

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA CATAFESTA UTZUMI

**VIVÊNCIA DO CUIDADO PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA REDE DE
ATENÇÃO A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE**



CURITIBA
2017

FERNANDA CATAFESTA UTZUMI

**VIVÊNCIA DO CUIDADO PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA REDE DE
ATENÇÃO A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino
Co-orientador: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA
2017

Utzumi, Fernanda Catafesta

Vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção a saúde na perspectiva da continuidade / Fernanda Catafesta Utzumi – Curitiba, 2017.

182 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

Coorientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Continuidade da assistência ao paciente. 2. Assistência integral à saúde. 3. Teoria nos Fundamentada nos Dados. 4. Interacionismo Simbólico. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Enfermagem de atenção primária. I. Bernardino, Elizabeth. II. Lacerda, Maria Ribeiro. III. Universidade Federal do Paraná.

IV. Título.

CDD 610.73




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7


TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de FERNANDA CATAPESTA, intitulada: "VIVÊNCIA DO CUIDADO PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE", após terem inquirido a autora e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.


A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

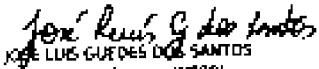
Curitiba, 01 de Dezembro de 2017.


ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


AIXA MARIS PERES
Avaliador Interno (UFPR)


KARLA LROSETA FIGUEIREDO
Avaliador Interno (UFPR)


SELMA REGINA DE ANDRADE
Avaliador Externo (UFSC)


JOSÉ LUIS GUEDES DOS SANTOS
Avaliador Externo (UFSC)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, pela excelência no ensino, pesquisa e extensão, e também pelo incentivo dado a minha formação enquanto servidora desta instituição;

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta universidade e a todos professores doutores que contribuíram direta e indiretamente ao meu desenvolvimento profissional;

Aos grupos de pesquisa que coparticipei durante esta trajetória, NEPECHE e GPPGPS, pelas discussões e contribuições no desenvolvimento da pesquisa;

Aos colegas, mestrandos, doutorandos, doutores e professoras do grupo NEPECHE por todas as contribuições, parcerias, trocas de experiências e compartilhamento tanto das alegrias quanto das aflições comuns a esta fase. Vivemos inesquecíveis momentos felizes que guardarei para sempre em minhas melhores memórias;

À todas as colegas do curso, pela amizade e interação que me modificaram de alguma maneira nesse período;

Às professoras orientadoras, Maria Ribeiro Lacerda e Elizabeth Bernardino, pelo incentivo, paciência, disposição, respeito, e inigualável dedicação na construção deste estudo;

À banca examinadora pela disponibilidade e interesse em contribuir na lapidação desta tese.

À minha família que sempre esteve ao meu lado me dando força, suporte e coragem para seguir em frente.

Ao meu esposo, Gabriel Utzumi, por sua exímia dedicação em me fazer feliz e pela compreensão nos momentos em que a privação de minha companhia e momentos de lazer eram necessárias.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

UTZUMI, F. C. **Vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção a saúde na perspectiva da continuidade.** 182 f. Tese (Doutorando em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino.

Co-orientador: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem.

Introdução: A continuidade do cuidado é essencial para uma assistência qualificada, coerente e segura ao usuário. Especificamente no cenário brasileiro, ela é tida como um aspecto do cuidado que visa garantir ao máximo a integralidade da atenção à saúde. Para operacionalizá-la é preciso uma adequada integração entre as distintas configurações do sistema de saúde. Contudo, acredita-se nesta pesquisa, que ela é possível, inicialmente, nas relações e interações intraequipes clínicas e entre estas e os usuários/família. Embora sejam restritas ao contexto interno desses indivíduos, uma vez que dependem de motivações intrínsecas que determinam as ações nesse sentido. Buscando confirmar esta premissa, foram elaborados os seguintes objetivos: compreender o significado da vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde, na perspectiva da continuidade; elaborar uma teoria substantiva que explicita essa vivência; e, propor contribuições para fortalecer a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, do tipo interpretativista, que utilizou os passos da Teoria Fundamentada no Dados para coleta e análise dos dados. Este estudo está inserido na linha de pesquisa Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem. Realizado em um hospital de ensino, e em uma Unidade Estratégia de Saúde da Família da rede municipal de atenção à saúde do município de Curitiba-Pr, com 22 profissionais de saúde, 6 usuários da rede e 5 familiares. Os participantes foram divididos em 3 grupos amostrais, sendo o primeiro composto por 13 profissionais da atenção hospitalar, o segundo com 9 profissionais da atenção primária e o terceiro com os 5 familiares e 6 usuários. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, com o auxílio de um questionário semiestruturado, no período de novembro de 2015 a abril de 2017. Utilizou-se como técnica de análise as fases de codificação aberta, axial e integrativa, como propõem o referencial metodológico, além do suporte teórico do Interacionismo Simbólico. **Resultados:** a compreensão do significado da vivência dos participantes permitiu a elaboração desta teoria substantiva, por meio da elucidação do conceito central: “a interação na vivência do cuidado: possibilidades à continuidade na rede de atenção à saúde”. Sustentaram essa construção: 11 conceitos, 38 premissas e 416 componentes que se relacionam entre si para explicar, de um modo geral, as condições, ações e interações e consequências da vivência dos participantes acerca do processo social básico do cuidado na perspectiva da continuidade. **Discussão:** pode-se perceber que os participantes vivem condições de possibilidades e contradições no contexto de acesso ao cuidado nos serviços de saúde, no qual o acesso inicial ao serviço é verdadeiro, porém a probabilidade de garantia ao cuidado, resolutivo para o qual

buscou atendimento, nem sempre é concreta nesse contato inicial, necessitando, deste modo, recorrer às demais configurações do sistema de saúde. Como estratégia às condições vivenciadas, a fim de garantir que o cuidado seja coerente e eficiente às reais necessidades de saúde, os participantes buscam agir e interagir de modo que as informações e perspectivas acerca do processo saúde-doença e dos cuidados prévios, além da utilização da rede de apoio, possibilitam maior alcance da conectividade entre as ações. Como consequência, a vivência do cuidado na perspectiva da continuidade, é percebida como possível quando profissionais de saúde, usuários e familiares, interagem e se articulam entre si compartilhando objetivos e significados comuns. Considerações finais: A presente teoria permitiu comprovar e aprimorar a tese defendida, em que a continuidade do cuidado é possível a partir das relações e interações entre profissionais, usuários e familiares, entretanto relacionam-se ao contexto interno dos indivíduos, uma vez que dependem de motivações intrínsecas que determinam as ações nesse sentido. Visualizar a continuidade do cuidado a partir do referencial teórico do interacionismo simbólico, permite contribuições à temática uma vez que, a ação e interação cooperativa, permite aos indivíduos, com o tempo, construir uma identidade cultural que auxilia e guia as condutas individuais e conjuntas em direção ao objetivo proposto. Deste modo, contribui com a gestão dos serviços de saúde no sentido de auxiliar no planejamento e tomada de decisão frente a programas e políticas que visam consolidar a continuidade do cuidado ao usuário.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Teoria Fundamentada nos Dados; Interacionismo Simbólico; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Atenção Primária.

ABSTRACT

UTZUMI, F. C. **Living of care by users and professionals in the health care network in the perspective of continuity.** 182 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Health Sciences Sector, Federal University of Paraná, Curitiba, 2017.

Advisor: Profa. Dr. Elizabeth Bernardino.

Co-advisor: Profa. Dr. Maria Ribeiro Lacerda.

Research Line: Health and Nursing Actions and Services Management.

Introduction: Continuity of care is essential for qualified, consistent and safe care to the user. Specifically in the Brazilian scenario, it is considered as an aspect of care that aims to guarantee the fullest health care. To make it operational, it is necessary to integrate properly the different configurations of the health system. However, it is believed in this research that it is possible, initially, in the intra-clinical interactions and interactions between these and the users / family. Although they are restricted to the internal context of these individuals, since they depend on the intrinsic motivations that determine the actions in this sense. In order to confirm this premise, the following aims were elaborated: to understand the meaning of the experience of care by users and professionals in the network of health care, in the perspective of continuity; to elaborate a substantive theory that explains this experience; and, propose contributions to strengthen the continuity of care in the health care network. Methodology: qualitative research, of the interpretative type, that used the steps of the Theory Grounded in the Data for data collection and analysis. This study is part of the research line of Health and Nursing Actions and Services. Held in a teaching hospital, and in a Family Health Strategy Unit of the municipal health care network of the city of Curitiba-Pr, with 22 health professionals, 6 network users and 5 family members. Participants were divided into 3 sample groups, the first consisting of 13 professionals in hospital care, the second with 9 primary care professionals and the third with 5 family members and 6 users. The data were collected through recorded interviews, with the aid of a semi-structured questionnaire, from November 2015 to April 2017. The open, axial and integrative coding phases were used as analysis technique, as proposed by the reference methodological, in addition to the theoretical support of Symbolic Interactionism. Results: the understanding of the meaning of the participants' experience allowed the elaboration of this substantive theory, through elucidation of the central concept: "interaction in the experience of care: possibilities for continuity in the health care network". They supported this construction: 11 concepts, 38 premises and 416 components that relate to each other to explain, in a general way, the conditions, actions and interactions and consequences of the participants' experience about the basic social process of care in the perspective of continuity. Discussion: it can be seen that the participants live conditions of possibilities and contradictions in the context of access to care in health services, in which initial access to the service is true, but the probability of guaranteeing the care, resolute for which sought care, is not always concrete in this initial contact, thus requiring recourse to the other configurations of the health system. As a strategy the conditions experienced, in order to ensure that care is coherent and efficient to the

real health needs, the participants seek to act and interact so that the information and perspectives about the health-disease process and the previous care, besides the use of the support network, allow greater reach of connectivity between actions. As a consequence, the experience of care in the perspective of continuity is perceived as possible when health professionals, users and family members interact and articulate among themselves sharing common goals and meanings. Final considerations: The present theory allowed to prove and to improve the thesis defended, in which the continuity of the care is possible from the relations and interactions between professionals, users and family, however they are related to the internal context of the individuals, since they depend on intrinsic motivations that determine actions in this direction. Visualizing continuity of care based on the theoretical reference of symbolic interactionism allows contributions to the theme since, in the course of action and cooperative interaction, individuals can, over time, construct a cultural identity that assists and guides individual and joint behaviors in towards the proposed goal. In this way, it contributes to the management of health services in order to assist in the planning and decision making of programs and policies that aim to consolidate the continuity of care to the user.

Keywords: Continuity of Patient Care; Comprehensive Health Care; Grounded Theory; Symbolic Interactionism; Nursing care; Primary Care Nursing.

RESUMEN

UTZUMI, F. C. **Vivencia del cuidado por los usuarios y profesionales en la red de atención a la salud en la perspectiva de la continuidad.** 182 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Sector de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraná, Curitiba, 2017.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino.

Co-orientador: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda.

Línea de Investigación: Gestión de Acciones y Servicios de Salud y Enfermería.

Introducción: la continuidad de la atención es esencial para una atención calificada, consistente y segura para el usuario. Específicamente en el escenario brasileño, se considera como un aspecto de la atención que tiene como objetivo garantizar la máxima atención de la salud. Para hacerlo operativo, es necesario integrar adecuadamente las diferentes configuraciones del sistema de salud. Sin embargo, se cree en esta investigación que es posible, inicialmente, en las interacciones e interacciones intra-clínicas entre estos y los usuarios / familia. Aunque están restringidos al contexto interno de estos individuos, ya que dependen de las motivaciones intrínsecas que determinan las acciones en este sentido. Para confirmar esta premisa, se elaboraron los siguientes objetivos: comprender el significado de la experiencia asistencial de usuarios y profesionales en la red de atención de la salud, en la perspectiva de la continuidad; elaborar una teoría sustantiva que explique esta experiencia; y proponer contribuciones para fortalecer la continuidad de la atención en la red de atención médica. Metodología: investigación cualitativa, del tipo interpretativista, que utilizó los pasos de la Teoría Fundamentada en los Datos para recolección y análisis de los datos. Este estudio está inserto en la línea de investigación Gestión de Acciones y Servicios de Salud y Enfermería. Se realizó en un hospital de enseñanza, y en una Unidad Estrategia de Salud de la Familia de la red municipal de atención a la salud del municipio de Curitiba-Pr, con 22 profesionales de salud, 6 usuarios de la red y 5 familiares. Los participantes fueron divididos en 3 grupos muestrales, siendo el primero compuesto por 13 profesionales de la atención hospitalaria, el segundo con 9 profesionales de la atención primaria y el tercero con los 5 familiares y 6 usuarios. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas grabadas, con el auxilio de un cuestionario semiestructurado, en el período de noviembre de 2015 a abril de 2017. Se utilizó como técnica de análisis las fases de codificación abierta, axial e integrativa, como proponen el referencial metodológico, además del soporte teórico del Interaccionismo Simbólico. Resultados: la comprensión del significado de la vivencia de los participantes permitió la elaboración de esta teoría sustantiva, por medio de la elucidación del concepto central: "la interacción en la vivencia del cuidado: posibilidades a la continuidad en la red de atención a la salud". Sostuvo esta construcción: 11 conceptos, 38 premisas y 416 componentes que se relacionan entre sí para explicar, de modo general, las condiciones, acciones e interacciones y consecuencias de la vivencia de los participantes acerca del proceso social básico del cuidado en la perspectiva de la continuidad. Discusión: se puede percibir que los

participantes viven condiciones de posibilidades y contradicciones en el contexto de acceso al cuidado en los servicios de salud, en el cual el acceso inicial al servicio es cierto, pero la probabilidad de garantía al cuidado, resolutorio para el cual buscó atención, no siempre es concreta en ese contacto inicial, necesitando de este modo recurrir a las demás configuraciones del sistema de salud. Como estrategia las condiciones vivenciadas, a fin de garantizar que el cuidado sea coherente y eficiente a las reales necesidades de salud, los participantes buscan actuar e interactuar de modo que las informaciones y perspectivas acerca del proceso salud-enfermedad y de los cuidados previos, además de la utilización de la red de apoyo, posibilitan mayor alcance de la conectividad entre las acciones. Como consecuencia, la vivencia del cuidado en la perspectiva de la continuidad, es percibida como posible cuando profesionales de salud, usuarios y familiares, interactúan y se articulan entre sí compartiendo objetivos y significados comunes. Consideraciones finales: La presente teoría permitió comprobar y perfeccionar la tesis defendida, en que la continuidad del cuidado es posible a partir de las relaciones e interacciones entre profesionales, usuarios y familiares, entretanto se relaciona con el contexto interno de los individuos, ya que dependen de las motivaciones intrínsecas que determinan las acciones en ese sentido. Visualizar la continuidad de la atención basada en la referencia teórica del interaccionismo simbólico permite contribuciones al tema ya que, en el curso de la acción y la interacción cooperativa, los individuos pueden, con el tiempo, construir una identidad cultural que ayude y guíe las conductas individuales y conjuntas hacia el objetivo propuesto. De esta manera, contribuye a la gestión de los servicios de salud para ayudar en la planificación y la toma de decisiones de programas y políticas que apuntan a consolidar la continuidad de la atención para el usuario.

Palabras-clave: Continuidad de la Asistencia al Paciente; Asistencia Integral a la Salud; Teoría Fundamentada en los Datos; Interacciones Simbólicas; Cuidados de Enfermería; Enfermería de Atención Primaria.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- COMPREENSÃO DA INFLUÊNCIA DAS PERSPECTIVAS NAS AÇÕES HUMANAS.....	40
FIGURA 2 - INFLUÊNCIA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO NA REALIDADE SOCIAL DE UM INDIVÍDUO/COMUNIDADE.....	49
FIGURA 3 - EXEMPLO DE DIAGRAMA E MEMOS	68
FIGURA 4 - PRIMEIRA CATEGORIZAÇÃO DO ESTUDO.....	71
FIGURA 5 - DENSIFICANDO CATEGORIAS	73
FIGURA 6 - CATEGORIZAÇÃO FINAL DO ESTUDO.....	73
FIGURA 7 - VIVENDO POSSIBILIDADES E CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO DE ACESSO AO CUIDADO PELOS SERVIÇOS DA REDE	81
FIGURA 8 - UTILIZANDO INFORMAÇÕES E A REDE DE APOIO PARA ADEQUAR O CUIDADO	90
FIGURA 9 - VIVENDO O CUIDADO CONECTADO NAS INTRARRELAÇÕES E ARTICULAÇÕES.....	100
FIGURA 10 - DIAGRAMA DA TEORIA VIVÊNCIA DO CUIDADO PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE.....	100

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - INFLUÊNCIAS DO PRAGMATISMO, DARWINISMO E BEHAVIORISMO NO INTERACIONISMO SIMBÓLICO	43
QUADRO 2 - COMPOSIÇÃO DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL.....	61
QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL	63
QUADRO 4 - COMPOSIÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL.....	65
QUADRO 5 - COMPOSIÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES	66
QUADRO 6 - EXTRATO DO FENÔMENO, CÓDIGOS TEÓRICOS, CONCEITOS E PREMISSAS	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
CC	- Continuidade do Cuidado
CF	- Constituição Federal
ESF	- Estratégia Saúde da Família
GPPGPS	- Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NEPECHE	- Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	- Política Nacional de Promoção à Saúde
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TFD	- Teoria Fundamentada nos Dados
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	19
2	PROBLEMÁTICA	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL	27
3.2	CONTINUIDADE DO CUIDADO	30
3.3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS À CONTINUIDADE DO CUIDADO	33
4	REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.1	INTERACIONISMO SIMBÓLICO	38
4.1.1	Raízes teóricas do interacionismo simbólico	41
4.1.2	Interacionismo Simbólico: Características Fundamentais	45
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	57
5.1	DESENVOLVENDO A METODOLOGIA	57
5.2	LOCAL DA PESQUISA	58
5.3	ELABORAÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA	59
5.4	SELEÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS	59
5.5	COLETA DOS DADOS.....	66
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	69
5.7	ANÁLISE DOS DADOS	70
5.7.1	Codificação Aberta	70
5.7.2	Codificação Axial.....	72
5.7.3	Codificação Integrativa.....	74
5.7.4	Validação Da Teoria.....	75
6	APRESENTAÇÃO DA TEORIA FORMULADA	77
6.1	CONDIÇÕES: VIVENDO POSSIBILIDADES E CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO DE ACESSO AO CUIDADO PELOS SERVIÇOS DA REDE	80
6.1.1	Conceito: Iniciando a aproximação ao cuidado	82
6.1.1.1	Assegurando o acesso inicial ao serviço	82

