



# 11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,  
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

---

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

## Desospitalização, cuidado intersetorial e disputas na política de cuidados SUS

Thiago de Oliveira Machado<sup>1</sup>

Senir Santos da Horas<sup>2</sup>

Paula Adalgisa Freire de Souza Arca<sup>3</sup>

**Resumo:** O artigo analisa criticamente a desospitalização no Sistema Único de Saúde, articulando-a à Política Nacional de Cuidados e às transformações do trabalho em saúde. Com base no materialismo histórico-dialético e na saúde coletiva crítica, discute a desospitalização como processo atravessado por desigualdades sociais, raciais, de gênero e território. Problematisa a Alta Responsável e o uso de ferramentas como Kanban e Safety Huddle, evidenciando tensões entre racionalização gerencial e cuidado integral. Defende que tais dispositivos podem fortalecer a comunicação interprofissional e a efetivação do cuidado como direito social no âmbito das políticas públicas e da atenção integral à saúde.

**Palavras- chave:** desospitalização; política de cuidados; intersetorialidade; trabalho em saúde; SUS.

## Dehospitalization, Intersectoral Care and Disputes in SUS Care Policy

**Abstract:** The article critically analyzes dehospitalization within the Brazilian Unified Health System (SUS), relating it to the National Care Policy and to the transformations in health work. Grounded in historical and dialectical materialism and critical collective health studies, it discusses dehospitalization as a process shaped by social, racial, gender and territorial inequalities. The study problematizes Responsible Discharge and the use of tools such as Kanban and Safety Huddle, highlighting tensions between managerial rationalization and comprehensive care. It argues that such mechanisms may strengthen interprofessional communication and contribute to the consolidation of care as a social right within public policies and comprehensive health care.

**Keywords:** dehospitalization; care policy; intersectoral action; health work process; brazilian unified health system

## 1. Introdução

A desospitalização tem sido incorporada como estratégia no Sistema Único de Saúde em meio à crise dos modelos hospitalocêntricos e à necessidade de reorganização das práticas de cuidado. No entanto, sua compreensão ainda é frequentemente reduzida à liberação de leitos, ao giro hospitalar e à racionalização de recursos, desconsiderando sua complexidade social, política e institucional.

---

<sup>1</sup>Doutor em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente social do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF) E-mail: Thiago\_oliveiram@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente Social do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: senirsantos@gmail.com.

<sup>3</sup> Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV - FIOCRUZ - em 2022) e servidora da Universidade Federal Fluminense, lotada no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF). E-mail: paula0803@hotmail.com

A partir da perspectiva da determinação social do processo saúde doença, entende-se que os processos de adoecimento, cuidado e recuperação não podem ser explicados apenas por fatores biológicos ou individuais, mas pelas condições históricas de vida, trabalho, classe, gênero, raça e território (LAURELL, 1982; BREILH, 2006). Nesse sentido, a desospitalização deve ser compreendida como expressão das contradições da sociabilidade capitalista contemporânea, na qual a crise dos sistemas de proteção social e a reconfiguração do papel do Estado tensionam a organização do cuidado em saúde. Tal processo relaciona-se às transformações contemporâneas da questão social, expressas na intensificação das desigualdades, na precarização do trabalho e na ampliação das demandas por proteção social no interior do SUS.

Nesse cenário, o hospital deixa de ser apenas um espaço de tratamento clínico e passa a evidenciar, também, as insuficiências das redes de proteção social e da própria organização do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas permanências hospitalares prolongadas expressam não apenas demandas biomédicas, mas também a ausência de suporte familiar, renda, moradia adequada, acesso territorial aos serviços públicos e articulação efetiva entre as políticas sociais e os diferentes pontos de atenção da rede de saúde.

Este artigo parte da compreensão de que a Política Nacional de Cuidados pode oferecer base ética e política para reorientar práticas de desospitalização, desde que articulada aos princípios do SUS, à intersectorialidade, à interdisciplinaridade e à análise crítica das ferramentas de gestão utilizadas no cotidiano hospitalar. Argumenta-se que dispositivos como a Alta Responsável, o Kanban e o Safety Huddle não devem ser compreendidos de forma isolada ou meramente instrumental, mas como práticas situadas em disputas mais amplas sobre o sentido do cuidado, do trabalho em saúde e da proteção social.

