividade dos casos que podem ser atendidos neste seguimento, para assim garantir que cada nível de assistência esteja cumprindo o seu papel.

A Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais. A primeira possibilidade de efetivação dessas ações pode estar localizada no momento do acolhimento. O confronto entre as necessidades de saúde (ou outras) trazidas pelos usuários e o que a instituição, no caso ESF, tem a oferecer, poderá revelar as mudanças no modelo assistencial.

Essas transformações são potenciais construtoras de vínculo, aproximando quem oferece ou presta serviço de quem o recebe e personalizando a relação, que deve ser compromissada, solidária e aparecer como “fruto de uma construção social e parte de um esforço que envolve equipe, instituições e comunidade” (Silva et al., 2004, p.79).

De acordo com Gramsci, a capacidade de transcender interesses corporativos e particulares, de fazer compromissos e negociar, são características hegemônicas fundamentais, na medida em que tornam possível a articulação de diferentes. A implantação de ESF é um grande desafio para os profissionais idealistas, para a população que vem buscando seus direitos e para os gestores que precisam romper com práticas instituídas nos serviços. Contribuir para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social significam redistribuir os poderes, e isto não parece ser tarefa fácil.

O maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. Traduzindo-se em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção



e assistência poderá, assim, representar um novo modo de “andar na vida”, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história.





ROCHA, G. S. de A.; ANGELIM, R. C. de M.; ANDRADE, Ângela R. L. de; AQUINO, J. M.; ABRÃO, F. M. da S.; COSTA, A. M. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, [S. l.], v. 19, n. 2, 2015. DOI: 10.35699/2316-9389.2015.50096. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50096>. Acesso em: 23 maio. 2024.

PACHECO, A. E.; ANTUNES, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na atenção primária em saúde. *Revista Gestão & Saúde*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. Pág. 2907–2918, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288>. Acesso em: 23 maio. 2024.

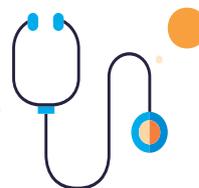
GUERRA, M. de F. S. de S. et al. Aging: interrelation of the elderly with the family and society. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e3410111534, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11534. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11534>. Acesso em: 23 maio. 2024.

DORICCI, G.C. Humanização e Cogestão na Atenção Básica: as relações de trabalho no cotidiano. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. doi:10.11606/T.59.2019.tde-26092018-084956. Acesso em: 23 maio. 2024.

SILVA, V.X.L.; HOLANDA, M.A.F.; PEREIRA, B. P.M. Considerações Bioéticas sobre o Acolhimento por Whatsapp na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19. *Revista Brasileira de Bioética*, [S. l.], v. 16, p. 1–19, 2021. DOI: 10.26512/rbb.v16.2020.32804. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/32804>. Acesso em: 23 maio. 2024.

QUEVEDO, A. L.; OLIVEIRA SOUZA CASTRO, R. C. Verificação da aplicação da Política Nacional de Humanização no atendimento das Unidades de Saúde da Família em um município do interior paulista. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 255–270, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n5p255-270. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2040>. Acesso em: 23 maio. 2024.

FARIAS, J.D; MARINHO, A.L. e danças circulares: reflexões sobre um grupo em um centro de saúde de Florianópolis (SC). *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, Brasil, v. 33, n. 1, p. 61–70, 2019. DOI: 10.11606/1807-5509201900010061. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/170274>. Acesso em: 23 maio. 2024.



BRAZ, M.G. A humanização enquanto componente da formação em saúde: a visão de discentes de graduação. 2017. 38 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1652> Acesso em: 23 maio. 2024.

BARRETO, K.F; PANTOJA, D.R.L; PAIVA, E. N.; DA SILVA, F.V. Humanização do atendimento no setor de radiologia: relato de experiência. Revista Interdisciplinar da Meta, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 26–41, 2023. Disponível em: <https://ojs.meta.edu.br/rifm/article/view/5>. Acesso em: 24 maio. 2024.

GOMES G.B. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. HU Revista, [S. l.], v. 46, p. 1–8, 2020. DOI: 10.34019/1982-8047. 2020.v46.28248. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28248>. Acesso em: 24 maio. 2024.

COUTINHO JÚNIOR, N.F.L. et al. Time wound assessment tool: interobserver agreement. Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, [S. l.], v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.revista-estima.com.br/estima/article/view/875>. Acesso em: 24 maio. 2024.

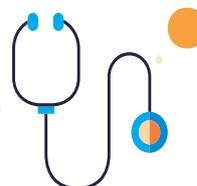
SILVA, M. de L. et al. The difficulties encountered in health care for people with deafness. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e38910212372, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12372. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12372>. Acesso em: 24 maio. 2024.