6.1.1.2	Deparando-se com as limitações no prosseguimento do cuidado em serviços primários.....	82
6.1.1.3	Emergindo sentimentos a partir das limitações vivenciadas.....	83
6.1.2	Conceito: Recorrendo aos demais locais de atenção à saúde	83
6.1.2.1	Relatando as motivações para acessar os demais serviços da rede.....	84
6.1.2.2	Encontrando obstáculos de acesso aos serviços de atenção especializado/hospitalar	84
6.1.2.3	Reconhecendo a influência da estrutura física e organizacional dos serviços para garantir o acesso aos demais serviços de atenção	84
6.1.3	Conceito: Utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado	85
6.1.3.1	Priorizando as situações emergenciais.....	85
6.1.3.2	Buscando acesso ao cuidado por meio dos serviços de urgência e emergência.....	86
6.1.3.3	Utilizando subsídios próprios para alcançar o cuidado.....	86
6.1.4	Conceito: Encontrando perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede	87
6.1.4.1	Continuando o cuidado nos serviços de atenção especializada/hospitalar	87
6.1.4.2	Vinculando o usuário na APS como garantia de acesso aos materiais e dispositivos em saúde	88
6.1.4.3	Identificando o serviço de APS como uma ponte de acesso às demais configurações do sistema de saúde	88
6.2	AÇÃO/INTERAÇÃO: UTILIZANDO AS INFORMAÇÕES E A REDE DE APOIO PARA ADEQUAR O CUIDADO	89
6.2.1	Conceito: Necessitando de informações para cuidar	91
6.2.1.1	Reconhecendo a importância das informações	92
6.2.1.2	Explicitando as informações utilizadas	92
6.2.1.3	Identificando as fontes de informação	93
6.2.1.4	Encontrando lacunas de dados.....	93
6.2.1.5	Enfrentando os desafios na ausência das informações.....	93
6.2.1.6	Informações contribuindo para o delineamento e otimização do cuidado.....	94
6.2.1.7	Dividindo informações com a família	94

6.2.1.8	Compartilhando as informações entre equipe	94
6.2.2	Conceito: Considerando as diferentes perspectivas para o cuidado	95
6.2.2.1	Procurando compreender a visão-ação do outro	95
6.2.2.2	Buscando compreender a demanda de cuidado a partir de suas próprias perspectivas	95
6.2.3	Conceito: Trabalhando com a rede de apoio	96
6.2.3.1	Considerando a rede de apoio familiar	96
6.2.3.2	Ajustando o cuidado na ausência da família cuidadora	97
6.2.3.3	Buscando outras fontes sociais de apoio para o cuidado	97
6.2.3.4	Considerando a rede de apoio profissional.....	98
6.3	CONSEQUÊNCIAS: VIVENDO O CUIDADO CONECTADO NAS INTRARRELAÇÕES E ARTICULAÇÕES.....	99
6.3.1	Conceito: Motivando-se intrinsecamente	101
6.3.1.1	Colocando-se no lugar do outro	101
6.3.1.2	Tendo comprometimento individual	101
6.3.1.3	Preocupando-se com o seguimento do cuidado	102
6.3.2	Conceito: Instigando a participação do usuário no cuidado	102
6.3.2.1	Compreendendo os valores do usuário	103
6.3.2.2	Buscando ser compreendido	103
6.3.2.3	Estabelecendo vínculo	103
6.3.2.4	Consolidando um contrato de saúde	104
6.3.3	Conceito: Relacionando-se multiprofissionalmente para o cuidado.....	104
6.3.3.1	Reconhecendo a necessidade da articulação multiprofissional.....	105
6.3.3.2	Dispondo de boas competências pessoais e interpessoais.....	105
6.3.4	Conceito: Articulando-se intraequipe para o cuidado.....	105
6.3.4.1	Discutindo os casos multiprofissionalmente	106
6.3.4.2	Compartilhando a tomada de decisão para o cuidado.....	106
6.3.4.3	Conduzindo o cuidado nas intrarrelações profissionais.....	107
6.4	CONCEITO CENTRAL: A INTERAÇÃO NA VIVÊNCIA DO CUIDADO: VISLUMBRANDO POSSIBILIDADES PARA A CONTINUIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	107
6.5	DIAGRAMA DA TEORIA	108
7	DISCUSSÃO	111

8	CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO...	130
8.1	À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	130
8.1.1	Considerar o fortalecimento da APS para exercer seu papel de coordenadora no cuidado, bem como do sistema de referência e contrarreferência	130
8.1.2	Telessaúde	130
8.2	AOS PROFISSIONAIS.....	131
8.2.1	Refletir a própria prática	131
8.2.2	Planejamento entre equipes.....	131
8.3	À FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	131
8.3.1	Educação permanente dos profissionais para melhores práticas em saúde.....	131
8.3.2	Inclusão de temas transversais a formação como “continuidade do cuidado” e “cuidados transicionais”	131
8.4	À INFORMAÇÃO.....	132
8.4.1	Sistemas integrados de informação	132
8.4.2	Melhorar a comunicação da informação com vista à compreensão das mesmas.....	132
8.5	AOS USUÁRIOS	132
8.5.1	Empoderar o usuário do sistema de cuidados em saúde para que seja ator principal nas redes de atenção	132
8.5.2	Disseminar o conceito de continuidade de cuidado não só no sistema de saúde, mas em toda a sociedade com vistas ao alcance de cidadania e direitos de todos	133
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	REFERÊNCIAS.....	138
	APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	165
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	166
	ANEXO 1 - APROVAÇÃO CEP DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	172

ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	177
--	------------

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema em estudo proposto surgiu da combinação entre minha vivência profissional e acadêmica. No meu primeiro contato com a pesquisa em enfermagem, enquanto cursava a graduação, no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), tive a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa que tinha o objetivo de atender mulheres em fase de puerpério imediato e tardio. Nesta ocasião, já despertava em mim o interesse em saber como era o acompanhamento dessas mulheres em todo o seu período transicional, mesmo sem ter consciência do que era a continuidade do cuidado e sua importância.

Na sequência, ingressei no Curso de Mestrado, no qual estudei sobre o cuidado domiciliar, me aproximando um pouco mais dessa temática. Em 2009, fui contratada por uma operadora de saúde na cidade de Curitiba – PR, para realizar cuidado domiciliar às puérperas a fim de evitar complicações comuns a esta fase. Contudo, não percebia essa prática como contínua às anteriores. Pelo contrário, identificava um desencontro de informações e condutas que, em algumas situações, confundiam as mães neste período importante de suas vidas.

Mesmo vivenciando esta situação, ainda não tinha clareza de que faltava a mim, como profissional de saúde e aquelas mães, a incorporação de uma prática do cuidado conectada e coerente. Em 2011, quando participei do programa de residência multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, tive o prazer de conhecer a professora Dra. Elizabeth Bernardino e seu projeto “Enfermeira de Ligação”. Apaixonei-me pela proposta e tive a oportunidade de participar, por um pequeno período de tempo, deste projeto. Uma vez que fui aprovada em certame público deste mesmo hospital no final de 2011, motivo pelo qual tive que desistir do programa para assumir concurso.

Em 2012, iniciei um curso de pós-graduação em Estomatoterapia. Neste, mais uma vez me deparei com situações em que eram claras as lacunas decorrentes da falta de continuidade do cuidado. Estas experiências, somada a identificação da necessidade de se buscar estratégias que viabilizassem o cuidado continuado, compuseram as primeiras determinações em direção a proposta deste estudo.

Também, motivada pelo desejo de realizar um estudo que permitisse identificar o processo social básico de uma dada realidade e por ser encantada pelo

método de pesquisa da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), o qual tive a oportunidade de conhecer durante o curso de mestrado com a professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda, senti a necessidade de realizar a pesquisa acerca da vivência do cuidado na perspectiva da continuidade pelos usuários e profissionais, porque na ocasião do início deste estudo, a prática da enfermeira de ligação não era uma realidade implementada no cenário brasileiro.

Este estudo integra o projeto guarda-chuva intitulado: “Estratégias de integração em rede: contribuições do enfermeiro”, inserido na linha de pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR-PR).

2 PROBLEMÁTICA

As condições de saúde que necessitam acompanhamento de longo prazo representam um grande desafio aos prestadores de cuidado em todo o mundo. Este fato se liga ao aumento da ocorrência de pessoas com multimorbidades (HILL et al., 2014; BARNETT et al., 2012) decorrentes do envelhecimento populacional, desenvolvimento tecnológico e alterações no estilo de vida (FERREIRA, 2010; VERAS, 2009; VERAS, 2011; MENDES, 2011; LAVRA, 2011; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012; BRASIL, 2011, 2012a; IBGE, 2013, 2014; VENTURINI et al., 2013; OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013; ESPERANDIO et al., 2013; BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI, 2008; MEIRELLES et al., 2010; MALTA; NETO; SILVA, 2011; AZEVEDO et al., 2013; WHO, 2014; SORTE; MODESTO, 2014; OPAS, 2015), bem como da baixa taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida.

Frente a isso, alcançar o maior grau de conectividade entre os cuidados ao longo do tempo representa o ideal percorrido pelos sistemas de saúde (HILL et al., 2014), uma vez que os usuários são cada vez mais assistidos por uma variedade de profissionais distribuídos em uma ampla rede assistencial (TARQUINI et al., 2013).

Percebe-se desse modo, um crescente interesse por práticas de saúde que favoreçam a Continuidade do Cuidado (CC). Esta é tida como essencial para um atendimento qualificado, clinicamente eficaz, seguro, personalizado, eficiente, econômico e integral. Falhas nesse sentido, ou descontinuidade do cuidado, podem colocar a saúde do indivíduo em risco, causar duplicidade de condutas e adicionar custos evitáveis para o sistema de saúde e assistência social (HAGGERTY et al., 2003; FREEMAN; HUGHES, 2010; CORNWELL et al., 2012).

Contudo, esse é um termo de difícil definição, em grande parte pela falta de um consenso sobre ele, mas, principalmente, porque a continuidade em si é um aspecto do cuidado, sentido em especial pelo usuário, ou seja, como ele experiencia a progressão de um cuidado coeso, coordenado e conectado (HAGGERTY et al., 2003; GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; FREEMAN et al., 2007).

Este cuidado, vivido pelo usuário, tem caráter multidimensional, o que significa dizer que depende de um adequado fluxo de informações, boas habilidades interpessoais e boa coordenação dos cuidados (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al, 2003), além do compromisso individual do usuário com a sua própria saúde (HILL et al., 2014; FREEMAN; HUGHES, 2010) e dos

profissionais para com o usuário. Desse modo, percebe-se que depende da ação/interação entre os envolvidos e deve-se ser considerado, também, na perspectiva dos distintos profissionais de saúde (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

No cenário brasileiro, a CC é prevista pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) (BRASIL, 1990) em um de seus princípios fundamentais, como a busca pela conexão aos diversos cuidados recebidos pelo usuário ao longo do tempo, a fim de alcançar a integralidade da atenção.

Todavia, o modelo de atenção vigente ainda se encontra pautado em ações curativas, geralmente centrado no atendimento médico, e estruturado de forma que os serviços são dimensionados a partir da oferta, divergindo ao proposto na LOS e resultando em fragmentações no cuidado (FERTONANI et al., 2015).

Como estratégia de enfrentamento às transformações demográficas, e às epidemiológicas da população, bem como buscando superar as fragmentações do modelo vigente, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde (MS) propõe a reorganização do sistema pela implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010a; 2012b; 2014).

Estas correspondem a arranjos poliárquicos e integrados de ações e serviços em diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de oferecer assistência contínua e integral aos usuários, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b; 2014). Tem como princípio a formação de relações horizontais entre os distintos pontos de atendimento em saúde, com interlocução fluída entre eles, e tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro da comunicação (BRASIL, 2014)

A organização das RAS prevê a hierarquização dos níveis de complexidade e objetiva ter encaminhamentos mais resolutivos. Contudo, sua concepção fundamental refere-se à capacidade de promover e garantir interações entre as distintas dimensões: intraequipes de saúde e gestores, inter-equipes/serviços e entre usuários e equipes/serviços (BRASIL, 2010b; 2014).

Embora se percebam os avanços à continuidade do cuidado, a partir da conformação das RAS, estas demonstram fragilidades, caracterizadas por fragmentações na assistência, principalmente, relacionadas às transições do cuidado entre as diferentes configurações do sistema de saúde, que refletem na assistência ao usuário (VERAS et al., 2014; ARRUDA et al., 2015; BONFADA et al.,

2012, FLINT, 2015). Além disso, geram multiplicação de consultas, exames e procedimentos que elevam o custo da assistência e não implicam, necessariamente, em uma relação positiva de custo-efetividade para o usuário (VERAS, 2003; VERAS et al., 2014).

É importante esclarecer que, de um modo geral, as transições do cuidado, ocorrem quando os usuários se movem fisicamente de um lugar de assistência para outro (COLEMAN, 2003; COLEMAN; BOULT, 2003; FLINT, 2015; DUSEK et al., 2015). E, para serem bem-sucedidas, necessitam de uma série de ações que visam garantir a eficácia e a segurança da coordenação e da continuidade do cuidado, quando o estado de saúde destes indivíduos muda, ou quando estes apresentam necessidades diferentes em relação aos cuidados, que pode ser no interior de um mesmo estabelecimento ou entre estabelecimentos (FUJI; ABBOTT; NORRIS, 2012; NAYLOR, et al., 2011; RNAO, 2014).

Os mecanismos de referência e contrarreferência são ferramentas das RAS que buscam promover a continuidade do cuidado durante as transições entre serviços. Todavia, sua operacionalização requer ações que ultrapassem o simples encaminhamento desse indivíduo pela rede. Corroborando, Serra e Rodrigues (2010) explicam que o sistema de referência e contrarreferência ainda permanece contido, especialmente no que se refere à sua efetividade¹, uma vez que, de um modo geral, organizam os fluxos da rede, mas não contemplam ações essenciais para promover e efetivar a CC.

Ressalta-se que as barreiras à continuidade durante as transições do cuidado, estão relacionadas tanto com o 1) sistema de saúde quanto com os 2) profissionais e próprios 3) usuários. Ao primeiro, refere-se à ausência de um efetivo sistema de gestão da informação, incluindo leis de proteção de confidencialidade (COLEMAN, 2003; SERRA; RODRIQUES, 2010), bem como a falta de um modelo que sistematize e oriente as práticas de continuidade do cuidado. Desse modo, compreende-se que a primeira instancia na qual a CC necessita ser trabalhada,

¹ A continuidade do cuidado abarca ações que podem ser institucionais e/ou profissionais. Os mecanismos de referência e contrarreferência referem-se aos instrumentos institucionais, contudo demonstram-se insuficientes para efetivar a transição do cuidado (ACOSTA, 2016). Para tanto, seriam necessários, para além dos instrumentos, cuidados, que visam garantir transferências seguras e com mínima desorganização e fragmentação dos cuidados, entre os diferentes locais e profissionais. Estes, envolvem a comunicação entre profissionais, família e usuário, os quais possuem informações completas e oportunas a respeito do histórico de saúde e orientações de cuidado, e fácil acesso às respostas e ao suporte quando surgirem os problemas (FLINT, 2015; ACOSTA, 2016).

refere-se a gestão e gerenciamento dos sistemas de saúde, uma vez que a CC depende de políticas e instituições comprometidas, que planejem, organizem, direcionem e avaliem as ações nesse sentido.

Aos profissionais de saúde, dizem respeito as dificuldades de comunicação e articulação (BRONDANI et al., 2016). A interlocução destes indivíduos a respeito das informações do usuário, no contra fluxo, é realizada, comumente, por meio de instrumentos, como os resumos de alta, que em geral, não chegam às mãos dos profissionais de saúde em tempo oportuno, isso quando chegam (FLINT, 2015).

Estes documentos de transferência de informações, tanto no fluxo quanto no contra fluxo, não costumam conter detalhes de dados da relação entre o que ocorreu com o usuário e as necessidades de saúde atuais, isso dificulta a tomada de decisão para o cuidado, e contribui para que ocorram as fragmentações. Outras formas de comunicação entre profissionais, como chamadas telefônicas ou e-mails são raras (COLEMAN; 2003; FLINT, 2015).

Por fim, as barreiras ao nível dos usuários incluem limitações no conhecimento e autogestão da saúde. Geralmente eles não conhecem os detalhes de sua história de saúde, e/ou não sabem transmitir informações fundamentais, o que leva a prescrições equivocadas para o seguimento do cuidado. Essa situação compromete a comunicação entre profissional e usuário (FLINT, 2015). Além disso, os profissionais costumam superestimar as capacidades físicas, sociais e cognitivas do usuário para o autocuidado, dificultando a compreensão destes para a importância da continuidade do cuidado (COLEMAN, 2003), ou seja, há um insuficiente empoderamento destes indivíduos acerca das responsabilidades com sua própria saúde.

Além da falta de comunicação, o desconhecimento do funcionamento da rede implica no uso incorreto desta pelos usuários, que por insegurança e desejo de resolver seus problemas de saúde buscam os serviços de urgência e emergência, primariamente à atenção primária à saúde (APS). Ressalta-se que, esse desconhecimento, também é vivenciado por uma significativa parcela dos profissionais de saúde (BRONDANI et al., 2016).

Como consequência, há uma sobrecarga no atendimento dos serviços de urgência e emergência, e o comprometimento da capacidade da APS de exercer a sua principal função, a de ser o centro da comunicação, ou seja, ser responsável

pela coordenação do cuidado na rede (BRASIL, 2014; NORA; JUNGES, 2013; BRONDANI et al., 2016).

A excelência na continuidade, durante as transições do cuidado entre os serviços de saúde, está associada a menores taxas de readmissão hospitalar, economia e maior satisfação do usuário (FLINT, 2015). Atualmente, são consideradas como um dos componentes para a avaliação de qualidade e desempenho dos hospitais (WEBER et al., 2017), e devem ser pensadas como critérios na segurança do cuidado ao usuário.

Ao ponderar o exposto, pensar em CC significa ultrapassar os limites de atendimento de um quadro agudo com ou sem risco de morte. É uma ação monitorada que pode se iniciar dentro de um serviço, mas que vai para além deste. Implica no cuidado por meio de uma equipe multiprofissional, com prática clínica articulada, abrange uma pauta de saúde ampliada, envolve a capacidade de cuidado dentro e fora de uma instituição específica, e requer ações de autocuidado (LOYOLA, 2012).

Desse modo, mesmo vivenciando fragmentações no cuidado ao que se refere às integrações entre serviços, defende-se a tese inicial de que a continuidade do cuidado é possível nestas relações e interações intraequipes clínicas e entre estas e os usuários. Contudo, ainda estão restritas ao contexto interno dos indivíduos, uma vez que dependem de motivações intrínsecas que determinam as ações nesse sentido.

Por reconhecer a importância da continuidade do cuidado aos usuários e para o sistema de saúde como um todo, e perceber que mesmo com avanços que visam superar suas fragmentações, ainda há significativas lacunas acerca dessa temática, questiona-se neste estudo: Como usuários e profissionais vivenciam o cuidado na rede de atenção à saúde na perspectiva da continuidade?

Para tanto, buscou-se compreendê-la pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico, o qual entende que as ações dos indivíduos são desenvolvidas segundo as interações entre as pessoas que, ao interpretarem e definirem as situações, agem no contexto social onde estão inseridas (CHARON, 2010). Os indivíduos produzem ações de cuidados baseados no significado deste para eles. Estes significados são resultantes das interações entre os profissionais e entre estes e o usuário/família.