Este estudo caracteriza-se como uma investigação teórico-analítica de natureza qualitativa, fundamentada no método materialista histórico-dialético, que orienta a análise das práticas de desospitalização a partir das mediações entre estrutura social, políticas públicas e trabalho em saúde.

Paralelamente, procedeu-se à análise documental de normativas do Sistema Único de Saúde, com destaque para a Política Nacional de Cuidados, a Política Nacional de Atenção Hospitalar e diretrizes relacionadas à desospitalização e à alta responsável.

A análise foi orientada pela identificação de categorias centrais, como cuidado, trabalho, intersetorialidade e gestão, buscando compreender as contradições entre racionalidade gerencial e produção ampliada do cuidado no contexto do SUS. O método materialista histórico-dialético orienta essa análise ao compreender a desospitalização como fenômeno inserido em uma totalidade social contraditória, permitindo apreender as mediações entre políticas públicas, organização do trabalho em saúde e desigualdades estruturais, bem como as tensões entre racionalidade gerencial e necessidades sociais de cuidado.

## **2. Desospitalização, Política Nacional de Cuidados e determinação social do processo saúde doença**

A Política Nacional de Cuidados, instituída pela Lei nº 15.069/2024, reconhece o cuidado como direito, necessidade e trabalho, atribuindo ao Estado responsabilidade gradual e progressiva na organização de respostas públicas voltadas a quem cuida e a quem necessita de cuidado (BRASIL, 2024). Essa formulação dialoga com os princípios do SUS, especialmente a universalidade, a integralidade e a equidade, ao afirmar que o cuidado não se reduz ao procedimento técnico, mas envolve corresponsabilização social, continuidade assistencial e reconhecimento das desigualdades que atravessam a vida dos sujeitos. Essa abordagem permite compreender a desospitalização não como fenômeno isolado, mas como expressão das contradições entre necessidades sociais de cuidado e formas historicamente determinadas de organização do sistema de saúde.

No campo da saúde, a incorporação da Política Nacional de Cuidados tensiona a organização tradicional do SUS, ao exigir que o cuidado seja compreendido não apenas como ato clínico, mas como prática social que atravessa diferentes políticas públicas. Isso implica reconhecer que a continuidade do cuidado depende de condições que extrapolam o setor saúde, como renda, moradia, suporte familiar e acesso a serviços territoriais.

A emergência dessa política deve ser compreendida no interior da divisão social, sexual e racial do trabalho, uma vez que o cuidado foi historicamente naturalizado como responsabilidade feminina, familiar e pouco reconhecida socialmente. Hirata (2016) contribui para compreender o cuidado como trabalho, enquanto Fraser (2016) permite situar a crise do cuidado no interior das contradições do capitalismo

contemporâneo, especialmente diante da transferência de responsabilidades para famílias, mulheres e redes informais.

Nessa perspectiva, a desospitalização não pode ser tratada como simples estratégia administrativa de liberação de leitos. Quando orientada pela Política Nacional de Cuidados, ela deve ser compreendida como processo de transição responsável, planejado e socialmente referenciado, capaz de articular cuidado clínico, proteção social, território, família, rede comunitária e políticas públicas. Sua efetivação depende da articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e entre políticas como assistência social, previdência, habitação, transporte, educação e proteção de direitos (MENDES, 2011).

Contudo, a realidade dos serviços evidencia que a permanência hospitalar prolongada muitas vezes decorre das determinações sociais, como pobreza, fragilidade dos vínculos familiares, ausência de cuidador, barreiras territoriais, insegurança alimentar, precariedade habitacional e dificuldade de acesso à atenção básica e aos serviços especializados. Esses elementos indicam que a desospitalização é atravessada por desigualdades de classe, raça, gênero, geração, deficiência e território, não podendo ser realizada de modo homogêneo ou padronizado. A perspectiva interseccional permite compreender como diferentes sistemas de desigualdade se combinam e produzem barreiras específicas no acesso e na continuidade do cuidado (CRENSHAW, 2002; BREILH, 2006).