Bonetti, D. P.R. Análise biopsicossocial na sociedade de risco global como dispositivo da efetividade e garantia dos benefícios por incapacidade. 2021. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/24176> Acesso em: 24 maio. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáti-



cas Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS - revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.

CECÍLIO, L. C. O. et al. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*, 2019.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Introdução ao gerenciamento do cuidado em saúde. SciELO Livros, 2021. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/vgr7y/pdf/santana-9788574555294-01.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2024.

GREENHALGH, Trisha; FORTINASH, Emma. *Primary Health Care: Theory and Practice*. Londres: Wiley, 2006.

GREENHALGH, Trisha; FORTINASH, Emma. *Primary Health Care: Theory and Practice*. Londres: Wiley, 2006.

HARRIS, Mary G. (Ed.). *Managing Health Services: Concepts and Practice*. Sydney: Elsevier, 2006.

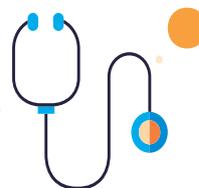
HARRIS, Mary G. (Ed.). *Managing Health Services: Concepts and Practice*. Sydney: Elsevier, 2006.

PEREIRA, M. et al. Organização do cuidado e práticas em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 567-576, 2021.

SILVA, J. et al. Evidências para o cuidado de crianças e adolescentes com condições crônicas. *\*Revista Brasileira de Enfermagem\**, v. 76, n. 3, p. 45-52, 2023. Disponível em: <<https://pressreleases.scielo.org/?p=7046>>. Acesso em: 30 maio 2024.

BORROR, D.J.; DeLONG, D.M. *Introdução ao estudo dos insetos*. São Paulo: Ed. Edgard Blucher Ltda, 1969.

GALLO et al. *Entomologia Agrícola*. Piracicaba: FEALQ, 2002.



GULLAN; P.J.; CRANSTON, P.S. Os insetos: um resumo de entomologia. São Paulo: Roca, 2007.

MAGALHÃES, C.; BONALDO, A.B. Coleções biológicas da Amazônia: estratégias sugeridas para o desenvolvimento e plena realização das suas potencialidades. In: PEIXOTO, A.L. (org.). Coleções Biológicas de Apoio ao Inventário, Uso Sustentável e Conservação da Biodiversidade. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro, 2003. p. 149-167.

ZAHER, H.; YOUNG, P.S. As coleções zoológicas brasileiras: panorama e desafios. *Ciência e Cultura*, v.55, n.3, 2003.

AMARANTE, L.C.D et al. Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. *Rev. Salud Pública*. v.22, n.4, p.440-446, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n4/440-446/pt>. Acesso em 28 de mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

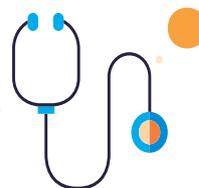
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : módulo 4 : Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MATOS, Y. V. M.; BREDA, D. Perfil dos pacientes atendidos na unidade pronto atendimento, Jardim Veneza, Cascavel PR. *FAG Journal of Health*. v.2, n.1, p. 56, 2020.

PIRES, D.E.P.; VANDRESEN, L.; MACHADO, F.; MACHADO, R.R.; AMADIGI, F.R. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0426>. Acesso em: 28 de mai de 2024.

RICCIULLI, F.M.; CASTANHEIRA, E.R.L. O papel da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Rev. APS*. v.25, n.2, p. 83-109, 2022.

SOUZA, K.H.J.F et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o



cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. v.40, n.1, p.1-10, 2019.

VELOSO, I.A.M.; TIBÃES, H.B.B. Perfil de usuários atendidos em um pronto atendimento de saúde. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(38):157-164.

VON ZUBEN, N. A. Vulnerabilidade e finitude: a ética do cuidado do outro. Síntese, Belo Horizonte, v. 39, n. 125, 2012.

SOUZA, L.M.C. et al. Gestão do cuidado na atenção primária à saúde: concepções, experiências e reflexões. Organizador Mailson Fontes de Carvalho. Cap. 2. São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

SOUZA, L.M.C.; Carvalho, M. F. Gestão do cuidado na atenção primária à saúde: concepções, experiências e reflexões. Organizador Mailson Fontes de Carvalho. Cap. 5. São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

SODER, R.; OLIVEIRA, I.C.; SILVA, L.A.A.; SANTOS, J.L.G; PEITER, C.C.P; ERDMANN, A.L. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. Revista Enfermagem em Foco. v. 9, n. 3, p. 76-80, 2018.

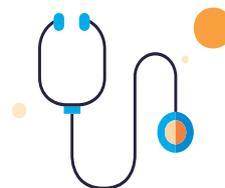
KNELLER, G.F. A ciência como atividade humana. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1980.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EEE, Onocko R, organizadores. Praxis en salud un desafio para lo público. Buenos Aires (AR): Lugar Editorial; 1997. p.71-112.