Para responder à pergunta deste estudo, foram propostos os seguintes objetivos:

- Compreender o significado da vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde, na perspectiva da continuidade;
- Elaborar uma teoria substantiva que explicita essa vivência;
- Propor contribuições para fortalecer a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados brevemente os temas correlatos ao objetivo proposto. Deste modo, inicia-se a apresentação explorando alguns aspectos importantes do princípio da integralidade da atenção, uma vez que este a continuidade do cuidado, no cenário brasileiro, busca entre outros objetos garantir ao máximo a integralidade desejada das ações de saúde. Em seguida busca-se apresentar este tema central ao estudo, a continuidade do cuidado, a fim de esclarecer sua definição e principais conceitos descritos na literatura, e, por fim, apresenta-se os principais desafios e possibilidades à continuidade do cuidado no contexto da rede de atenção à saúde.

3.1 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL

O sistema de assistência à saúde brasileira, conhecido por Sistema Único de Saúde (SUS), ganhou esta denominação após a Reforma Sanitária. Com a proposta de transformações de valores na sociedade, tendo na “promoção à saúde, o eixo para a mudança democrática, com a redução das desigualdades sociais” (NEVES, 2012, p.2). No entanto, foi com a Constituição Federal (CF) de 1988 que se estabeleceram as diretrizes para a proposta de um sistema que viabilizasse o acesso universal aos meios de promoção e recuperação da saúde.

Além das diretrizes constitucionais, o SUS estabeleceu alguns princípios norteadores das ações de seus agentes; dentre eles destaca-se: o da integralidade da atenção (CRUZ, 2013). A integralidade é uma palavra subjetiva que apresenta muitos sentidos (AYRES et al., 2012). Para Machado et al. (2007), ela representa mais que um princípio, é parte de uma “imagem objetiva” de atributos desejáveis que se espera encontrar nos sistemas de saúde (aspas dos autores).

A principal referência para esta abordagem nas práticas em saúde, é prevista nos textos constitucionais e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1988; 1990; SERRA; RODRIGUES, 2010). Estas preconizam que o atendimento à saúde deva ser integral, com prioridade para as atividades preventivas, porém sem prejuízos para os serviços assistenciais.

Especificamente, na LOS, Art. 7º, inciso II, a integralidade da assistência é definida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990; CRUZ, 2013, pg. 590). Percebe-se com isso que a integralidade corresponde a uma inovação no modo de assistir aos usuários e de buscar soluções para os seus problemas (ANTUNES; GUEDES, 2010; PAIM, 2014).

Antes de ser consagrada nos textos da CF e LOS, a integralidade representava a bandeira de luta do movimento sanitário; o qual criticava as ações fragmentadas e centradas na dimensão biológica, em detrimento aos determinantes do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2001; CAMARGO JR., 2010; CECÍLIO; MERHY, 2010). A partir deste movimento, a integralidade passou a ser vista como um atributo orientador para a melhor prática em saúde (MATTOS, 2004; MATTOS, 2009). Esta noção, vem como contraponto à postura que se tinha na época, ou seja, o atendimento ao indivíduo era visto como o cuidado a um sistema biológico, com disfunções que deveriam ser contempladas com recursos tecnológicos disponíveis, a fim de silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquele agravo. É nesse sentido, que Mattos (2009, p. 52), defende a integralidade como “um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde”.

Entretanto, de acordo com o autor supracitado, seria um contrassenso deixar de levar em consideração todo o conhecimento que esta visão biológica da saúde produz, e, que permite tanto à Medicina quanto à Saúde Pública importantes sucessos. Todavia, é prudente respeitar o seu uso guiado por uma visão mais abrangente das necessidades dos indivíduos que precisam e utilizam os serviços de saúde (MATTOS, 2004; MATTOS, 2009).

Isso não significa negar um olhar mais específico e direcionado a um problema de saúde; de acordo com Mattos (2009), pensar em integralidade da atenção também envolve se apropriar de conhecimentos altamente especializados para a resolução de determinada disfunção. Desse modo, as múltiplas especialidades são igualmente importantes ao cuidado, uma vez que as necessidades dos usuários requerem distintos saberes para serem atendidas integralmente (CAMARGO JR., 2010).

Nesse sentido, pode-se dizer de uma maneira geral, que o cuidado na perspectiva da integralidade é, obrigatoriamente, de natureza multidisciplinar

(CECÍLIO; MERHY, 2010; CAMARGO JR., 2010). Essa é uma compreensão mais lógica e exequível do que a tentativa de se “criar super-profissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer demanda da clientela” (CAMARGO JR., 2010, p. 41). Assim uma das formas de se concretizar a subjetividade deste princípio é compreendê-la a partir da dimensão das práticas de saúde, sendo o cuidado integral uma delas (CECILIO; MERHY, 2010).

Vale ressaltar, que a ação de vários profissionais reunidos não pressupõe o cuidado integral; o qual se expressa e concretiza quando estes diferentes profissionais fortalecem suas próprias capacidades, e se comprometem com objetivos comuns. Dessa forma, entende-se que o caráter multidisciplinar da integralidade não é a simples justaposição de saberes; é necessária a complexa tarefa do agir compartilhado (SILVA; RAMOS, 2010).

Outros sentidos ou maneiras de olhar para a integralidade estão relacionadas às políticas governamentais e ao modo de organização dos serviços e das práticas de saúde, onde se busca a sinergia entre as ações assistenciais e de saúde pública (MATTOS, 2004; MATTOS, 2009).

No campo das políticas de saúde, a integralidade refere-se à articulação entre as medidas curativas e preventivas, reconhecendo que ambas são extremamente importantes e têm impactos distintos. Enquanto as primeiras respondem às necessidades específicas de saúde dos indivíduos, as outras têm a pretensão de modificar o quadro social de uma doença, podendo resultar inclusive em alteração na demanda futura pelos serviços assistenciais (MATTOS, 2010).

O entendimento das políticas de enfrentamento das doenças, pautadas no princípio da integralidade, garantem tanto o direito dos portadores da doença às práticas de saúde que estes necessitam, quanto ao direito dos não-portadores, de se beneficiarem com as práticas preventivas, isso tudo, sem se descuidar, da possibilidade de mudança no quadro de doença no país (MATTOS, 2010).

A integralidade pensada no modo de organização dos serviços e práticas em saúde refere-se à necessidade de articulação dos diferentes serviços da rede de atenção para o cuidado; uma vez que, por mais capacitados que sejam os profissionais de saúde; por melhor que seja o diálogo entre eles e a coordenação de suas ações; a integralidade plena nunca será alcançada por um serviço individualmente (CECÍLIO, 2009). Atualmente, esta representa um dos maiores desafios à operacionalização desse princípio do SUS.

Estudos apontam que a integralidade vem sendo concebida pelos profissionais de saúde como o cuidado integral recebido multiprofissionalmente (FRACOLLI *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2014). Tal fato demonstra sua consolidação mais nas dimensões das práticas de saúde, do que nas dimensões de políticas governamentais, e, também, no modo de organização dos serviços.

Para Cecílio (2009), isso se deve ao fato de ainda se trabalhar de forma muito fragmentada, ou seja, o foco continua sendo pela resposta de demandas pontuais e com os recursos que se tem disponíveis naquele momento. Isso sem se preocupar com a visão macro da integralidade no momento em que o indivíduo busca alguma forma de assistência.

Destaca-se que esta não é uma concepção totalmente errada, porém, é preciso unir esforços a fim de alcançar ao máximo possível a integralidade desejada (CECÍLIO; MERHY, 2010), a qual, acredita-se que só possa ser atingida com a operacionalização da continuidade do cuidado entre os diferentes locais de atenção da rede de saúde.

3.2 CONTINUIDADE DO CUIDADO

Continuidade do Cuidado (CC) relaciona-se à qualidade do cuidado ao longo do tempo (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006). É um termo complexo que envolve inúmeras definições e modelos (UIJEN *et al.*, 2012; IRWIN; AGIUS, 2017). Na atenção primária à saúde (APS) é identificada como elemento essencial ao cuidado (TARRANT, *et al.*, 2010; UIJEN *et al.*, 2012; IRWIN; AGIUS, 2017), devido ao fato deste ponto da rede ser, conceitualmente, considerado responsável pela centralidade da comunicação e coordenação do cuidado (BRASIL, 2012b; 2014).

Contudo, é um conceito que deve permear a prática do cuidado em todas as configurações do sistema. Quanto melhor o desempenho, ou quanto maior o grau de conectividade dos cuidados, melhor será a qualidade do atendimento, os resultados em saúde para o usuário, e os benefícios de custo-efetividade para a população e para o sistema de saúde em geral (TARRANT, *et al.*, 2010).

Ressalta-se que profissionais e usuários tendem a valorizar aspectos diferentes da continuidade. Para os profissionais, as questões mais relevantes dizem respeito à gestão da informação para o cuidado, bem como a carga e processo de trabalho, enquanto os usuários centram suas preocupações com questões que

envolvem o acesso aos serviços e ao suporte oferecido, ou seja, inclui a discussão sobre a resolutividade dos problemas em tempo oportuno (WEAVER; COFFEY; HEWITT, 2017).

De um modo geral, a continuidade é uma experiência do usuário; como ele vivência o cuidado de maneira coerente as suas necessidades ao logo do tempo (HAGGERTY et al., 2003; FREEMAN et al., 2007; UIJEN et al., 2012). O tempo em questão pode variar de acordo com a demanda existente. Pode ser a experiência em um curto espaço de tempo, como uma internação hospitalar, ou longo, como o acompanhamento da saúde pela APS (UIJEN et al., 2012).

Contudo, a oferta desse cuidado envolve a mobilização de aspectos organizacionais das práticas de saúde como as questões referentes às informações para assistência em saúde, bem como às interações e articulações profissionais para o cuidado, o que implica no bom relacionamento interpessoal, comunicação efetiva entre os envolvidos e a elaboração e coordenação de um efetivo plano assistencial (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al., 2003). Desse modo, compreende-se a continuidade como um conceito que envolve as duas perspectivas, tanto do usuário (receptor), quanto do profissional (provedor do cuidado) (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; FREEMAN et al., 2007).

Percebe-se que por ser um aspecto do cuidado vivido amplamente nos contextos dos atendimentos à saúde, seu conceito difere dependendo do nível de atenção em que é discutido (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

Na APS pode-se dizer que a continuidade se refere à uma relação de cuidado contínuo, e, envolve fortemente as questões de vínculo e confiança entre usuário e profissional (TARRANT, et al., 2010). Este tipo de continuidade, dita interpessoal, favorece o cuidado que considera as preferências do usuário, de modo que a “doença” seja gerenciada no contexto de vida desse indivíduo; e tem a preocupação com a “pessoa inteira”. Deve ser considerada um valor central das ações dos profissionais de saúde, uma vez que é um importante mecanismo de gerenciamento da saúde para além da existência de um problema (ADAM, 2007; HETLEVIK; GJESDAL, 2012).

No contexto da atenção hospitalar, esse tipo de continuidade toma um lugar subsidiário e dá espaço aos conceitos que envolvem o grau de consistência e coordenação, entre as diferentes especialidades e categorias profissionais; porém,

sua qualidade está diretamente relacionada à capacidade de comunicação com APS (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

Nesse sentido, ela diz respeito a um serviço contínuo (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006), o qual se entende ser a medida em que os cuidados são recebidos como parte de uma sucessão coordenada e ininterrupta de eventos compatíveis com as necessidades de assistência em saúde (SHORTELL, 1976).

De um modo geral, a CC continua referindo-se à satisfação dos usuários tanto com os aspectos interpessoais, quanto com os de coordenação desse cuidado entre os profissionais e os serviços (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006). Desse modo, entende-se que essas duas abordagens da continuidade devem co-existir para alcançar o ideal da integralidade, uma vez que tanto os resultados quanto o processo são importantes à CC (HEATON; CORDE; PARKER, 2012).

O conceito de continuidade vem sofrendo alterações ao longo do tempo. Na tentativa de unir e consolidar as diferentes perspectivas da continuidade, alguns autores propõem seu desenvolvimento como modelos multidimensionais (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; UIJEN et al., 2012; BACHRACH, 1981; HENNEN, 1975; FREEMAN et al., 2003).

Contudo, estes ainda pareciam convergir e se sobreporem, desse modo, Haggerty e Freeman (2003), propuseram a condensação dos termos descritos anteriormente na literatura em três propostas: Continuidade Relacional, Continuidade de Gestão e Continuidade Informacional (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; UIJEN et al., 2012).

A continuidade relacional é entendida como uma relação terapêutica contínua entre profissional e usuário, ela fornece a conexão tanto dos cuidados passados com o atual, e, também faz um link com os cuidados futuros. Essa dimensão reconhece a importância do conhecimento do usuário como pessoa, e, permite estabelecer uma relação de confiança, compreensão mútua e conhecimento acumulado sobre o usuário, o que favorece a sequência do cuidado (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade de gestão refere-se à entrega de um serviço contínuo, que ocorre pela integração, coordenação, partilha de informações e comunicação adequada entre os diferentes profissionais e serviços (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; TANDJUNG; ROSEMANN; BADERTSCHER, 2011). Ela é identificada como o aspecto da continuidade que garante que os cuidados recebidos

por diferentes profissionais sejam conectados de forma coerente. Este tipo de continuidade é geralmente focado em um plano de gestão para um problema de saúde específico (HAGGERTY et al., 2003).

E, a continuidade informacional possibilita o conhecimento de eventos e circunstâncias prévias do usuário, sejam elas a respeito de condutas, recomendações, situações da vida diária, resultados laboratoriais ou até mesmo de um cuidado informal (HAGGERTY et al., 2003).

Essas dimensões não devem ser vistas como formas únicas de dar seguimento ao cuidado, mas sim, são complementares umas às outras. Em suma, no contexto do sistema de saúde, a CC deve envolver três ideias centrais: 1) ter um provedor de cuidados em cada serviço de saúde que conhece e acompanha o usuário; 2) cooperação entre os prestadores de cuidados em um mesmo serviço ou entre serviços para garantir que o cuidado seja conectado; e 3) comunicação efetiva entre os provedores acerca das informações relevantes sobre o usuário (UIJEN et al., 2012). Isso significa dizer que, a operacionalização da CC implica na organização do cuidado em um complexo sistema de serviços e profissionais integrados, ou seja, envolve o conceito de redes de atenção à saúde.

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS À CONTINUIDADE DO CUIDADO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), correspondem às medidas governamentais que buscam superar as (dis) funcionalidades do sistema que impedem que a integralidade da atenção seja alcançada em níveis institucionais. Elas correspondem a um conjunto de serviços, com funções e perfis distintos, que devem se organizar e se articular com o objetivo comum de atender às necessidades de saúde de uma população de forma contínua em todas as configurações do sistema de saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL 2014).

Os primeiros registros sobre RAS surgiram no Reino Unido, na década de 1920, com o relatório de Dawson; que tinha por objetivo buscar maneiras de organizar e prover acesso à saúde da população de uma dada região (DAWSON, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Este relatório foi resultante de um grande debate sobre as mudanças no sistema de proteção social deste país após a I Guerra Mundial (BRASIL, 2012b).

Tal relatório teve por finalidade principal propor a articulação entre ações preventivas e curativas, priorizando atendimento integral à saúde, e para tal sugere que os serviços sejam formados densamente por atendimento domiciliar com apoio da atenção primária; e estes por sua vez alicerçados na atenção secundária (DAWSON, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Segundo os autores, os serviços de APS, considerados a porta de entrada ao sistema de saúde, deveriam estar localizados em vilas, composto por médicos generalistas que podiam relacionar-se com especialistas e consultores. Os serviços de atendimento secundário, localizados em regiões maiores, com diferentes recursos tecnológicos deveriam articular-se com os centros de APS; e para os casos de difícil resolução em ambas as estratégias, estes deveriam ser encaminhados a um hospital de referência (DAWSON, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Quanto ao desenvolvimento do processo de trabalho das equipes envolvidas, Dawson defendia o trabalho de forma integral preconizando o acompanhamento da população adscrita pela equipe de saúde. Desse modo, eles poderiam acompanhar o processo de tratamento desde o início, conhecendo as condutas adotadas e avaliando as necessidades de atendimento dos usuários depois de sua alta hospitalar. Também ao ser referenciado para centros de maior densidade tecnológica, deveria haver um registro de informações para que a próxima equipe pudesse consultar a história clínica do usuário, ou seja, um sistema de comunicação completo e recíproco entre as equipes dos diferentes locais de atenção. Com isso, a organização do sistema de saúde em redes, foi a maneira encontrada para garantir acesso com equidade a toda a população (DAWSON, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; BRASIL, 2012b).

O relatório de Dawson é considerado atemporal, uma vez que suas propostas ainda estão em discussão nos dias atuais e são a base da organização em diferentes sistemas de saúde no mundo. A integração dos serviços, propostas em tal documento, seguem uma ordem de integração tanto vertical quanto horizontal. Também de acordo com este relatório, não existe um grau de importância hierárquico entre as distintas configurações da rede de saúde; a diferença está única e exclusivamente nas variações de densidades tecnológicas presentes em cada nível para atender as necessidades apresentadas (DAWSON, 1964; KUSCHNIR, CHORNY, 2010; MENDES, 2011).

No cenário brasileiro, as discussões acerca do atendimento em redes surgiram em meados dos anos 1990, diante da necessidade cada vez maior de oferecer à população serviços de saúde integrados, almejando alcançar a integralidade da atenção. Estas começaram a se concretizar com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2000 e, principalmente, com o Pacto pela Saúde em 2006 em sintonia com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2001; BRASIL 2006; BRASIL 2010a).

Todavia, apenas em dezembro de 2010, com a publicação da Portaria n. 4.279, é que foram estabelecidas as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, com o objetivo estratégico de superar a fragmentação da atenção, da gestão e alcançar o ideal da integralidade (BRASIL, 2001; BRASIL 2006; BRASIL 2010a).

A necessidade de instituir redes de atenção também é resultante das transformações dos perfis epidemiológicos e demográficos que se caracterizam pela tripla carga de doenças, exigindo adequações do sistema de saúde para dar respostas efetivas à população (BRASIL, 2012^a; 2017). Nessa conjuntura, as RAS demonstram ser uma “possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira” (BRASIL, 2012a, p. 7).

As RAS no Brasil seguem as propostas do relatório de Dawson, e têm por objetivos formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; estabelecer a APS como o centro de comunicação, ou seja, ser responsável pela coordenação do cuidado; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos, ofertar atenção contínua e integral por meio do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2012a).

Desse modo, entende-se que as RAS são uma proposta político-governamental de operacionalizar a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da rede. Para tanto, devem estabelecer um adequado fluxo de comunicação e articulação. Todavia, estudos brasileiros demonstram que, apesar deste ser um dos principais objetivos das redes, constituem-se igualmente em seu nó crítico (MAXIMIANO et al., 2017; CHAVES et al., 2016).