Dessa forma, a Política Nacional de Cuidados oferece um horizonte ético e político para deslocar a desospitalização da lógica da vaga hospitalar para a lógica da continuidade do cuidado. Esse deslocamento exige compreender que a alta não se encerra no momento da saída física do hospital, mas se prolonga no território, nas condições de vida e na capacidade real das redes em sustentar o cuidado. A desospitalização, portanto, deve ser analisada como mediação entre clínica, política social e reprodução da vida.

Contudo, a institucionalização da Política Nacional de Cuidados ocorre em um contexto marcado por restrições fiscais e subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde, historicamente agravado por políticas de austeridade e pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Esse cenário impõe limites concretos à ampliação de serviços, à consolidação de redes territoriais e à efetivação de estratégias intersetoriais, podendo resultar na transferência indireta de responsabilidades para famílias e redes informais. Assim, a desospitalização passa a expressar não apenas uma diretriz técnico-assistencial,

mas também as contradições entre a ampliação das demandas por cuidado e as condições materiais de financiamento das políticas públicas.

### **3. Alta Responsável, intersetorialidade e trabalho em saúde: entre a rede ideal e a rede possível**

A desospitalização vem sendo cada vez mais incorporada ao cotidiano dos serviços de saúde, compreendida como um processo que ultrapassa a simples transferência do cuidado do hospital para o domicílio. Trata-se de uma estratégia que demanda planejamento, continuidade assistencial e articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Nesse contexto, o trabalho em equipe e a atuação em rede configuram-se como ferramentas imprescindíveis para a efetivação da transição do cuidado, especialmente diante das necessidades sociais e de saúde apresentadas pelos usuários. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a desospitalização ganha centralidade ao remeter o cuidado ao princípio da integralidade da atenção, pressupondo ações articuladas entre atenção básica, serviços especializados, assistência hospitalar e rede socioassistencial.

Entretanto, a fragilidade na comunicação e na articulação entre os serviços frequentemente compromete a continuidade do cuidado, evidenciando limites na efetivação da integralidade. A ausência de fluxos integrados, corresponsabilização entre os serviços e suporte territorial adequado pode dificultar a alta hospitalar segura e contribuir para reinternações e permanências prolongadas. Assim, a desospitalização exige não apenas organização institucional, mas também fortalecimento das redes de cuidado, atuação multiprofissional integrada e articulação intersetorial.

Se a desospitalização se fundamenta em princípios ético políticos vinculados à Política de Cuidados, sua concretização depende de dispositivos institucionais capazes de organizar a transição entre hospital, território e rede de proteção social. Nesse contexto, a Alta Responsável constitui uma estratégia central, pois exige planejamento articulado, comunicação entre serviços, definição de responsabilidades e acompanhamento das necessidades do usuário após a saída do hospital.

A Alta Responsável não deve ser compreendida como ato administrativo ou etapa burocrática do processo assistencial. Trata-se de uma prática que expressa a capacidade institucional de produzir cuidado compartilhado. Para isso, exige a construção de projetos terapêuticos interdisciplinares, a identificação precoce de riscos sociais e

clínicos, a escuta qualificada dos usuários e familiares, além da articulação concreta com a rede externa.

Estudos e experiências no âmbito do Sistema Único de Saúde indicam que uma parcela significativa das permanências hospitalares prolongadas não se explica exclusivamente por critérios clínicos, mas pela ausência de condições sociais para a alta, como inexistência de cuidador, fragilidade da rede de apoio, precariedade habitacional e dificuldades de acesso à atenção básica. Esse cenário evidencia que a desospitalização se constitui como processo socialmente determinado, exigindo intervenções que articulem dimensões clínicas e sociais do cuidado.