MERHY, E.E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

NIETSCHE, E.A., LEOPARDI, M.T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. Texto Contexto Enferm. 2000 Jan-Abr; 9 (1): 129-52.

MERHY EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-25



TRENTINI, M., GONÇALVES, L.H.T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias. *Texto Contexto Enferm.* 2000 Jan-Abr; 9 (1): 63-78.

DALSASSO, G.T.M., BARBOSA, S.F.F. Perspectivas futuras à informática em enfermagem: aplicabilidade dos ambientes hipermídia no processo ensino aprendizagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000 Jan- Abr; 9 (1): 79-92.

MORORÓ, D.D.S. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 mai. 30 (3): 323-332. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=em)

DANTAS, C.N., SANTOS, V.E.P., TOURINHO, F.S.V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti. *Texto contexto-enferm.* [Internet]. 2016; 25(1): e2800014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100601&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100601&lng=em)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução no 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)

GUTIÉRREZ, M.G.R., MORAIS, S.C.R.V. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):436-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>

FRIGO J.et al. A Consulta ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2016 Abt 10(4):1299-306. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151448/001011211.pdf?sequence=1>.

MOSER, D.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. *Rev. Fun Care Online* [Internet]. 2018 Out-dez; 10 (4): 998-1007. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6296/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6296/pdf_1)

MADUREIRA, G.C. et al. Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das unidades básicas de



saúde. Rev. Baiana Saúde Pública [Internet]. 2017 dez; 40 (4): 848-861. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322283006\\_REFLEXAO\\_SO-BRE\\_A\\_ENFEENFEEN\\_E\\_O\\_GERENCIAMENTO\\_DAS\\_UNIDADES\\_BASICAS\\_DE\\_SAUDE](https://www.researchgate.net/publication/322283006_REFLEXAO_SO-BRE_A_ENFEENFEEN_E_O_GERENCIAMENTO_DAS_UNIDADES_BASICAS_DE_SAUDE)

AMORIM, L.K.A. et al. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. Rev. enferm UFPE on line [Internet]. 2017 Mai 11 (5): 1918-1925. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>

SAAD, D.E.A., RIESC, M.L.G. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. Rev. Paul. Enferm. [Internet]. 2018; 29 (1-2-3): 11-20. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Autonomia-profissional-da-enfermeira-obst%C3%A9trica.pdf>

FERREIRA, E.B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. Rev. Rene [Internet]. 2016 Jan-Fev 17 (1): 86-92. Disponível em: [https://ensino-saude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo\\_Eric.pdf](https://ensino-saude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo_Eric.pdf)

BRAGA, L.M., TORRES, L.M., FERREIRA, V.M. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. Rev. Enf. UFJF [Internet]. 2015 Jan-jun; 1 (1): 55-63. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/download/3788/1564>

DESSLER, G. Administração de recursos humanos. São Paulo: Prentice Hall; 2003.

FELISBERTO, I. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:554-7.

BORRELLI, F.R.G. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

CAMPOS, C.V.A., MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. Rev Adm Pública 2008; 42:347-68.

ANSEMI, M.L., ANGERAMI, E.L.S., GOMES, E.L.R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. Rev Panam Salud Pública 1997; 2:44-50.



ARIAS, E.H.L. et al. Gestão do trabalho no SUS. Cad RH Saúde 2006; 3:119-34.

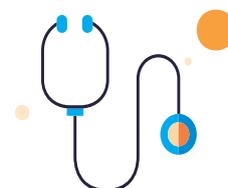
MACHADO, M.H. et al. A mesa de negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. Cad RH Saúde 2006; 3:141-8.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011;15(37):589-99. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em 25 mai 2024.

MARCON, S.S., DIAS, B.C., NEVES, E.T., MARCHETTI, M.A., LIMA, R.A.G. (In)visibility of children with special health needs and their families in primary care. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190071. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0071>. Acesso em 25 mai 2024.

SILVA, B.G.A. et al. Tornar-se mãe de criança com doença crônica: vivenciando o cuidado ao filho. Int J Dev Res. 2019;09(12):32876-81. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/17660.pdf>. Acesso em 29 mai 2024.

SOUZA, M.H.N, NÓBREGA, V.M.; COLLET, N. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180371. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0371>. Acesso em: 29 mai 2024.



## *Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza*



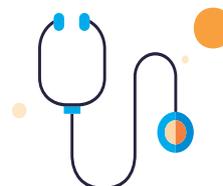
A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

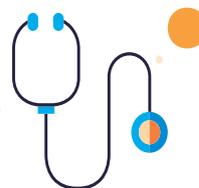
A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção



dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá terã acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Esse novo volume busca divulgar um trabalho amplo que discute a importância da gestão em saúde para a resolução de diversas demandas do dia a dia. Através do estudo bem consolidado é possível se projetar ações que possam ser fundamentais para evitar conflitos no cotidiano de trabalho.