Percebe-se, de acordo com a literatura, que a principal dificuldade de operacionalização da continuidade da assistência pelas RAS, envolve as situações de transição do cuidado. Nesse trabalho, a transição do cuidado é compreendida, conforme já descrito anteriormente, como situações em que o usuário necessita transitar pela rede de cuidados. Ela pode ocorrer em distintos cenários, ou seja, tanto entre os diferentes locais de atenção da rede como dentro de um mesmo estabelecimento ou unidade de saúde (COLEMAN et al., 2007; BURKE et al., 2013; RNAO, 2014; FLINT 2015).

As transições que ocorrem entre serviços representam as mais problemáticas e com maiores chances de fragmentações no cuidado (MOREIRA, 2010; ACOSTA, 2012; ALMEIDA et al., 2010; MACHADO; COLOMÉ, BECK, 2011; SILVA; RAMOS, 2011; SCHOEN et al., 2011). Vale esclarecer que, no contexto das redes existem mecanismos regulatórios que visam promover transições qualificadas, ou seja, sem interrupções no cuidado. Estes mecanismos são conhecidos como os instrumentos de referência e contrarreferência; sendo que os primeiros visam operacionalizar a continuidade do cuidado durante a transição, no sentido atenção primária-especializada/hospitalar, e o segundo no caminho contrário. Contudo, esses instrumentos demonstram-se incapazes de promover boas transições, porque restringem-se aos formulários que enviam minimamente informações da história clínica atual. E, os de contra fluxo são praticamente inexistentes (BIXBY, 2009; KERGOAT, 2010; PSAILA, 2014; DONALD, 2015; SERRA; RODRIGUES, 2010; COSTA et al., 2013; LIMA et al., 2013; FREITAS; MOREIRA, BRITO, 2014; COSTA et al., 2014).

De acordo com Dias (2012), é incorreto dizer que os instrumentos de referência e contrarreferência operacionalizam as transições do cuidado entre os pontos de atenção, pois estes são ferramentas administrativo-gerenciais que apenas organizam os fluxos dos usuários na rede, ao passo que as transições abarcam um conceito mais abrangente que inclui, para além do envio de formulários de encaminhamentos, um conjunto de ações e interações que envolvem a tríade usuário-família-profissionais.

Este conjunto de ações que visam assegurar a coordenação e continuidade do cuidado, devem ser baseadas em um plano abrangente de cuidados e na disponibilidade de profissionais de saúde bem treinados que conhecem as informações e preferências dos usuários. Além disso, esses cuidados de transição

devem incluir arranjos logísticos, educação do usuário e família, e, coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição (COLEMAN; BOULT, 2003; BURKE, 2013; CHHABRA et al., 2012; SCOTT, 2010). Aspectos estes que não são contemplados nos instrumentos institucionais de referência e contrarreferência.

Nesse sentido, Coleman e Bould (2003) estabeleceram cinco proposições que podem auxiliar os profissionais que promovem a transição e assegurar a continuidade do cuidado; algumas destas também foram relatadas em outros estudos. São elas: (1) os profissionais de saúde devem preparar os usuários e seus familiares cuidadores para receberem os cuidados nos próximos cenários de saúde e envolvê-los nas decisões acerca do plano de cuidados de transição; (2) a comunicação entre os profissionais é primordial, a fim de garantir a alta qualidade nos cuidados durante a transição (YIU et al., 2011; LAMANTIA et al., 2010); (3) políticas sobre os cuidados de transição devem ser desenvolvidas a fim de alcançar resultados positivos (AUBIN et al., 2012); (4) a educação sobre os cuidados de transição precisa ser disseminada entre todos os profissionais que trabalham com a transferência dos usuários em diferentes cenários (YOUNG et al., 2010); e (5) a realização de pesquisas precisa ser incentivada para melhorar o processo dos cuidados de transição (COLEMANN; BOULT, 2003).

Diante do exposto, percebem-se preocupações acerca das formas de alcançar e operacionalizar a continuidade do cuidado. Corrobora-se que esta só é possível por meio de uma rede de cuidados em que a integração e articulação entre os serviços seja eficiente e para esta finalidade os cuidados transicionais com vistas à continuidade se mostram uma importante estratégia (BAILLIE et al., 2014; COLEMAN; BOULT, 2003; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha deste referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) para compreender o cuidado na perspectiva da continuidade, justifica-se por acreditar que esta, apesar de ser uma prática fragmentada ao que concerne o contexto da rede de atenção a saúde; é possível de ser visualizada nas relações e interações intraequipes clínicas e entre estas e os usuários/família. Isso quando há motivações internas que determinam as ações nesse sentido, não dá continuidade em si, como ela deve ser, mas na preocupação e desejo de ser resolutivo no cuidado em saúde.

Ao se refletir a respeito dessa premissa e relacionando-a com as perspectivas do Interacionismo Simbólico, em um olhar para dentro de mim mesma, observei que sempre em minha vida tomei decisões sustentadas em convicções internas, e a partir do estudo deste referencial descobri e entendi que essas foram edificadas por meio das interações com as várias pessoas e contextos com os quais tive a oportunidade de conviver.

Dessa forma, o ponto de encontro deste referencial com esta pesquisa está em acreditar que a continuidade do cuidado é construída, na prática, por diferentes profissionais, que agem de acordo com o significado que esta ação tem para eles. Este significado é mantido ou alterado por meio de um contínuo processo interativo entre estes profissionais, entre eles e os usuários/famílias e por meio da auto interação. Assim, entende-se as ações de continuidade do cuidado como um produto social do processo interativo. Para melhor compreensão desta máxima, será necessário discorrer nos subcapítulos seguintes sobre as definições, raízes históricas e características fundamentais do IS.

4.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

IS é uma das muitas teorias em Ciências Sociais, esta em particular influenciou muitas disciplinas, especialmente a Microsociologia e a Psicologia Social (AKSAN et al, 2009). Este termo tem sido utilizado como um rótulo para uma abordagem relativamente distinta ao estudo da ação humana em grupo (BLUMER, 1969).

É amplamente entendido como uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as pessoas com

os quais interagem, e, como este processo orienta o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Os fatos são baseados e dirigidos por símbolos, e o mundo simbólico só se constrói por meio dessa interação (AKSAN et al., 2009).

Esta teoria possibilita a compreensão do que é o ser humano e porque ele age. É uma perspectiva única e muito probabilística em suas predições. Isso significa que não se identifica, normalmente, uma única causa ao entender a ação humana, ao invés disso, o estudo foca na história da ação, nas inúmeras decisões e escolhas que as pessoas fazem quando agem de uma maneira ou de outra. A interação é sempre importante, é ela que conduz o indivíduo a um caminho ou a outro (CHARON, 2010).

De acordo com o IS, os seres humanos vivem em um mundo de significados. O mundo objetivo não tem realidade para eles, apenas objetos subjetivamente definidos é que têm significado. Os significados não são entidades que são derramadas sobre os indivíduos e aprendidos condicionalmente. Eles podem ser alterados por meio da criatividade das pessoas, e elas podem influenciar os muitos significados que formam sua sociedade. A sociedade humana, portanto, é um produto social (HERMAN; REYNOLDS, 1994).

Para os interacionistas, o ser humano é sempre ativo em seu ambiente. Eles o caracterizam como um ser dinâmico, que define situações imediatas de acordo com as perspectivas que são desenvolvidas e alteradas durante o curso de uma interação social (SANTOS; DIONÍZIO, 2010; CHARON, 2010; HERMAN; REYNOLDS, 1994; BLUMER, 1969). O que os indivíduos veem será interpretado a partir desta perspectiva.

Uma perspectiva pode ser considerada como um ponto de vista. Ela é um ângulo na realidade, um local onde o indivíduo está, é como ele olha seu contexto para tentar entender a realidade. Um ângulo é sempre o limite do que o indivíduo vê, desse modo outros ângulos não podem ser considerados ao mesmo tempo. Considerando isso como verdade, torna-se impossível aceitar a possibilidade de um indivíduo visualizar todos os aspectos de qualquer situação simultaneamente (CHARON, 2010).

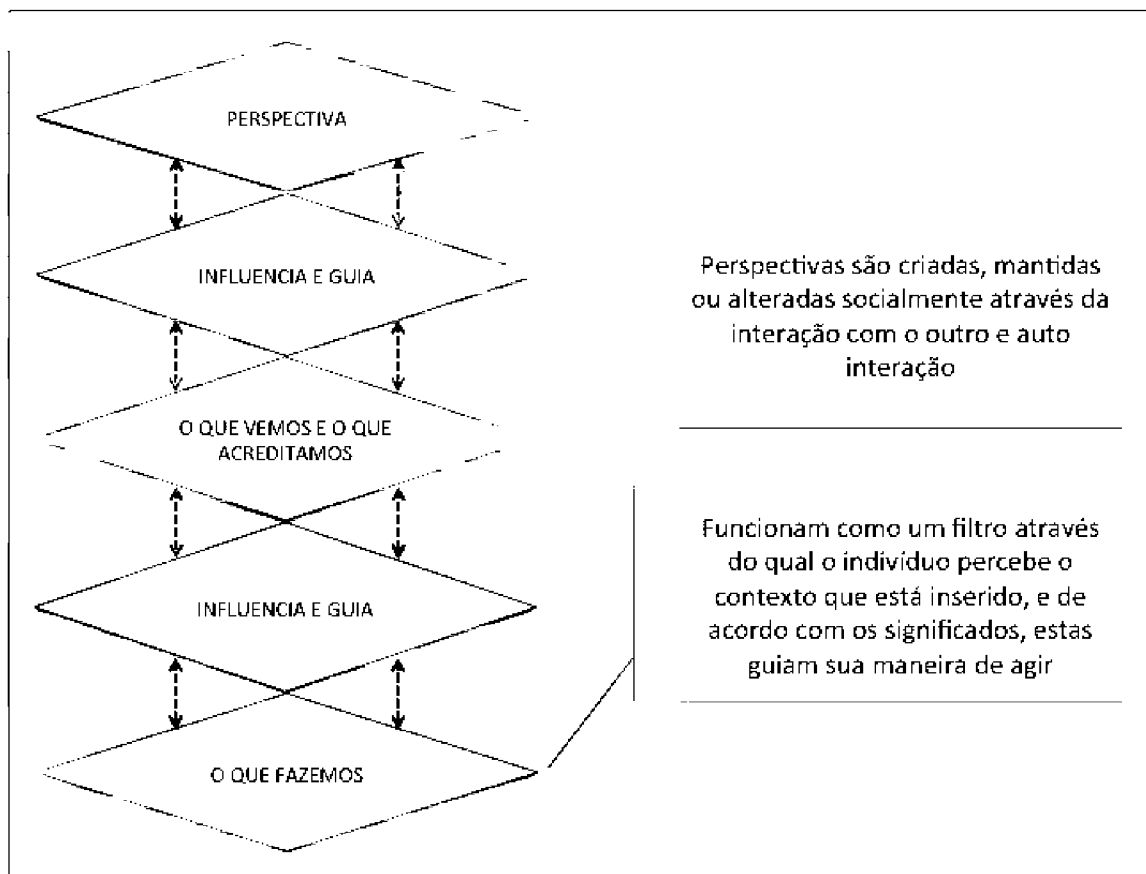
Perspectivas sensibilizam os indivíduos a observar partes de uma realidade, dessensibilizam para outras partes e os guiam para dar sentido a esta realidade

para a qual são sensibilizados. Atua como um filtro por meio do qual tudo ao redor é percebido e interpretado (CHARON, 2010).

É incorreto confundir uma perspectiva com uma opinião. No entanto, é correto dizer que elas podem ser situacionais, em alguns casos isso pode parecer desonesto. Porém, o que de fato acontece, é que a pessoa vê o contexto a partir de uma perspectiva diferente de acordo com a nova situação, e isso não está errado (CHARON, 2010).

Assim como defende o IS, as perspectivas são criadas socialmente, elas mudam de acordo com os grupos e/ou papéis. Desse modo, entende-se que o processo de interação com o outro possibilita ao indivíduo adquirir novas perspectivas, e estas guiam o seu modo de agir (FIGURA 1) (CHARON, 2010; BLUMER, 1969).

FIGURA 1- COMPREENSÃO DA INFLUÊNCIA DAS PERSPECTIVAS NAS AÇÕES HUMANAS



Fonte: A autora (2017).

Desse modo, o IS é considerado uma das abordagens teóricas mais apropriadas para analisar os processos de socialização e ressocialização, bem como, para a compreensão das mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

4.1.1 Raízes teóricas do interacionismo simbólico

O IS surge a partir da concepção de um grupo de teóricos de várias áreas com orientação política reformista. Estes procuravam tornar a Sociologia uma ciência empírica. O movimento recebeu influências do evolucionismo, idealismo alemão, moralismo escocês, psicologia funcional, além de obras como a de Hegel, Adam Smith, Thomas Reid, Diderot, Rousseau, Dilthey, Weber e Darwin. No entanto, ressalta-se como maior contribuição o pragmatismo, com nomes tais como: Charles Sander Peirce, William James e John Dewey (HERMAN; REYNOLDS, 1994; JOAS, 1999; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; SANTOS; DIONÍZIO, 2010).

Peirce, foi considerado o principal precursor da filosofia pragmática, porém, foram os trabalhos de James e Dewey que estabeleceram essa corrente como uma teoria (HERMAN; REYNOLDS, 1994; JOAS, 1999; SANTOS; DIONÍZIO, 2010). Ainda que muitos trabalhos considerem estes filósofos como interacionistas, Herman e Reynolds (1994) ressaltam que estes não o são. Porém, suas discussões pragmáticas e da psicologia funcional apresentaram ideias que influenciaram diretamente o IS.

A Universidade de Chicago, no século XX, foi considerada o berço do pensamento interacionista e do surgimento de pesquisadores que forneceram importantes subsídios para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa, principalmente, as de natureza social (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CARVALHO, 2011; SNOW, 2001, SANTOS; DIONÍZIO, 2010; CHARON, 2010; BLUMER, 1969; AUGUSTE; BRIGGS; VREELAND, 2014).

Nesse contexto, destaca-se como nomes interacionistas com cooperações diretas ao movimento: Charles Horton Cooley, William. I. Thomas, Robert E. Park, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield, Louis Wirth, George Herbert Mead (BLUMER, 1969), Georg Simmel, Erving Goffman, Herbert Blumer, Manford Kuhn e Harold Garfinkel (HERMAN; REYNOLDS, 1994, CARVALHO;

BORGES; RÊGO, 2010; CARVALHO, 2010; SNOW, 2001; AKSAN et al., 2009; AUGUSTE; BRIGGS; VREELAND, 2014).

Há de se respeitar profundamente a colaboração de cada um dos autores acima citados, no entanto, as contribuições de maior relevância a este referencial são, primeiramente, de Mead, considerado o precursor do IS (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CARVALHO, 2011; SNOW, 2001; SANTOS; DIONÍZIO, 2010; CHARON, 2010; BLUMER, 1969; AUGUSTE; BRIGGS; VREELAND, 2014; JOAS, 1999; HERMAN; REYNOLDS, 1994), e na sequência Blumer, Kuhn, Goffman e Garfinkel (HERMAN; REYNOLDS, 1994).

Segundo Herman e Reynolds (1994) estes últimos são considerados símbolos das variedades teóricas e ideológicas mais importantes ao interacionismo. São representantes, respectivamente: da Escola de Chicago, Escola Iowa, Abordagem Dramatúrgica e Etnometodologia (SANTOS; DIONÍZIO, 2010; AUGUSTE; BRIGGS; VREELAND, 2014).

Devido a complexidade de suas raízes teóricas, neste trabalho serão abordadas apenas as contribuições com influências diretas ao IS, debruçando-se sob os autores George H. Mead e Hebert Blumer, uma vez que são estes os filósofos de escolha para condução desta pesquisa.

Mead considerado um pragmático, psicólogo social e behaviorista foi professor de Filosofia na Universidade de Chicago. Seus escritos foram postumamente catalogados e agrupados em quatro livros, sendo sua principal obra um conjunto de lições filosóficas intitulado "*Mind, Self and Society from de Standpoint of a Social Behaviorist (1934)*", considerada a bíblia do IS (CHARON, 2010). Seu discípulo Blumer, considerado o mais importante intérprete das proposições de Mead, foi responsável por reunir os escritos e pensamentos de seu mestre (AKSAN et al., 2009; CHARON, 2010; CARVALHO, 2011; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Para melhor compreensão da perspectiva interacionista, faz-se necessário uma breve análise das principais influências que Mead recebeu: a filosofia do pragmatismo, os trabalhos de Charles Darwin e o Behaviorismo. Esta análise pode ser visualizada no QUADRO 1 (CHARON, 2010).

QUADRO 1 - INFLUÊNCIAS DO PRAGMATISMO, DARWINISMO E BEHAVIORISMO NO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

MEAD E O PRAGMATISMO	MEAD E CHARLES DARWIN	MEAD E O BEHAVIORISMO
<p>O pragmatismo é muito importante para o interacionismo simbólico, principalmente, na sua abordagem à forma como os seres humanos se relacionam com o seu ambiente. Eles acreditam que os seres humanos não respondem simplesmente ao ambiente; mas o interpretam. Para os pragmáticos, os indivíduos acreditam em algo de acordo com a sua utilidade nas situações que eles encontram; o conhecimento é aceito e/ou lembrado porque é útil. Os objetos são definidos no ambiente de acordo com a sua utilização para as pessoas. Pragmáticos são seletivos no que percebem de cada situação. Os seres humanos devem ser entendidos, principalmente, pelo que eles fazem em suas situações.</p>	<p>O trabalho de Darwin ajudou a revolucionar o estudo da vida por meio de sua contribuição para a teoria da evolução. Ele era respeitado por Mead e influenciou a direção do IS no estudo do ser humano. As influências de Darwin são no sentido de colaborar com o entendimento da singularidade humana em termos naturalistas e reconhecer que os seres humanos devem ser compreendidos dinamicamente – que a sociedade e o indivíduo estão em constante mudança. Mead foi mais longe do que Darwin em compreender os seres humanos, ele enfatizou a capacidade dos indivíduos serem ativos na natureza, bem como participantes ativos na sua própria evolução.</p>	<p>Mead era um behaviorista, como um pragmático, ele concordou que os seres humanos devem ser entendidos em termos do que eles fazem em vez de quem eles são. Ele era um behaviorista por acreditar que a compreensão do ser humano tem seu foco no comportamento deste. No entanto, rompeu com outros behavioristas por não reconhecer a importância da singularidade humana. O behaviorista argumenta que a melhor maneira de entender todos os animais, incluindo seres humanos, é observando cuidadosamente seu comportamento. Conceitos como personalidade, atitudes, e a sociedade tem pouco lugar no behaviorismo. Para Mead, o comportamento não é simplesmente físico, ele inclui ações que não são observadas diretamente, são ações que ocorrem dentro do indivíduo, ação que se poderia chamar de pensamento ou ação da mente.</p>

Fonte: A autora (2017).