No plano normativo do Sistema Único de Saúde, a alta hospitalar responsável encontra fundamento na Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria nº 3.390/2013 e posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017. Essas normativas estabelecem que a alta deve ser planejada desde o início da internação, envolvendo a articulação entre o hospital e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, bem como a responsabilização dos serviços pela continuidade do cuidado após a saída do usuário. Tal diretriz reforça que a desospitalização não se reduz ao momento da alta, mas constitui processo que exige coordenação do cuidado, comunicação interinstitucional e suporte territorial (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

A intersetorialidade, frequentemente apresentada como diretriz consensual, revela se, na prática, como campo de disputas institucionais, atravessado por fragmentação administrativa, subfinanciamento e desigualdades federativas.

No plano das equipes, a interdisciplinaridade também se apresenta como desafio. Embora o cuidado integral pressuponha a articulação entre diferentes saberes, o cotidiano hospitalar ainda é fortemente atravessado por hierarquias profissionais, centralidade biomédica e fragmentação das intervenções. A construção de práticas interdisciplinares exige superar a justaposição de condutas e avançar para a elaboração coletiva de projetos de cuidado, nos quais diferentes profissionais reconheçam a complexidade dos sujeitos e compartilhem responsabilidades (MERHY, 2002).

Nesse ponto, o trabalho em saúde assume centralidade. Como afirma Merhy (2002), o cuidado se realiza no encontro entre trabalhadores e usuários, no chamado trabalho vivo em ato, entendido como dimensão produtora de cuidado que escapa à total captura pelos dispositivos gerenciais. Isso significa que protocolos, instrumentos e fluxos são importantes, mas não substituem a dimensão relacional, ética e política do cuidado.

A Alta Responsável, portanto, só ganha densidade quando deixa de ser mera formalidade institucional e passa a organizar uma prática coletiva de responsabilização.

Por isso, experiências intersetoriais no SUS precisam ser analisadas em suas contradições. Elas podem ampliar a resolutividade e a continuidade do cuidado, mas também podem ser fragilizadas pela ausência de pactuações institucionais, pela informalidade das redes, pela sobrecarga dos trabalhadores e pela responsabilização excessiva das famílias. O desafio está em transformar a intersectorialidade em prática institucional sustentada, e não em esforço isolado de profissionais comprometidos.

É nesse contexto de tensões entre necessidades assistenciais, desigualdades sociais e limites estruturais das políticas públicas que ganham centralidade os dispositivos de organização do trabalho em saúde. Ferramentas como Kanban e Safety Huddle surgem como tentativas de qualificar a comunicação, antecipar riscos e coordenar decisões, mas carregam consigo as contradições entre racionalidade gerencial e produção ampliada do cuidado.

Nesse sentido, a Alta Responsável pode ser compreendida como uma das principais mediações institucionais da desospitalização no SUS. Ela traduz, no plano concreto do trabalho em saúde, a necessidade de articular clínica, proteção social e território, evidenciando que a saída do hospital não representa o fim do cuidado, mas sua reconfiguração em outros espaços da rede. É justamente nesse processo de coordenação do cuidado que emergem dispositivos organizacionais voltados à comunicação e à gestão do trabalho, como o Kanban e o Safety Huddle.

#### **4. Dispositivos de gestão e produção do cuidado: Kanban, Safety Huddle e inteligência coletiva no trabalho multiprofissional**

A discussão sobre o gerencialismo na administração pública tem como marco central a emergência da Nova Gestão Pública (New Public Management), que propõe a incorporação de práticas empresariais na gestão estatal, com ênfase na eficiência, produtividade, metas e avaliação por desempenho. No campo das políticas sociais, essa racionalidade ganha força a partir da contrarreforma do Estado, especialmente com a defesa de modelos gerenciais de administração pública, como analisado por Bresser-Pereira (1998), que destaca a busca por maior eficiência administrativa e redução de custos no setor público.

No campo da saúde, a incorporação dessa racionalidade gerencial tem sido objeto de análise crítica, especialmente por sua capacidade de reorganizar o trabalho em saúde a partir de dispositivos de controle, padronização e mensuração de resultados. Santos (2024) aponta que o gerencialismo influencia diretamente a organização das políticas de saúde no Brasil, tensionando os princípios do SUS, sobretudo no que se refere à integralidade e à universalidade.

Nesse contexto, a discussão sobre a desospitalização também perpassa a incorporação de dispositivos de gestão e organização do trabalho em saúde, influenciados, em muitos casos, pela lógica gerencialista presente nas políticas contemporâneas de gestão hospitalar. Ferramentas como o Kanban, o *Safety Huddle* e outras estratégias voltadas à gestão do fluxo assistencial vêm sendo utilizadas com o objetivo de otimizar processos, reduzir o tempo de permanência hospitalar e qualificar a comunicação entre equipes.

Embora tais dispositivos possam contribuir para maior integração entre equipes e para a produção de respostas mais ágeis às necessidades dos usuários, é importante problematizar sua inserção no contexto da saúde pública, especialmente quando orientados predominantemente por racionalidades gerencialistas centradas na eficiência, produtividade e controle de leitos. Nessa perspectiva, existe o risco de que a desospitalização seja reduzida a uma estratégia de gerenciamento de fluxo hospitalar e redução de custos, esvaziando sua dimensão ética, social e integral do cuidado.

Assim, a utilização de dispositivos como Kanban e *Safety Huddle* no contexto da desospitalização requer reflexão permanente sobre quais projetos de cuidado e gestão estão sendo produzidos: se voltados apenas à racionalização institucional e à lógica produtivista, ou se comprometidos com a integralidade da atenção, a articulação em rede e a garantia do direito à saúde.

A incorporação do Kanban no ambiente hospitalar deve ser analisada em dupla chave. De um lado, estudos sobre gestão hospitalar indicam que essa ferramenta tem sido utilizada para qualificar a gestão de leitos, a regulação assistencial e a comunicação entre equipes. De outro, quando apropriada por racionalidades produtivistas, pode reforçar mecanismos de controle do tempo, circulação de usuários e intensificação do trabalho, dimensão que exige leitura crítica a partir do debate sobre trabalho em saúde e precarização laboral (MERHY, 2002; ANTUNES, 2018).



Essa apropriação não é neutra. Quando utilizado apenas como instrumento de gestão de leitos, o Kanban pode reforçar uma lógica produtivista, na qual o tempo de internação passa a ser visto predominantemente como indicador de eficiência. Nessa perspectiva, corre-se o risco de reduzir a complexidade do cuidado a metas operacionais, deslocando para os trabalhadores a pressão por respostas rápidas, mesmo quando as condições sociais e institucionais não permitem uma alta segura.

Entretanto, o Kanban também pode ser ressignificado no cotidiano das equipes. Quando apropriado criticamente, deixa de ser apenas ferramenta de controle e passa a funcionar como dispositivo de comunicação, visibilização de demandas e coordenação do cuidado. Ao reunir informações clínicas, sociais e institucionais sobre os usuários, pode favorecer uma leitura compartilhada das necessidades assistenciais e estimular a construção coletiva de soluções.

Essa possibilidade dialoga com a concepção de tecnologias leves e leve duras no trabalho em saúde, em que os instrumentos organizacionais só adquirem sentido quando articulados ao trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Assim, o Kanban pode operar como catalisador da inteligência coletiva da equipe multiprofissional, desde que esteja orientado por princípios ético políticos e não apenas por metas de produtividade.

O mesmo raciocínio se aplica ao Safety Huddle. Conforme definido pelo Institute for Healthcare Improvement, trata-se de uma reunião breve, geralmente com duração de até dez minutos, utilizada em serviços de saúde para que as equipes gerenciem ativamente a qualidade e a segurança do cuidado, revisem processos de trabalho e antecipem riscos de forma proativa (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, s.d.). Na desospitalização, sua importância reside justamente na possibilidade de reconhecer, de forma precoce, situações que podem comprometer a transição do cuidado, como ausência de suporte familiar, fragilidade da rede territorial, pendências de encaminhamentos e risco de reinternação. Nesse sentido, o Safety Huddle pode ser compreendido como tecnologia leve de gestão do cuidado, que, ao favorecer a comunicação horizontal e a antecipação de riscos, contribui para reduzir eventos adversos e qualificar a transição do cuidado, especialmente em contextos de alta complexidade assistencial.