Mead chamou a si mesmo de “behaviorista social”, referindo-se à descrição do comportamento humano como um ato social, tanto como comportamento externamente observável, quanto atividade encoberta pelo ato em si. Ele defende que para se compreender a ação humana, deve se considerar esta ação como algo que envolve a compreensão, definição, interpretação e significado (CHARON, 2010; CARVALHO; BORGES; RÉGO, 2010; HERMAN; REYNOLDS, 1994).

Outros autores condenam a autoafirmação de Mead como behaviorista social, referindo-se ao filósofo como um pragmático e não positivista (CARVALHO; BORGES; RÉGO, 2010). Pragmatismo, Darwinismo e Behaviorismo, cada um tem um lugar na obra de Mead. Eles são suas raízes para o desenvolvimento de uma perspectiva única, que respeita o ser humano como um ser ativo e criativo, pensante e auto-direcionado (CHARON, 2010).

À Mead é creditada a descrição da ação social como um produto da interação interpessoal e autorreflexão. De acordo com ele, estas relacionam-se de tal forma que o ato de um indivíduo gera um estímulo no outro, que reage e se adapta. As reações e adaptações do segundo indivíduo, por sua vez, convergem-se em estímulos mutuamente no primeiro indivíduo, fazendo com que este se modifique e inicie um ato distinto (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Pondera-se que na teoria de Mead, o entendimento da ação humana, se explica, respectivamente, pelo desenvolvimento da sociedade, self e mente (HERMAN; REYNOLDS, 1994), uma vez que a consciência humana se constrói por meio das interações sociais e auto interação.

Embora Mead seja considerado o “pai” do IS, o termo em si foi cunhado por Blumer em 1937. Blumer, como aluno de Mead, tornou-se seu porta-voz. No entanto, apesar de muitos considerem este filósofo um interprete de Mead, parece que depois de sua morte em 1987, Blumer foi redefinido como um pensador original (HERMAN; REYNOLDS, 1994).

Dessarte, o IS pode ser dividido cronologicamente em duas fases, como propõe Kuhn. Estas designam-se como fase da tradição oral e fase de idade da indagação. A primeira representa o período inicial ao qual foram elaborados os fundamentos primários do IS. Esta fase, também chamada de período Meadiano, recebe este nome por causa das ideias interacionistas serem difundidas por meio da transmissão oral, especialmente, nas aulas de Mead (HERMAN; REYNOLDS, 1994; SOUZA, 2007).

A fase de idade da indagação representa o período pós-publicação de *Mind, Self and Society*. Durante esta fase é que se desenvolvem as duas mais conhecidas escolas do IS, Chicago e Iowa. Blumer liderou a primeira e a Kuhn segunda. Embora estas escolas sigam caminhos divergentes, principalmente, relacionados às questões metodológicas, ambas compartilham as concepções de Mead, e defendem que o importante à conduta é o significado (HERMAN; REYNOLDS, 1994; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; SOUZA, 2007),

Blumer, considerado consolidador do IS, estabeleceu os pressupostos desta abordagem por meio de suas publicações. Sua obra mais importante intitula-se *Symbolic Interactionism: Perspective and Method* (1969), por meio de seus escritos ele sistematizou as ideias de Mead e criou uma abordagem teórica-metodológica ao IS (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010), a qual defende, que, para compreender o

mundo é necessário analisá-lo em termos das ações e interações de seus participantes (BLUMER, 1969, p. 16).

Também em sua obra, sustentado pelos preceitos teóricos de Mead, Blumer reforçou a afirmação de que; “o significado é um produto social, uma criação que emana das atividades dos indivíduos à medida que estes interagem” (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, p. 153).

Com relação às concepções de Blumer, há aqueles que as julgam equivocadas e fragmentadas; tal fato justifica-se pela ausência de publicações próprias de Mead. No entanto, há os que defendem argumentando que Blumer tenta ser fiel ao pensamento Meadiano, sobretudo, em relação à natureza da interação simbólica, da sociedade e vida grupal, dos objetos, da ação humana e ação conjunta. Blumer também rebate as críticas em publicações em que afirma ser designado por seu próprio mestre para substituí-lo (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

De uma maneira geral, as críticas sobre o paradigma interacionista em si referem-se ao fato deste não apresentar um retrato da sociedade ou teoria. É considerado uma ideia americana que enfatiza a liberdade do papel individual e limita o da sociedade. Salieta-se que o referencial não leva em consideração as emoções humanas, sugerindo que a interação não seja totalmente simbólica psicológica. Além de interessar-se pela estrutura social de forma limitada, o que sugere que a interação não seja totalmente simbólica sociológica (AKSAN et al, 2009).

Outas críticas referem-se ao fato de a teoria considerar que os significados emergem por si só durante a interação sob uma determinada condição; não considerando o contexto social básico em que a interação é posicionada, dessa forma não esclarece as fontes do significado. Mais além, o IS não percebe qualquer realidade social, além daquela criada pelos seres humanos em suas interações e por esta razão explica a sociedade em um nível mais generalizado (CARTER, 2015).

4.1.2 Interacionismo Simbólico: Características Fundamentais

Como já discutido anteriormente, esta abordagem teórica entende a ação humana como uma resposta aos estímulos do ambiente, porém, não meramente uma resposta sem reflexão, ao contrário disso, o indivíduo observa as coisas à sua

volta atribuindo significados às ações dos outros para delinear sua conduta à luz dessa interpretação (BLUMER, 1969).

De um modo geral, a compreensão da perspectiva do IS gira em torno de cinco ideias centrais (CHARON, 2010; CARVALHO, 2011; STRYKER; VRYAN; 2006).

1. A interação social é central. O ser humano deve ser entendido como uma pessoa social, que ao interagir constrói a sociedade em que faz parte, ou seja, os indivíduos são criados a partir da interação igualmente como a sociedade o é;
2. O ser humano deve ser entendido como um ser pensante. A ação humana não é resultado apenas da interação com outros indivíduos, mas também resulta da interação individual, dentro da própria pessoa. O pensamento pode ser utilizado antecipadamente à ação como o modo de planejar e resolver os problemas, a escolha durante a ação é uma característica predominantemente social;
3. O ser humano define o ambiente em que atua. O ambiente existe, mas é nossa definição sobre ele que é importante. Estas definições não ocorrem ao acaso, são resultados de constantes interações sociais e individuais. O ambiente com o qual o indivíduo age e interage é simbólico. Os símbolos são produzidos em interação e podem ser ou não alterados no curso da interação;
4. A causa da ação humana é resultado do que está ocorrendo na situação atual. Pois se desenrola na presente interação social, no presente pensamento e presente definição. O passado influencia as ações, principalmente, porque pensamos sobre ele e aplicamos para definir a situação atual;
5. O ser humano é descrito como ativo em relação ao seu ambiente. Palavras como condicionado, passivo, controlado, não são usadas para descrever o ser humano em interacionismo simbólico.

Para Blumer, o IS se fundamenta em três premissas (BLUMER, 1969; AKSAN et al., 2009; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CHARON, 2010; CARVALHO, 2011):

A primeira premissa é que o ser humano orienta suas ações em direção às “coisas”, em razão do que estas representam para ele, ou seja, em função de seus significados;

A segunda premissa é que o significado de tais coisas é consequência, ou surge, da interação social que cada qual mantém com seu próximo;

E, a terceira premissa propõe que os significados são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com o que encontra em seu caminho.

Para apreender as ideias centrais e premissas do IS, será necessário discorrer acerca dos termos fundamentais deste referencial. Tais termos referem-se à: Coisas, Símbolos, Linguagem, Significados, Self, Mente, Colocar-se no Lugar do Outro, Interação Social e Sociedade, a seguir discute-se cada um deles elucidando, dessa maneira, a interpretação de toda a discussão apresentada.

“**Coisas**” são objetos sociais intrinsecamente relacionadas aos significados que adquirem para os indivíduos (CHARON, 2010; SOUTO, 2010). Segundo Blumer (1969) incluem tudo o que o ser humano pode notar em seu mundo. Podem ser objetos físicos; outros seres humanos; instituições; ideias guias; atividades dos outros, como os seus comandos ou pedidos e situações que o indivíduo encontra em sua vida diária.

Na perspectiva interacionista os objetos sociais são infinitamente construídos e reconstruídos pelos indivíduos que interagem; dessa forma o significado dos objetos origina-se a partir do sentido que atribuímos durante o curso de nossas interações (LOPES; JORGE, 2005; CHARON, 2010).

Símbolo é considerado o conceito central do IS, sem ele a interação social torna-se impraticável (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). Um símbolo é qualquer objeto social utilizado para representar alguma coisa, pode ser tanto um objeto físico, quanto uma ação humana ou palavras, mas ele só pode ser considerado simbólico ou significante, quando há uma representação ou intencionalidade; ou seja, quando um gesto que contém uma ideia por trás de si provocar essa mesma ideia no outro, fazendo com que este segundo indivíduo se identifique com ele (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; BLUMER, 1969; CHARON, 2010; CARVALHO, BORGES; RÊGO, 2010; LOPES; JORGE, 2005).

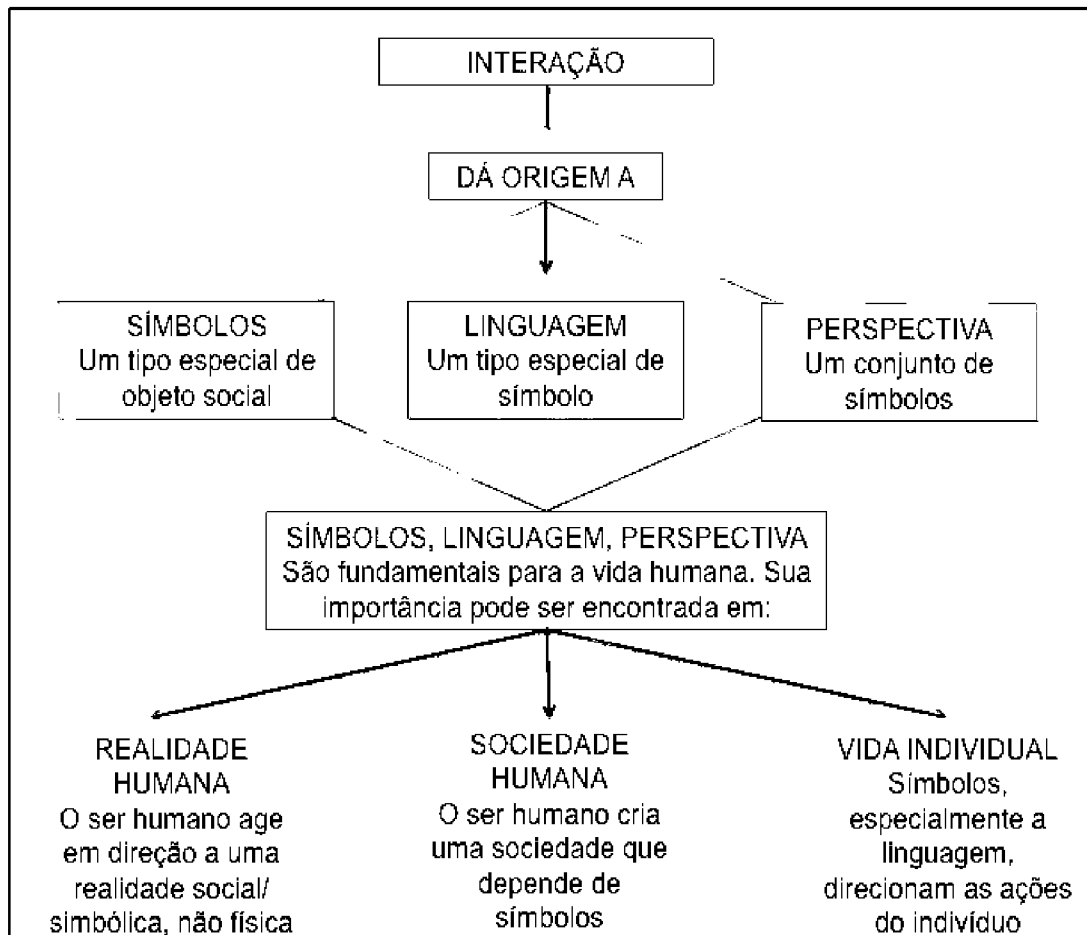
A importância do símbolo para o indivíduo pode ser resumida em uma ideia central: o ser humano, por causa do símbolo, não responde passivamente a uma

realidade que se impõe, mas cria e recria de forma ativa o mundo em que vive. Nomear, lembrar, classificar, perceber, pensar, deliberar, resolver um problema, transcender o tempo e espaço, transcender-se a si próprio, criar abstrações, criar novas ideias, direcionar-se a si mesmo; tudo é possível por meio dos símbolos. Símbolos tornam possível a realidade humana, eles é que criam a sociedade e são fundamentais para a compreensão do que é o ser humano (FIGURA 2) (CHARON, 2010).

Do conjunto simbólico, as palavras são os mais importantes, pois elas é que tornam possível o pensamento humano. Embora outros animais se comuniquem, eles não parecem utilizar os símbolos e toda sua abordagem em seu ambiente, diferentemente do que fazem os seres humanos (CHARON, 2010). Ligado a este fato está a **linguagem**, considerada a chave e a base simbólica do ser humano. Por meio dela o ser humano se integra à sociedade de forma interativa. Dessa forma, cria-se uma interdependência entre homem e sociedade, pois ambos se interferem mutuamente (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A linguagem fornece meios para debater o significado. Os seres humanos dão sentido aos símbolos e expressam as coisas por meio da linguagem, conseqüentemente, pode-se entender que os símbolos formam a base da comunicação. Eles é que diferenciam as relações sociais dos seres humanos a partir do nível de comunicação estabelecida (AKSAN et al, 2009).

FIGURA 2 - INFLUÊNCIA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO NA REALIDADE SOCIAL DE UM INDIVÍDUO/COMUNIDADE



FONTE: adaptado de CHARON (2010).

O **significado** é uma condição que surge como um resultado da interação entre as pessoas e não uma característica intrínseca do objeto. Consequentemente, o significado é responsável por produzir os fatos do mundo sensorial, que por sua vez estão relacionados com a forma como as pessoas os produzem. Dessa forma, um fato consiste na interpretação de diversas definições (AKSAN et al, 2009). Para os interacionistas, o significado é o ponto chave para a compreensão do comportamento humano, interações e processo social (CARVALHO; BORGES, RÊGO, 2010).

De acordo com Blumer, tanto os significados, como a linguagem e o pensamento, são indispensáveis a esta compreensão (AKSAN et al, 2009). É por meio do pensamento que se muda a interpretação dos indivíduos em relação aos símbolos; os processos mentais têm relação direta com o significado das coisas (AKSAN et al, 2009; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Para Mead o ser humano é um ator que difere radicalmente da concepção do homem que domina a ciência psicológica e social atual. Ele via o indivíduo como um organismo tendo um Self. A posse de um Self converte o ser humano em um tipo especial de ator, transforma sua relação com o mundo, e dá a sua ação, um carácter único (BLUMER, 1969). Ao afirmar que o ser humano tem um Self, Mead diz que o indivíduo é um objeto de sua própria ação. Ele pode perceber-se, ter concepções de si mesmo, comunicar-se consigo mesmo, e agir em relação a si mesmo (BLUMER, 1969; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; CHARON, 2010).

O **Self** permite ao indivíduo um processo de auto-interação, torna possível realizar indicações para si mesmo e atender a essas indicações de forma cíclica e contínua. De um modo geral, o Self fornece ao ser humano um mecanismo de auto-interação com o qual enfrenta o mundo; um mecanismo que é usado na formação e orientação de sua conduta (BLUMER, 1969). Envolve também a interação social com os outros, e depende, em grande parte, da definição dos atos de outros em relação a si mesmo (CHARON, 2010).

Self representa a motivação interna para a ação, e assim como todos os outros objetos, ele é definido e redefinido constantemente, à medida em que ocorre a interação com os outros, dessa forma, é descrito como um objeto social (BLUMER, 1969; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; LOPES; JORGE, 2005; CHARON, 2010; CARVALHO 2010; CARVALHO; BORGES; RÉGO, 2010).

A sociedade é o contexto dentro do qual o Self surge e se desenvolve. Este processo inicia-se ainda na infância. A primeira fase conhecida como jogo da imitação, a criança imita as pessoas à sua volta, nesta ainda não há o componente significativo, a criança copia o comportamento adulto sem entender o que está fazendo (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; HERMAN; REYNOLDS, 1994; CHARON, 2010).

Com o desenvolvimento a criança passa a “assumir o papel do outro” em relação a si próprio. Essa fase é chamada de jogo teatral ou jogo de diferentes papéis, construindo o que Mead chamou de “outro generalizado”, ou papel coletivo, e que a criança adquire durante sua associação com os outros e cujas expectativas são internalizadas. E, finalmente, a última fase, conhecida por jogo de atuação, quando o comportamento se torna coerente e cria-se a habilidade de perceber o papel dos demais “jogadores”. O indivíduo passa a responder ao outro generalizado,

que é, no fundo, a própria sociedade (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; SOUZA, 2007; CHARON, 2010).

O Self, ao representar esse processo social no interior do indivíduo, envolve duas fases analíticas distintas: o “EU” e o “MIM”. Charon (2010), refere que o EU é confuso e não central para o IS e que apesar de George H. Mead discutir igualmente tanto o EU quanto o MIM, este autor chamou essa discussão de vaga e contraditória. Charon (2010) corrobora com Blumer ao enfatizar o Self como o MIM.

O EU representa a reação do organismo à atitude dos outros, é uma reação espontânea, impulsiva, não socializada. Essas reações impulsivas não são direcionadas pela auto-interação, o indivíduo o faz de forma não reflexiva. Representa o aspecto do indivíduo que dá propulsão ao ato, que provoca ou evoca o MIM (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; LOPES; JORGE, 2005; CHARON, 2010; CARVALHO 2010; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Charon (2010) explica que embora o EU seja descrito como o início do ato, enquanto o MIM ainda não faz parte deste, há casos de ação espontânea ou impulsiva, na qual o Self não é envolvido, não podendo ser chamada de EU. Com isso, para este autor o MIM é o Self, uma vez que o considera o objeto das ações do ator (CHARON, 2010).

O MIM representa as atitudes organizadas do indivíduo. Nas palavras de Mead, é o outro generalizado, e, é neste “outro generalizado” que os “processos sociais influenciam a conduta dos indivíduos envolvidos, e que a comunidade exerce controle sobre o comportamento dos seus membros individuais” (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, p. 151).

Dessa forma, Charon (2010) refere-se ao MIM como extremamente importante ao ser humano. O MIM exerce controle sobre o comportamento do indivíduo, tem um caráter autoconsciente e possibilita ao indivíduo desenvolver-se dentro de um grupo social (Self Social) CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Os seres humanos também possuem “mente”, e isso também faz parte da essência humana. Para Mead, a mente é o “gêmeo emergente do Self”. O Self é um objeto; a ação do indivíduo em direção a esse objeto é o que Mead chamou de mente. Se incluir os símbolos, tem-se um emergente triplo; o indivíduo age em direção ao Self por meio do uso de símbolos. Símbolos, Self e Mente surgem juntos e são extremamente interligados (CHARON, 2010).