Para além de sua dimensão operacional, o Safety Huddle pode reorganizar a comunicação no interior das equipes, tensionando hierarquias profissionais e ampliando a possibilidade de construção coletiva do cuidado. Quando bem conduzido, permite que diferentes profissionais apresentem suas leituras sobre o caso, evitando que a alta seja

definida exclusivamente por critérios clínicos ou administrativos. Dessa forma, fortalece a responsabilização coletiva e contribui para que a transição do cuidado seja planejada de modo mais seguro.

No entanto, sua efetividade depende das condições concretas de trabalho e da autonomia dos profissionais. Quando reduzido a protocolo formal, reunião burocrática ou exigência institucional sem escuta real da equipe, o Safety Huddle pode perder sua potência crítica. Assim como o Kanban, sua capacidade de qualificar o cuidado depende da forma como é incorporado ao processo de trabalho.

Nesse sentido, Kanban e Safety Huddle devem estar subordinados ao propósito maior da Política Nacional de Cuidados. Sua finalidade não pode ser apenas reduzir tempo de permanência ou melhorar indicadores institucionais, mas qualificar a transição do cuidado, fortalecer a comunicação interprofissional, antecipar riscos e garantir que a alta seja socialmente responsável.

A disputa em torno dessas ferramentas revela que o trabalho em saúde se constitui como espaço de mediação entre projetos distintos. De um lado, a racionalidade gerencial orientada pela eficiência, pelo controle e pela mensuração de resultados. De outro, a perspectiva do cuidado como direito social, que exige tempo, vínculo, escuta, articulação em rede e reconhecimento das necessidades concretas dos sujeitos. É nesse tensionamento que se define o papel desses dispositivos no cotidiano do SUS.

## **5. Considerações finais**

A desospitalização, quando orientada pela Política Nacional de Cuidados, pode constituir estratégia relevante para a reorganização do cuidado em saúde e para a superação de práticas hospitalocêntricas e fragmentadas. No entanto, sua efetivação exige compreendê-la para além da gestão de leitos, situando-a no campo mais amplo da proteção social, da intersetorialidade e da garantia de direitos.

A Alta Responsável, o Kanban e o Safety Huddle, embora inseridos em contextos marcados por racionalidades gerenciais, podem ser ressignificados como dispositivos a serviço do cuidado. Para isso, precisam estar vinculados a uma concepção ampliada de saúde, à valorização do trabalho multiprofissional e à leitura crítica das desigualdades que atravessam os processos de adoecimento, internação e alta.

A análise desenvolvida evidencia que a desospitalização não se realiza de modo homogêneo. Ela é atravessada por condições de classe, raça, gênero, geração, deficiência e território, que influenciam diretamente a possibilidade de continuidade do

cuidado. Por isso, a intersectorialidade não pode ser tratada como mera articulação técnica, mas como estratégia política de enfrentamento das desigualdades sociais.

Nesse sentido, a desospitalização coloca em evidência os limites e as potencialidades do SUS na contemporaneidade. Exige não apenas reorganizações técnico operacionais, mas transformações na forma como o cuidado é produzido, reconhecido e sustentado socialmente. Trata-se, portanto, de uma disputa que ultrapassa o campo da gestão, colocando em questão os limites do modelo hospitalocêntrico e a necessidade de reorganização do SUS a partir da centralidade do cuidado, da intersectorialidade e do reconhecimento das desigualdades que estruturam a vida social.

## Referências

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 14 mai. 2022.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34, 1998.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FRASER, Nancy. **Contradictions of capital and care**. New Left Review, n. 100, p. 99 a 117, 2016.

HIRATA, Helena. **O trabalho de cuidado**. Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53 a 64, 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Huddles. Cambridge: IHI, s.d. Disponível em: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx>.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde doença como processo social. Revista Latinoamericana de Salud, México, n. 2, p. 7 a 25, 1982.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, Lúcio Souza dos. **Gerencialismo e saúde: contribuições para pensar o contexto brasileiro**. In: Crítica Revolucionária / Revolutionary Criticism, v. 4, 2024. Estado, saúde, ambiente e a crítica anticapitalista radical. Disponível em: <https://criticarevolucionaria.com.br/revolucionaria/article/view/25/103>. Acesso em 13 de maio de 2026.