Dessa forma, se chega ao conceito de **Mente**, é por meio dela que o processo interpretativo acontece. Para tanto, Mead explicou que o corpo não pode ser compreendido como um EU, este só se converte em pessoa pela evolução da mente dentro do contexto da experiência social. A mente é produto da comunicação que ocorre por meio de uma conversação de gestos de um processo social ou contexto de experiência, ou seja, a mente é uma relação do organismo com a situação que se realiza por meio de uma série de símbolos (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; BLUMER, 1969; CHARON, 2010; LOPES; JORGE, 2005).

Por meio da atividade da mente é que o indivíduo define as coisas para si mesmo, dessa forma, a ação é uma resposta não aos objetos, mas à interpretação desses objetos pelo indivíduo. Ela é social em origem e função uma vez que surge do processo interativo com os outros e, é ao mesmo tempo necessária para compreender o outro e determinar linhas de ação em relação aos objetos e situações (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; BLUMER, 1969; CHARON, 2010; LOPES; JORGE, 2005). Para Silva (2012, p.76), “a mente se revela no indivíduo pela sua capacidade de compreensão, apreensão reflexiva dos mecanismos simbólicos da interação de outrem para “si” e de “si” para outrem”.

A mente não é a mesma coisa que Self ou Símbolo, no entanto, ela depende de ambos, como visto acima. De acordo Charon (2010), a mente pode ser definida como uma ação simbólica em curso que leva o indivíduo em direção ao Self. É um processo constante de fazer indicações para si mesmo a respeito dos objetos em seu ambiente e, especialmente, a sua utilização ajuda o indivíduo a alcançar seus objetivos.

A ação da mente permite resolver problemas passando entre tentativas, erros e acertos, ela acompanha toda a interação social humana; demanda constante entendimento, interpretação e definição dos outros e de si mesmo na situação (CHARON, 2010).

Os seres humanos são usuários de símbolos, possuem um Self, e envolvem a atividade da mente em tudo o que fazem. Então estas três características resumem o que é o ser humano? Na verdade, estas qualidades são independentes a uma outra chamada “assumindo o papel do outro”; mas que juntamente a estas últimas, são consideradas pelo IS o núcleo do que significa o ser humano (CHARON, 2010).

Assumir o papel do outro ou **Colocar-se no lugar do outro**, é essencial à comunicação simbólica e ao desenvolvimento do Self. É considerada uma das mais importantes atividades mentais (CARVALHO et al, 2007; CHARON, 2010).

A capacidade de Colocar-se no lugar do outro permite ao indivíduo ensinar, aprender, cooperar, agir moralmente, ter simpatia e empatia, influenciar, ajudar, proteger-se, controlar suas próprias ações, perceber as consequências de suas ações. É uma das partes mais importantes do que se classifica como inteligência social (CHARON, 2010).

Representa um mecanismo básico por meio do qual as interações acontecem. É a capacidade não apenas de se colocar no lugar do outro, ou imaginar o mundo a partir da perspectiva do outro; mas de antecipar como esse outro irá pensar, sentir ou reagir. Permite compreender como e por qual motivo os indivíduos agem de uma maneira ou de outra (CARVALHO et al, 2007; CHARON, 2010).

Herman e Reynolds (1994), completam quando afirmaram que os símbolos significantes devem ser compartilhados, isso significa que, para completar um ato, o ator deve assumir a posição da outra pessoa; dessa forma o comportamento é visto como social, não apenas quando há uma resposta para os outros, mas também quando se incorpora o comportamento do outro. Os seres humanos respondem a si mesmos como outras pessoas respondem a eles, e dessa forma, imaginariamente compartilham a conduta uns dos outros HERMAN; REYNOLDS, 1994).

O resultado da auto-interação é chamado de **Ação Humana**, este advém das indicações que o indivíduo faz a si próprio para agir e da interpretação dessas indicações (BLUMER, 1969; CHARON, 2010; LOPES; JORGE, 2005). Charon (2010) esclarece este processo referindo que os seres humanos se envolvem em um contínuo fluxo de ação, que pode ser tanto aberto quanto encoberto. Este é influenciado pelas decisões tomadas ao longo deste, que por sua vez resultam da interação social e interação com o Self. Para o autor, a ação tem uma história que é direcional. As decisões, definições (das situações) e ações que os indivíduos tomam é que mudam ou não a direção da vida destes indivíduos.

A ação é direcionada de acordo com as metas e objetivos que os indivíduos determinam como importantes para eles. Como ela é fruto da interação social e interação com o Self, sua definição é baseada no momento presente à ação e não ao passado. Outras perspectivas ponderam como causa da ação as emoções,

motivos, outras pessoas, a sociedade como objetos em si que exercem influência sob o indivíduo (BLUMER, 1969; LOPES; JORGE, 2005; CHARON, 2010).

Para os interacionistas simbólicos, a ação é um objeto social resultante da definição que os indivíduos fazem destes e da situação. Porém, não deixam de considerar que estes podem, por sua vez, contribuir para a ação; a diferença neste caso, é que os seres humanos são pensados aqui como ativos em relação aos objetos, eles estão no controle por meio de suas definições em curso da situação para seus próprios objetivos (CHARON, 2010).

Mead explicou a ação humana em quatro fases distintas: impulso, percepção, manipulação e consumação. Para ele a essência da ação são as decisões que as pessoas tomam por meio destas fases (LOPES; JORGE, 2005; CHARON, 2010).

Além da ação humana individual, no processo de interação simbólica, se tem a **Ação Conjunta**, que Mead descreveu como ato social. Refere-se ao comportamento cooperativo, desenvolvido por meio da percepção de cada indivíduo sobre a intenção do outro, construindo dessa forma uma resposta baseada naquela intenção (LOPES; JORGE, 2005; BLUMER, 1969).

Consiste na interligação das respectivas ações individuais, no entanto, a ação conjunta é distinta, não pode ser considerada uma mera somatização de ações isoladas dos indivíduos, pois cada pessoa ocupa uma posição diferente e age a partir dessa, envolvendo-se em um ato separado e distinto (LOPES; JORGE, 2005; BLUMER, 1969).

É possível notar, por meio da discussão apresentada até aqui, que todos os conceitos do IS surgem a partir da **interação social** e fazem parte dela (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; BLUMER, 1969; CHARON, 2010; LOPES; JORGE, 2005). Ao interagir, os indivíduos tornam-se objetos sociais uns para os outros; usam símbolos, direcionam o self, engajam-se na ação da mente, tomam decisões, mudam as direções, compartilham perspectivas, definem a realidade e a situação e assumem o papel do outro (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; CHARON, 2010).

A partir da interação social é que o indivíduo age; o que ele faz em uma situação depende da sua interpretação das ações do outro. A ação se desenrola ao longo do tempo. A interação social molda a identidade do ser humano, por meio de um processo de negociação (CHARON, 2010).

Blumer (1969) esclareceu que a interação pode ser simbólica ou não simbólica. A interação não simbólica ocorre quando o ser humano responde diretamente aos gestos ou ações do outro; uma resposta involuntária. A interação simbólica é quando o indivíduo interpreta os gestos do outro e age baseado no significado dessa interpretação.

Diante disso, conclui-se que para ser simbólica, a interação depende de um processo de comunicação; este pode ser manifestado em forma de palavras ou atos, que expressam quem é o indivíduo e o que ele pensa (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Ressalta-se que uma das formas de distinguir os seres humanos dos animais, segundo o IS, é o tipo de comunicação utilizado. No mundo animal esse é um processo gestual, os animais agem imediatamente ao ato, sem qualquer mecanismo de interpretação ou atribuição de significado. Em contraste, a comunicação humana é significativa, o indivíduo interpreta o gesto, atribui-lhe significado e age de acordo com o que aquilo representa para ele. Como a comunicação humana envolve esta interpretação e atribuição de significado ela só é possível quando há um consenso neste (HERMAN; REYNOLDS, 1994; CHARON, 2010).

O duplo processo, de interpretação e definição, é o que permite sustentar padrões de conduta já estabelecidos ou transformá-los (BLUMER, 1969), tal aspecto depende da adaptação que ocorre nas ações dos atores envolvidos. “Dessa forma, o que cada um dos atores faz, depende em parte do que os outros fazem na situação. Os outros não determinam o que nós fazemos, nos interagimos com eles e esta interação é que gera o que fazemos” (DUPAS; OLIVEIRA, COSTA, 1997, p. 224).

A interação também é responsável pela **Sociedade**. A ausência de uma contínua interação faria com que a sociedade deixasse de existir; a condição de existência depende diretamente da interação dos indivíduos uns com os outros e consigo mesmo. Os indivíduos, ao interagirem, definem e alteram a direção dos atos uns dos outros (CHARON, 1969).

O conceito de sociedade integra todos os outros conceitos do IS, e auxilia a compreensão da natureza do ser humano. Cada indivíduo pode fazer parte de várias sociedades; um grupo, uma organização, uma situação de interação, qualquer um pode ser considerado uma sociedade. Sociedade é interação simbólica, ou seja,

envolve comunicação e interpretação pelos atores que nela agem (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; CHARON, 2010).

Ao agir e interagir cooperativamente é que os indivíduos constroem uma sociedade. Com o tempo, esta interação cria uma cultura; cada cultura é como se fosse a identidade de cada sociedade, que é constantemente desenvolvida ao longo do tempo, e funciona como um guia para as ações dos indivíduos. Dessa forma, o ser humano para o IS é dinâmico, pois interage com o outro e consigo mesmo, levando em consideração o que acontece no presente. (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; CHARON, 2010).

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo qualitativo do tipo interpretativista que utiliza a Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método de pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.1 DESENVOLVENDO A METODOLOGIA

A TFD é uma metodologia para o desenvolvimento da teoria que está fundamentada em dados sistematicamente recolhidos e analisados. Estudos que utilizam esse método buscam compreender as ações dos indivíduos a partir da perspectiva destes. A compreensão dessas ações ocorre primeiro por meio da percepção de um problema/preocupação existente, seguida da análise do comportamento dos indivíduos envolvidos e destinados a solucioná-lo. “Esse modo” de solucionar os problemas é chamado na TFD de variável central ou processo social básico. Observa-se, dessa maneira, que o objetivo da TFD, enquanto método de pesquisa, é descobrir o problema principal e o processo social básico, estes explicam como as pessoas solucionam essa preocupação-problema, sendo essas descobertas provenientes dos dados emergentes. A teoria evolui durante reais investigações por meio de uma interação contínua entre análise e coleta de dados (POLIT; BECK, 2011; CORBIN; STRAUSS, 2015,).

A TFD envolve três aspectos iniciais a saber: 1) Descrição; 2) Ordenamento conceitual; e 3) Teoria. Descrição, refere-se ao uso de várias palavras para transmitir uma imagem ou construção mental de um fato, experiência, sentimento ou um cenário, que em TFD pode ser uma história relatada a partir da perspectiva de uma pessoa (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ordenamento conceitual envolve a organização de dados e/ou classificações segundo um conjunto de propriedades específicas, suas dimensões e interrelações. E, teoria, talvez o mais difícil dentre os três aspectos, envolve um longo processo, ao qual Strauss e Corbin (2008) chamaram de “teorização”. Para os autores, teorizar não se resume em conceber ou intuir ideias (conceitos), vai muito além disso, pois deve formular essas ideias em uma construção lógica, sistemática e explanatória. Uma teoria supera a exposição de um conjunto de resultados, ela oferece uma explicação sobre os fenômenos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Strauss e Corbin explicam que o desenvolvimento da teoria em TFD, considera aspectos quantitativos e qualitativos sob as formas suplementares e complementares. A abordagem qualitativa guia o quantitativo, e este por sua vez resulta no qualitativo em um processo que ao mesmo tempo é circular e evolutivo. Não se esquecendo que a “emergência” é a base da construção da teoria em TFD. Para tanto, elucidaram que o pesquisador não pode iniciar sua investigação com uma lista de conceitos pré-concebidos, estes devem ter a permissão de emergir dos dados. Esta tarefa exige que o pesquisador tenha ao mesmo tempo sensibilidade para perceber as nuances dos dados, tolerância para as ambiguidades, flexibilidade no projeto e uma considerável dose de criatividade (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Curitiba-PR, em dois locais pertencentes à rede de saúde local. Os locais escolhidos para conduzir este estudo foram um hospital de ensino, contratualizado pelo SUS e em uma Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF). A opção pela referida instituição hospitalar foi motivada por esta representar um local em que a integração com a atenção primária à saúde já estava em discussão há algum tempo com as propostas de implementação do projeto “Enfermeira de Ligação”, da professora Dra. Elizabeth Bernardino e sua mestranda Ester do Nascimento Ribas (RIBAS, 2016). Desse modo, representava o local com a melhor possibilidade de encontrar participantes com a vivência da temática em estudo.

As unidades de internação selecionadas foram inicialmente aquelas em que haviam enfermeiras que participaram do projeto. Na sequência, conforme características dos dados a serem coletados, optou-se por restringir aquelas com especificidade para o atendimento de condições crônicas em saúde, com quadros de agudização, uma vez que os usuários dessas unidades, possivelmente, necessitariam de acompanhamento pós-alta.

A unidade ESF foi incluída no estudo seguindo o direcionamento da coleta e análise do primeiro grupo amostral que indicava a necessidade de pesquisar a vivência dos participantes também nessa realidade social. Esta unidade, apesar de ser uma ESF, tem uma metodologia única de trabalho, que diverge do que acontece nas demais unidades da rede. Neste local, o atendimento é realizado conforme

demanda espontânea, ou seja, não funciona com consultas programadas. As vagas para atendimento médico são dimensionadas conforme demanda das desordens agudas de saúde.

5.3 ELABORAÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA

Na TFD, a questão da pesquisa não é necessariamente focalizada, pelo contrário, deve ser aberta. Porém, também não pode ser excessivamente ampla, pois isso permitiria um universo muito grande de possibilidades. Busca compreender, em linhas gerais, “o que está acontecendo aqui? “.

De acordo com o método proposto, a questão da pesquisa não precisa ser formulada com clareza anterior, pois corre-se o risco de forçar excessivamente os dados (CORBIN; STRAUSS, 2015; TAROZZI, 2011). Como o principal objetivo na TFD é o desenvolvimento da teoria, a formulação da questão da pesquisa deve garantir flexibilidade e liberdade a fim de explorar o fenômeno em profundidade (BIANCHI; IKEDA, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Este estudo buscou compreender como usuários e profissionais vivenciam o cuidado na rede de atenção à saúde, na perspectiva da continuidade. Para tanto, seguindo o que preconiza o método, buscou-se elaborar questões norteadoras iniciais e um material de apoio com tópicos-chave que deveriam ser abordados nas entrevistas, conforme seu andamento (APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA).

5.4 SELEÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada pela amostragem teórica com o objetivo de buscar locais, pessoas ou fatos que maximizem as oportunidades de descobrir, dentre uma variedade de fontes, os conceitos que explicam o fenômeno que se deseja elucidar (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Conforme os dados vão sendo coletados e os conceitos ganhando densidade, a amostra é ampliada (*theoretical sampling*), e, buscam-se novos grupos que ajudam a construir a teoria (TAROZZI, 2011). Dessa forma, os participantes de uma TFD, escolhidos por meio da amostragem teórica, são denominados como grupos amostrais.

No início do desenvolvimento desta pesquisa, pode-se dizer que a amostra foi intencional, pois foi determinado um grupo de participantes que acreditou ser o que melhor direcionava para a elucidação da questão da pesquisa.

Assim, iniciou-se o primeiro grupo amostrai (GA1) com profissionais da equipe de saúde da instituição hospitalar selecionada como local do estudo. A escolha desse primeiro grupo ocorreu a partir das hipóteses: 1) as fragmentações da assistência ocorrem nas situações de pós-alta hospitalar; 2) houve uma estratégia de integração entre os serviços de atenção hospitalar primária nessa instituição, então a continuidade do cuidado neste ambiente está sendo operacionalizada; e 3) a continuidade do cuidado pode ser operacionalizada por meio da articulação de profissionais intraequipe de um serviço, desse modo necessita ser investigada na prática multiprofissional.

Assim, o primeiro grupo amostrai foi constituído por 13 profissionais da equipe multidisciplinar de um serviço de atenção hospitalar (QUADRO 2).

QUADRO 2 - COMPOSIÇÃO DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL

N	CATEGORIA	SERVIÇO	TEMPO NO SERVIÇO	IDADE
1	Enfermeiro	CTSI	20 anos	45
2	Enfermeiro	CTSI	12 anos	38
3	Enfermeiro	UTI	12 anos	39
4	Enfermeiro	Neurologia	8 anos	35
5	Enfermeiro	Clínica médica	5 anos	25
6	Fisioterapeuta	Neurologia	2 anos	26
7	Nutricionista	Neurologia	2 anos	26
8	Farmacêutico	Neurologia	2 anos	25
9	Terapeuta Ocupacional	Neurologia	2 anos	25
10	Psicólogo	Clínica médica	2 anos	25
11	Médico	UTI	1 ano	37
12	Médico	Hematologia	4 anos	30
13	Médico	Neurologia	2 anos	29

HIPÓTESES
PARA O GA1

- ✓ As fragmentações da assistência ocorrem nas situações de pós-alta hospitalar;
- ✓ Houve uma estratégia de integração entre os serviços de atenção hospitalar primária nessa instituição, então a continuidade do cuidado neste ambiente está sendo operacionalizada;
- ✓ A continuidade do cuidado pode ser operacionalizada por meio da articulação de profissionais intraequipe de um serviço, desse modo necessita ser investigada na prática multiprofissional.

Fonte: A autora, 2017.

A coleta iniciou com os enfermeiros, em decorrência da realização de um projeto “Enfermeira de Ligação”, sob a seguinte questão norteadora: Conte-me a respeito de sua rotina no cuidado ao usuário, desde o momento em que o recebe no serviço até a alta hospitalar?

Todavia, ao evoluir com a coleta e análise dos dados, percebeu-se que, com o fim do projeto, os enfermeiros não continuaram esta atividade de forma sistematizada como foi proposto no projeto de Ribas (2016). Porém, demonstraram preocupações com o seguimento do cuidado do usuário e o faziam dentro de suas próprias relações intraequipes; e, assim aconteceu com os demais participantes desse grupo. Destaca-se que as preocupações com o seguimento do cuidado e a

prática articulada intraequipe não pode ser generalizada dentro de todo o serviço, nem mesmo dentro de toda a equipe, sendo restrita à ação daqueles que se sentiam comprometidos e responsabilizados com os usuários.

A continuidade do cuidado era simbolizada como a realização do cuidado integral, realizado multiprofissionalmente ou não, e restrito a este espaço até a “resolução” do problema de saúde. Os casos que necessitavam acompanhamento pós-internação hospitalar eram realizados via ambulatório das especialidades. Para a “continuidade”, além do contexto hospitalar, os profissionais de saúde demonstraram utilizar mecanismos, como o apoio familiar e o próprio usuário. Para tanto, realizavam orientações de cuidados a estes indivíduos e enviavam em alguns casos, relatórios de encaminhamento para as unidades de saúde, com o objetivo de garantir a disponibilização de recursos materiais e insumos para que estes pudessem realizar o cuidado em casa.

Também foi possível constatar, discretamente, no primeiro grupo amostral, inquietações dos profissionais acerca das influências da estrutura física e dinâmica dos serviços no cuidado em si e no dimensionamento das vagas (in) disponíveis, chamando a atenção para a relação: acesso X continuidade do cuidado.

A análise desse primeiro grupo (GA1) levou a hipótese de que o cuidado na perspectiva da continuidade é possível de alguma forma entre as configurações do sistema de saúde, no sentido atenção hospitalar-primária, mesmo que parcial, para aqueles que buscam a APS para assegurar os recursos materiais necessários ao cuidado.

Contudo, não se sabia como este processo era vivenciado na APS. Com isso partiu-se para o segundo grupo amostral (GA2), que foi composto por nove profissionais multidisciplinares de uma unidade ESF (QUADRO 3).

QUADRO 3 - COMPOSIÇÃO DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

N	CATEGORIA	SERVIÇO	TEMPO NO SERVIÇO	IDADE
14	Enfermeiro	ESF	13 anos	38
15	Médico	ESF	30 anos	58
16	Médico	ESF	2 anos	30
17	Médico	ESF	2 anos	31
18	Enfermeiro	ESF	10 anos	42
19	Fisioterapeuta	ESF/NASF	4 anos	35
20	Farmacêutica	ESF/NASF	4 anos	37
21	Médico	ESF	8 anos	36
22	Farmacêutica	ESF	4 anos	36

HIPÓTESE PARA O GA2

✓ O cuidado na perspectiva da continuidade é possível de alguma forma entre as configurações do sistema de saúde, no sentido atenção hospitalar-primária, mesmo que parcial, para aqueles que buscam a APS para assegurar os recursos materiais necessários ao cuidado.

Fonte: A autora, 2017.

Como o método de pesquisa permite flexibilidade na elaboração das questões da pesquisa, para esse segundo grupo as questões iniciais foram: Conte-me sua rotina de cuidado com os usuários de sua área de abrangência. Como você faz para dar sequência a este cuidado no contexto da rede de atenção?

Após análise comparativa destes grupos, surgiram novas propriedades e dimensões às categorias preliminares, além de novos aspectos ao fenômeno. Entre estes, foi possível evidenciar que as lacunas à continuidade do cuidado também eram vivenciadas no sentido do fluxo APS – especializada/hospitalar. As dificuldades com relação ao seguimento do cuidado no contra fluxo foram confirmadas, bem como a valorização das ações de saúde centradas no atendimento especializado/hospitalar até a “resolução” dos problemas. O cuidado articulado intraequipe, a utilização da rede de apoio familiar e o empoderamento do usuário, como mecanismos para assegurar o seguimento do cuidado no contexto domiciliar também foram densificados e redimensionados. Notou-se que as

intenções-ações para o cuidado objetivando contemplar o todo do usuário de forma resolutiva também foram significativas.

Desse modo, em um constante processo de comparação, indução, dedução e circularidade, os dados apontavam a necessidade de verificar a vivência daquele que recebia esse cuidado. Portanto, este deveria ser o próximo grupo de participantes. Também a sensibilidade teórica da pesquisadora sustentou esta decisão.

Os participantes desse terceiro grupo amostrai são pertencentes aos espaços de trabalhos dos grupos anteriores. As hipóteses desse grupo foram: 1) mesmo com dificuldades com relação ao acesso aos serviços especializados/hospitalares, o cuidado é “continuado” nesses espaços até a “resolução” dos problemas; 2) os usuários demonstram ações naturais para promoção de sua saúde e/ou estas devem ser estimuladas.

Ao tentar iniciar a investigação com o primeiro usuário, percebeu-se que não seria possível realizá-la sem a presença de um familiar, ou até mesmo apenas com este, devido às limitações da doença, que muitas vezes os incapacitavam de responder as questões da entrevista. Desse modo, esse terceiro grupo foi composto por ambos, totalizando 11 participantes (QUADRO 4).

As questões norteadoras iniciais para este grupo foi: Conte-me uma situação em que você precisou de atendimento em saúde. Onde você buscou atendimento inicialmente? O que aconteceu depois? Para os usuários que estavam em internamento hospitalar, tomou-se o cuidado de realizar as entrevistas somente após a alta.

QUADRO 4 - COMPOSIÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL

N	CATEGORIA	SERVIÇO	IDADE
23	Familiar 1	NEUROLOGIA	18
24	Paciente 1	NEUROLOGIA	42
25	Familiar 2	NEUROLOGIA	24
26	Familiar 3	NEUROLOGIA	51
27	Familiar + Paciente 4	ESF	23/74
28	Paciente 2	ESF	52
29	Paciente 3	ESF	57
30	Familiar 5	ESF	35
31	Paciente 4	ESF	56
32	Paciente 5	ESF	80
33	Familiar 6	ESF	53

**HIPÓTESES
PARA O GA3**

- ✓ Mesmo com dificuldades com relação ao acesso aos serviços especializados/hospitalares, o cuidado é “continuado” nesses espaços até a “resolução” dos problemas;
- ✓ Os usuários demonstram ações naturais para promoção de sua saúde e/ou estas devem ser estimuladas.

Fonte: A autora (2017).

Esse terceiro grupo contribuiu para densificar as categorias emergentes bem como elucidar os aspectos convergentes e divergentes que variavam em termos de propriedades e dimensões, auxiliando na etapa da categorização axial. De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 196):

Amostragem teórica é cumulativa. Cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta de dados anteriores. Além disso, a amostragem se torna mais específica com o tempo, pois o analista é dirigido pela teoria evolutiva. Na amostragem inicial, o pesquisador está interessado em gerar o máximo possível de categorias. Dessa forma, ele coleta dados em um vasto leque de áreas pertinentes. Uma vez que o analista tenha algumas categorias, a amostragem se volta para o desenvolvimento, a densificação e a saturação dessas categorias (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.196).

Ressalta-se que durante todo o processo a autora foi e voltou inúmeras vezes aos dados, mesmo após a coleta ter sido finalizada para alcançar a compreensão do fenômeno. Aspectos esses que foram possíveis por meio das ferramentas metodológicas de comparação constante, circularidade dos dados e uso de memorandos e diagramas.

5.5 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados ocorreu entre o mês de novembro de 2015 a abril de 2017. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas feitas em profundidade pela pesquisadora. Antes de iniciar a coleta de dados oficialmente, realizou-se três entrevistas piloto, nos meses de novembro e dezembro de 2015, e a partir destas foi possível realizar as adequações ao roteiro inicial de coleta das informações.

Na sequência, conforme coleta e análise foram evoluindo, as questões se modificaram para atender as características de cada participante. Isso é possível por meio da sensibilidade teórica do pesquisador, que auxilia no direcionamento dos aspectos relevantes a serem aprofundados, bem como aqueles que necessitam ser investigados.

No total foram realizadas 33 entrevistas, 13 do primeiro grupo amostral, nove do segundo e 11 do terceiro (QUADRO 5). As entrevistas foram áudio gravadas e foram realizadas em local e horário escolhidos pelos participantes; após cada coleta procedeu-se a transcrição na íntegra e posterior análise.

QUADRO 5 - COMPOSIÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES				
Grupos Amostrais	Total de Entrevistas	Total de Códigos	Total de Páginas de Códigos	Total de Minutos
GA1 Profissionais AH	13	2558	210	833,1 minutos
GA2 Profissionais APS	9	1807	155	546 minutos
GA3 Usuários e Familiares	11	1458	147	390 minutos
Total Geral	33	5823	512	29 horas e 36 minutos

Fonte: A autora (2017).

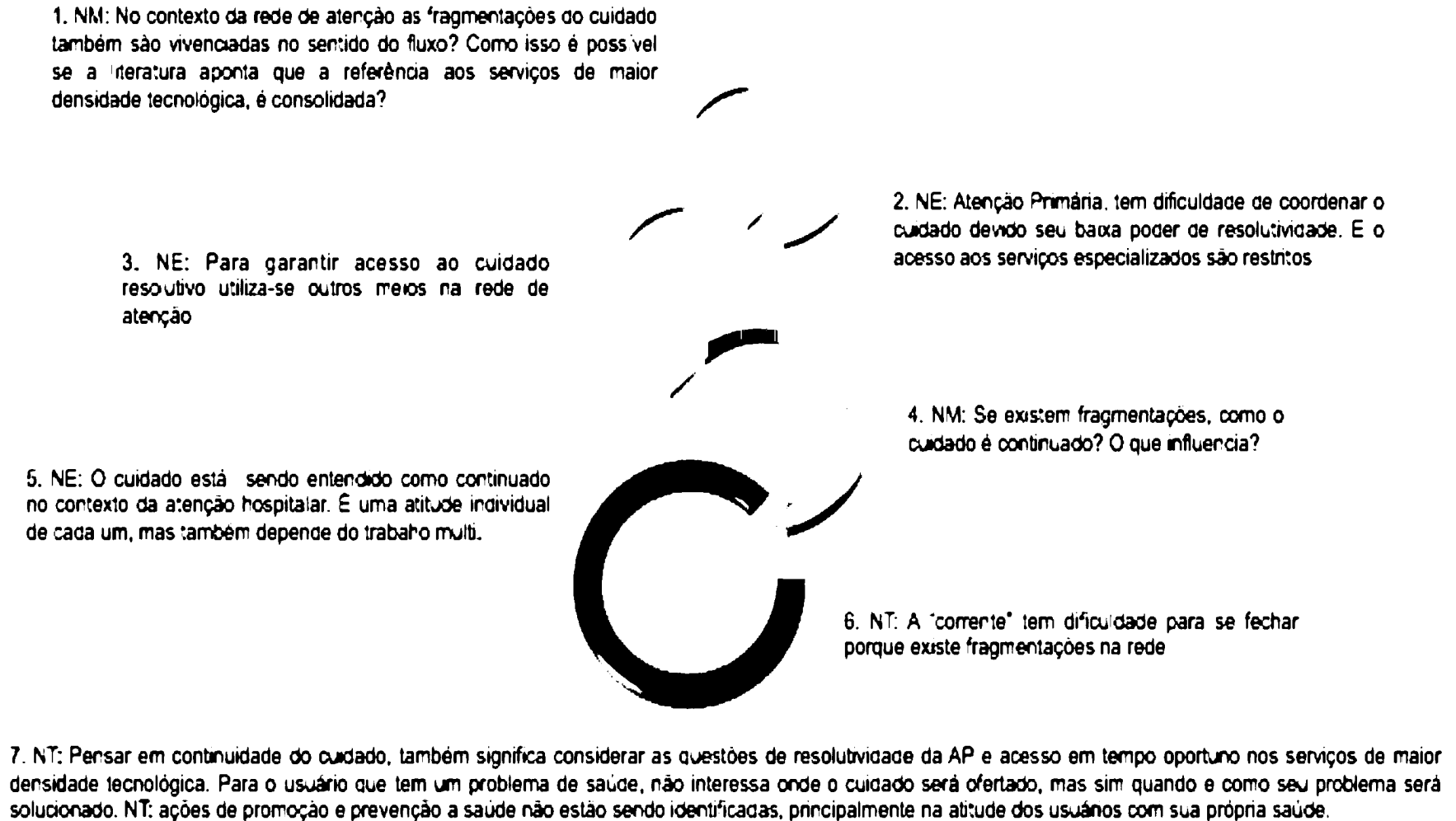
Para cada entrevista, era realizada a análise com posterior reflexão de quem era o próximo participante, para então readequar o roteiro, com o objetivo de extrair com qualidade o maior número de informações possíveis acerca da vivência. Embora o método permita a repetição de entrevista com o mesmo sujeito, nesta pesquisa foi realizada uma para cada participante. Não houveram recusas ou desistências nas participações, e os dados foram coletados pela própria autora.

Os componentes que auxiliaram significativamente a condução desta pesquisa foram os memorandos e diagramas. Estes representaram os registros reflexivos do pesquisador durante a análise, e o auxiliaram a direcionar a elaboração

da teoria. Representam um arquivo documentado de ideias que surgem ao longo da pesquisa, bem como evoluem com ela (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os memorandos podem variar em relação ao seu objetivo, nesta pesquisa foram utilizados os metodológicos, teóricos e explicativos, com base no que propõe Hutchison, Johnston e Breckon (2010). Os metodológicos auxiliaram a direcionar as entrevistas, bem como a amostragem teórica. Os teóricos conduziram as reflexões para o desenvolvimento da teoria, e os explicativos auxiliaram a entender “*o que está acontecendo aqui?*” Eles funcionaram como elos que ligam as informações durante a pesquisa, bem como durante a construção dos diagramas. Segundo Charmaz (2009) os diagramas também são uma forma de memorando não escrito e, igualmente, evoluem conforme o desenvolvimento da pesquisa. A FIGURA 3 resume um exemplo de diagrama com alguns mesmos.

FIGURA 3 - EXEMPLO DE DIAGRAMA E MEMOS



Fonte: A autora (2017).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na data de 27 de novembro de 2014, sob parecer consubstanciado n. 88868.1 (ANEXO 1); CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob protocolos n. 94/2004 em 07 de janeiro de 2015 e CEP do Hospital de Clínicas da UFPR (ANEXO 2), sob parecer consubstanciado n. 970808, em 25 de janeiro de 2015, é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”.

Teve-se a preocupação de respeitar os direitos das pessoas, assim como das instituições de saúde, ocasião em que foi firmada junto aos participantes, que suas identidades permaneceriam no anonimato, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Foi entregue aos que aceitaram participar da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2 – TCLE), sendo o mesmo lido junto com o participante, a fim de esclarecer as possíveis dúvidas, conforme o que prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi o participante quem determinou o melhor local e horário para responder as questões da pesquisa, e, a pesquisadora o deixou a vontade para interromper ou desistir da mesma caso julgasse necessário. Ao participante usuário, foi respeitada sua condição de saúde, levando em conta sua disposição física e emocional, para responder as perguntas. Esta pesquisa não casou nenhum ônus nem bônus aos participantes, uma vez que foi a pesquisadora quem se deslocou e levou todo o material necessário para as entrevistas.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme recomenda a TFD, a análise ocorre simultaneamente à coleta dos dados, utilizando os procedimentos de comparação constante; raciocínio indutivo-dedutivo, circularidade dos dados, sensibilidade teórica, bem como os memorandos e diagramas. Esta etapa tem por finalidade estabelecer uma compreensão concreta das informações coletadas, confirmando ou não a questão formulada.

Na TFD, a análise dos dados é conhecida como codificação. Há autores que abordam esta codificação em diferentes perspectivas, com diferenças na terminologia ou formas de organizar os dados. Porém, os passos para a codificação são os mesmos.

Na codificação os dados são analisados por partes, constantemente comparadas, e, subsequentemente, podem ser sintetizados e reunidos de diversas maneiras, de acordo com o "ajuste padrão" e os possíveis relacionamentos estabelecidos entre as partes. A codificação permite que sejam fornecidos nomes apropriados para cada padrão estável, isso ocorre durante toda a coleta e codificação dos dados, que, geralmente, caracterizam-se por serem interativas e demandassem muito trabalho (CHRISTIANSEN, 2012).

Neste trabalho o foco da codificação será a partir perspectiva de Corbin e Strauss (2015), e divide-se em: codificação aberta, axial e integrativa. Estas não são etapas estáticas, nem tão pouco sequenciais, podem ocorrer simultaneamente conforme as características do método. São apresentadas separadamente apenas por uma questão didática, assim como as seções que tratam da coleta dos dados.

5.7.1 Codificação Aberta

A codificação aberta é o processo inicial em que o pesquisador realiza uma exaustiva leitura do material coletado e analisa-o incidente por incidente, cada trecho dos dados. É um processo que exige profunda concentração, a fim de gerar os códigos iniciais (CAMARGO, 2009; NASCIMENTO, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2015).

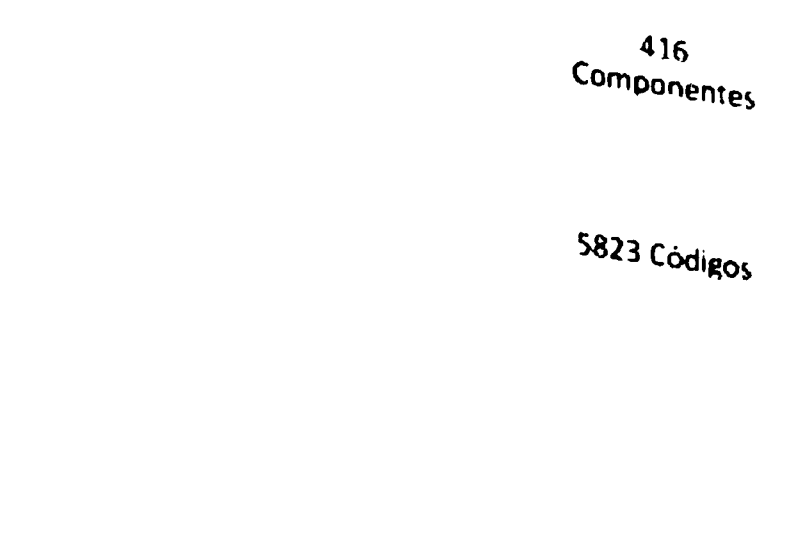
Os códigos iniciais são chamados "in vivo", porque os conteúdos dos dados codificados, frequentemente, usam a expressão utilizada pelos próprios participantes, ou seja, correspondem aos extratos de suas falas. Este processo tem

como objetivo eleger os componentes que formarão as primeiras categorias (STRAUSS; CORBIN, 1991; CORBIN; STRAUSS, 2015). A fase da codificação aberta, é a etapa que direciona o pesquisador para qual caminho deve seguir, de acordo com a amostragem teórica, antes de tornar-se seletivo e com foco em um problema particular (NASCIMENTO, 2014).

Assim, neste estudo, a análise iniciou-se com a codificação aberta, por meio de uma leitura microscópica dos dados, realizando a codificação palavra por palavra, linha por linha, parágrafo por parágrafo, dos aspectos mais significantes da vivência de cada participante. Este processo ocorre da primeira à última entrevista. Com isso, foram levantados 5823 códigos “in vivo”.

Com o objetivo de alcançar a conceituação, iniciou-se a busca pelas semelhanças dos códigos emergentes, assim, esses foram subdivididos em 416 categorias preliminares, chamadas de componentes, que compuseram o primeiro eixo norteador para a elucidação do fenômeno (FIGURA 4).

FIGURA 4 - PRIMEIRA CATEGORIZAÇÃO DO ESTUDO



Fonte: A autora (2017).

Nos passos analíticos posteriores, os dados foram reagrupados, reduzindo ainda mais as categorias, a fim de torná-las mais densas conceitualmente. O processo de redefinição e densificação dos conceitos, ocorre durante toda a pesquisa.

5.7.2 Codificação Axial

A codificação axial consiste em um grupo de procedimentos nos quais os dados são novamente agrupados, porém, de uma forma diferente da codificação aberta, nesta o objetivo é reunir as informações elaborando conexões entre as categorias já existentes (componentes). O agrupamento de categorias é uma forma teórica de análise, pois, assim que as integrações emergem, as categorias reunidas formam outras mais gerais (FIGURA 5) (CORBIN; STRAUSS, 2015). Este é um processo de reagrupamento das informações que foram divididas na codificação aberta, com o objetivo de gerar explicações mais elaboradas e densas sobre o fenômeno.

Neste estudo, no processo de codificação aberta os códigos foram organizados por similaridades. Na fase de codificação axial, as categorias foram comparadas uma por uma, e reagrupadas seguindo o mesmo princípio, permitindo, desse modo, elucidar as premissas que sustentam a elaboração dos conceitos. Nesse processo, os 416 componentes compuseram as 38 premissas desta teoria.

Corbin e Strauss (2015) explicaram que as categorias preliminares, menores densamente, representam respostas às maiores. E, esse processo ocorre até a elaboração do conceito. No qual há uma variação dessas respostas em termo de propriedades e dimensões.

Ao procurar conceitos, “estamos procurando padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações/interações que representem o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou juntas, em resposta aos problemas e situações nas quais elas se encontram” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.130).

FIGURA 5 - DENSIFICANDO CATEGORIAS

COMPONENTES

Fonte: A autora (2017).

Após a articulação das premissas que fundamentaram o desenvolvimento dos 11 conceitos (FIGURA 6) procurou-se compreender como esses se relacionavam, de modo que pudessem explicar a teoria.

Durante o desenvolvimento dessa fase, foi possível perceber que esse interrelacionamento se apresentava de forma organizada, demonstrando que no fenômeno havia uma estrutura que esclarecia o que estava acontecendo na situação vivenciada, e em um processo, o qual evidenciava como os participantes respondiam frente a tais situações.

FIGURA 6 - CATEGORIZAÇÃO FINAL DO ESTUDO

11 Conceitos

38 Premissas

416
Componentes

5823 Códigos

Fonte: A autora (2017).

O modelo de paradigma foi fundamental nessa fase da análise, por representar uma ferramenta analítica que permite ao pesquisador relacionar estrutura e processo (CORBIN; STRAUSS, 2015). Strauss e Corbin esclarecem que estes elementos estão intrinsecamente ligados, pois, se alguém estuda apenas a estrutura, “descobre porque, mas não como certos fatos acontecem. Se estuda apenas o processo, entende como as pessoas agem/interagem, mas, não o porquê” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 127).

O paradigma é composto por três códigos teóricos: condições, ações-interações e consequências. As condições se referem aos motivos percebidos pelos quais as pessoas justificam as situações, bem como as explicações que elas dão para o “porquê”, respondem da maneira como o fazem por meio da ação/interação. Estas por sua vez, são as formas como os indivíduos lidam com as situações problemáticas ou eventos que ocorrem em suas vidas, não são, necessariamente, uma relação de causa e efeito (CORBIN; STRAUSS, 2015).

As consequências são os resultados antecipados ou reais de uma ação/interação, ou ainda a falta dela. Muitas vezes antes de tomar medidas, as pessoas levam em consideração os possíveis resultados, e, com base nas probabilidades, escolhem entre distintas opções sob quais ações/interações podem ser realizadas. Por se tratar de probabilidades, nem sempre as consequências ou resultados, ocorrem como previsto, exigindo adaptações nas ações/interações. As consequências antecipadas também podem ser para si ou para os outros, tanto físicas quanto psicológicas ou sociais. Podem gerar emoções e estimular outras ações, mudando a direção da ação/interação (CORBIN; STRAUSS, 2015)

A fim de facilitar a compreensão, para cada código teórico foi criado um tema correlato, estes referem-se a um nível mais abstrato dos conceitos que representa (QUADRO DE RESULTADOS 6).

5.7.3 Codificação Integrativa

A construção de uma teoria envolve a integração e refinamento dos conceitos. De acordo com Gomes (2016), a integração representa a transformação dos dados em teoria, de modo que as informações não se restringem mais a cada entrevistado, podendo ser aplicado a todos os casos vivenciados, sem desconsiderar as suas particularidades.

Na codificação integrativa o pesquisador procura analisar as conexões e relações existentes entre estes, com o principal objetivo de descobrir o processo que explica a ação no contexto social (GLASER; STRAUSS, 1967; TORAZZI, 2011; NASCIMENTO, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2015).

O denso desenvolvimento da categoria ou conceito central, em suas relações e interrelações, articulações, propriedades, variáveis, entre outras, converge para a teoria que se pretende construir, é o resultado de uma TFD. Vale ressaltar que ela precisa ser encontrada e aprofundada, dessa forma essa fase é caracterizada por um nível máximo de abstração conceitual, e de acordo com Strauss, seu resultado é descritivo e analítico (TORAZZI, 2011).

Nesta pesquisa, a definição do conceito central, ocorreu por meio de um exaustivo processo reflexivo, bem como dos *insights* advindos da imersão nos dados. Com isso a autora compreendeu algumas características que eram recorrentes na vivência dos participantes, todavia, não tão explicitamente nestas, o que permitiu alcançar o desenho teórico do estudo. A diagramação nesta etapa é ponto crucial para o desvelamento do fenômeno.

5.7.4 Validação Da Teoria

Validar a teoria não significa testá-la quantitativamente, porém, como ela emergiu dos dados, o momento da integração representa uma interpretação abstrata desses. Dessa forma, é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos, bem como verificar se algo foi omitido. Há várias formas de se validar uma teoria, uma delas, é voltar a alguns informantes e “contar a história” real a eles ou pedir que leiam e depois comentem como ela parece se ajustar à vivência (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Por um desejo expresso, ainda no momento da coleta de dados, os participantes do segundo grupo amostral solicitaram que a pesquisadora retornasse ao local para apresentar os resultados da teoria que se pretendia elaborar. Aproveitando essas aspirações, a pesquisadora retornou ao local, e com auxílio de mídia digital, realizou uma explicação oral do diagrama do fenômeno.

Participaram desse encontro, dois médicos, uma farmacêutica e duas enfermeiras. Destes, apenas uma das enfermeiras não foi participante do estudo, pois no período de coleta de dados encontrava-se de férias. Algumas divergências

foram apontadas, todavia, não no sentido de uma negação da vivência, mas sim, como justificativa para algumas características, como por exemplo, as questões referentes ao conceito “6.1.4 Encontrando as perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede”. No qual, os participantes, atribuem como a situação problema a falta e/ou falha de comunicação e integração de uma contrareferência do usuário. Também apontam a baixa adesão dos usuários as práticas de cuidados relacionados a prevenção e promoção à saúde.

Esse é um aspecto previsto por Corbin e Strauss (2015), os autores relataram que nem sempre a teoria vai se ajustar em todos os aspectos de todos os casos, uma vez que ela é uma redução dos dados, contudo, os participantes devem ser capazes de reconhecer em si mesmos na história que está sendo contada.

Além da validação com uma parte dos participantes do estudo, também foi realizada uma etapa com especialistas que participam do grupo de pesquisa NEPECHE. Esta ocorreu durante uma das reuniões com o grupo, na qual estavam presentes quatro doutoras, duas doutorandas, e uma mestra em Enfermagem.

Esse grupo auxiliou nos ajustes do diagrama final desta teoria, bem como foi fundamental durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, uma vez que contribuiu com a pesquisadora em uma das fases mais trabalhosas do método, a codificação integrativa, na qual se fazia necessário um olhar mais externo a teoria que se pretendia elaborar. Desse modo, o grupo auxílio com sugestões para nomenclaturas mais claras e objetivas aos conceitos, além de validar os códigos, premissas e relações que sustentam cada conceito.

6 APRESENTAÇÃO DA TEORIA FORMULADA

O resultado desta pesquisa é apresentado por meio da teoria substantiva elaborada. Esta expressa a “Vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde na perspectiva da continuidade”. Os conceitos e premissas que a fundamentam são evidenciados, inicialmente, no QUADRO 6, e, posteriormente, descritos em termos de suas propriedades e dimensões inter-relacionadas. Nesta pesquisa, o desenvolvimento e inter-relacionamento dos conceitos que explicitam o fenômeno ocorreu por meio da ferramenta analítica denominada por Corbin e Strauss (2015) de “Paradigma”, conforme elucidado no item 5.7.2 da metodologia. Desse modo, evidencia-se a presença de três grandes temas, correspondentes aos códigos teóricos, que explicam a teoria elaborada. Vale ressaltar que as relações entre condições, ação-interação subsequente e consequências, raramente seguem um caminho linear, sendo demonstrado no quadro abaixo dessa maneira como um recurso didático.

QUADRO 6 - EXTRATO DO FENÔMENO, CÓDIGOS TEÓRICOS, CONCEITOS E PREMISAS

Conceito Central	Extrato do Código Teórico	Extrato do Conceito	Extrato das Premissas
6.4 A interação na vivência do cuidado: vislumbrando possibilidades para a continuidade na rede de atenção à saúde	6.1 Condições: Vivendo possibilidades e contradições no contexto de acesso ao cuidado pelos serviços da rede	6.1.1 Iniciando a aproximação ao cuidado.	6.1..1 Assegurando o acesso inicial ao serviço. 6.1..2 Deparando-se com as limitações no prosseguimento do cuidado em serviços primários. 6.1..3 Emergindo sentimentos a partir das limitações vivenciadas.
		6.1.2 Recorrendo aos demais locais de atenção à saúde.	6.1.2.1 Relatando as motivações para acessar os demais serviços da rede. 6.1.2.2 Encontrando obstáculos de acesso aos serviços de atenção especializado/hospitalar. 6.1.2.3 Reconhecendo a influência da estrutura física e organizacional dos serviços para garantir o acesso aos demais serviços de atenção.
		6.1.3 Utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado.	6.1.3.1 Priorizando situações emergenciais. 6.1.3.2 Buscando acesso ao cuidado por meio dos serviços de urgência e emergência. 6.1.3.3 Utilizando subsídios próprias para alcançar o cuidado.
		6.1.4 Encontrando as perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede.	6.1.4.1 Continuando o cuidado nos serviços de atenção especializada/hospitalar. 6.1.4.2 Vinculando o usuário na APS como garantia de acesso aos materiais e dispositivos em saúde. 6.1.4.3 Identificando o serviço de APS como ponte de acesso às demais configurações do sistema de saúde.
	6.2 Ação/interação: Utilizando as informações e a rede de apoio para adequar o cuidado	6.2.1 Necessitando de informações para cuidar.	6.2.1.1 Reconhecendo a importância das informações. 6.2.1.2 Explicitando as informações utilizadas. 6.2.1.3 Identificando as fontes de informação. 6.2.1.4 Encontrando lacunas de dados. 6.2.1.5 Enfrentando os desafios na ausência das informações. 6.2.1.6 Informações contribuindo para o delineamento e otimização do cuidado. 6.2.1.7 Dividindo informações com a família. 6.2.1.8 Compartilhando as informações entre a equipe.
		6.2.2 Considerando as diferentes perspectivas para o cuidado.	6.2.2.1 Procurando compreender a visão/ação do outro. 6.2.2.2 Buscando compreender a demanda de cuidado a partir de suas próprias perspectivas.

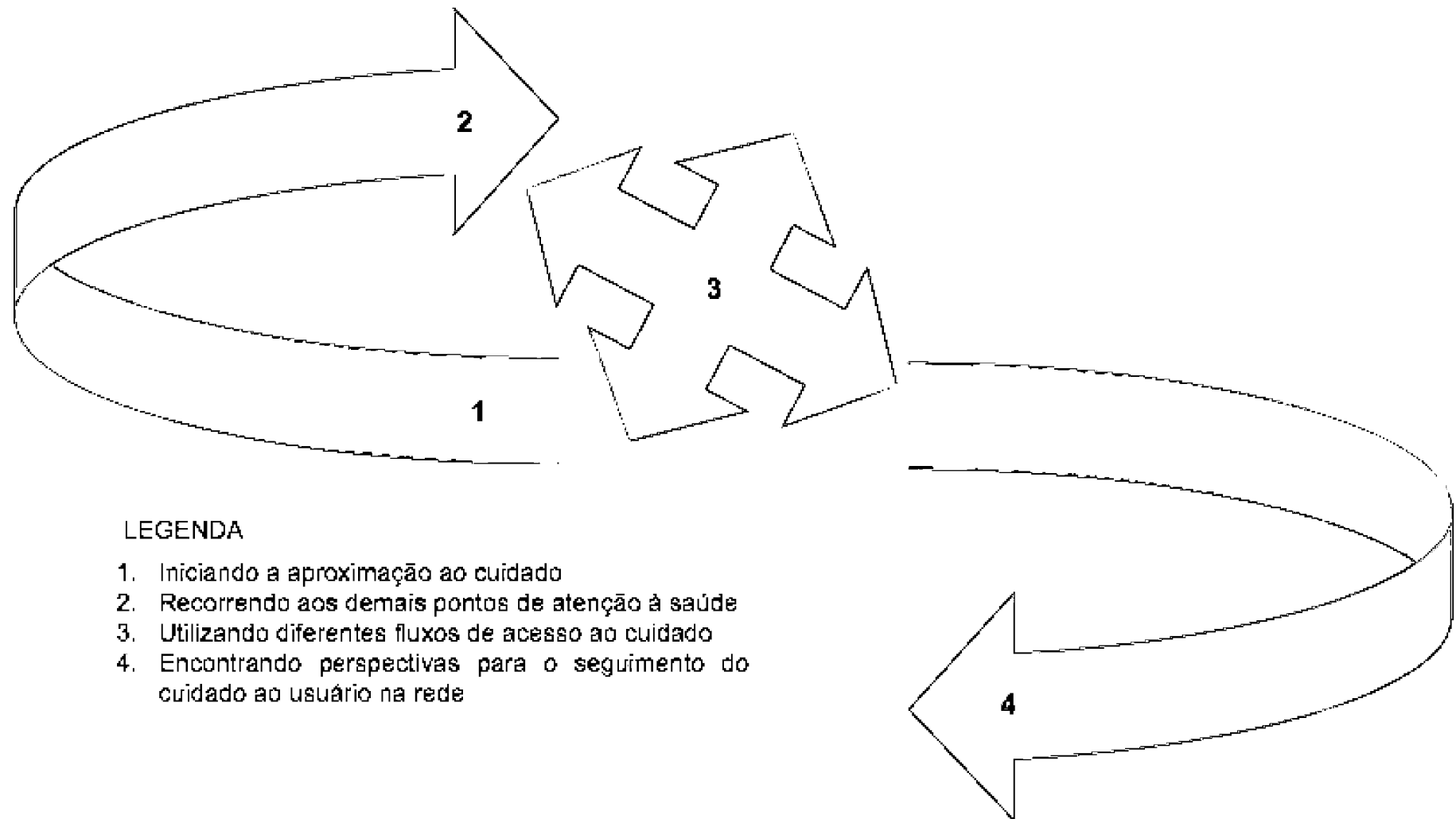
		6.2.3 Trabalhando com a rede de apoio.	6.2.3.1 Considerando a rede de apoio familiar. 6.2.3.2 Ajustando o cuidado na ausência da família cuidadora. 6.2.3.3 Buscando as outras fontes sociais de apoio para o cuidado. 6.2.3.4 Considerando a rede de apoio profissional.
	6.3 Consequência: Vivendo o cuidado conectado nas inter-relações e articulações	6.3.1 Motivando-se intrinsecamente.	6.3.1.1 Colocando-se no lugar do outro. 6.3.1.2 Tendo comprometimento individual. 6.3.1.3 Preocupando-se com o seguimento do cuidado.
		6.3.2 Instigando a participação do usuário no cuidado.	6.3.2.1 Compreendendo os valores do usuário. 6.3.2.2 Buscando ser compreendido. 6.3.2.3 Estabelecendo vínculo. 6.3.2.4 Consolidando um contrato de saúde.
		6.3.3 Relacionando-se multiprofissionalmente.	6.3.3.1 Reconhecendo a necessidade da articulação multiprofissional. 6.3.3.2 Dispondo de boas competências pessoais e interpessoais.
		6.3.4 Articulando-se intraequipe para o cuidado.	6.3.4.1 Discutindo os casos multiprofissionalmente. 6.3.4.2 Compartilhando a tomada de decisão. 6.3.4.3 Conduzindo o cuidado nas inter-relações profissionais.

Fonte: A autora (2017).

6.1 CONDIÇÕES: VIVENDO POSSIBILIDADES E CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO DE ACESSO AO CUIDADO PELOS SERVIÇOS DA REDE

O contexto de cuidado ao usuário na rede de atenção é caracterizado por possibilidades e contradições, na relação de procura e oferta, no qual o acesso aos serviços de atenção primária é verdadeiro. Todavia, a probabilidade de garantia de cuidado, resolutivo para o qual se buscou atendimento, nem sempre é concreta nesse contato inicial, sendo preciso recorrer aos demais pontos de atenção na rede para alcançá-lo. Contudo, buscar atendimento em diferentes locais de atenção não significa ter respostas imediatas aos problemas de saúde, uma vez que o ingresso nestes serviços é marcado por obstáculos que dificultam que ele ocorra em momento oportuno, sendo necessário utilizar diferentes fluxos de acesso para o cuidado resolutivo aos problemas de saúde apresentados. Essas interações traduzem aos participantes da pesquisa a perspectiva de que o cuidado na rede, embora demorado pela dificuldade de acesso, é mais provável de maneira resolutiva no âmbito da atenção especializada/hospitalar. Nesse sentido, ele ocorre até a “solução final” dos problemas de saúde, ou seja, do acesso inicial ao seguimento do cuidado nas situações de pós-consulta especializada ou pós-internação hospitalar. Há situações em que se recorrem aos serviços de atenção domiciliar, contudo o vínculo continua sendo ambulatorial. Nessas circunstâncias, a APS é identificada, principalmente, como responsável pelo fornecimento de materiais e dispositivos em saúde, e, raramente, como ponto de seguimento do cuidado no contra fluxo. Esse contexto fortalece a simbolização deste nível de atenção como porta de entrada aos demais serviços da rede. Desse modo, no que concerne ao seguimento do cuidado no contra fluxo, ressalta-se que este é possível ao usuário de alguma forma dentro da rede, todavia, diverge do ideal preconizado (FIGURA 7). Os conceitos que se relacionam a estas condições são:

FIGURA 7 - VIVENDO POSSIBILIDADES E CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO DE ACESSO AO CUIDADO PELOS SERVIÇOS DA REDE



LEGENDA

1. Iniciando a aproximação ao cuidado
2. Recorrendo aos demais pontos de atenção à saúde
3. Utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado
4. Encontrando perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede

Fonte: A autora (2017).

6.1.1 Conceito: Iniciando a aproximação ao cuidado

A aproximação com a rede de atenção à saúde é representada pela certeza de acesso inicial aos serviços, porém pouco significativa na garantia de acesso ao cuidado resolutivo. Tal fato justifica-se pelas dificuldades encontradas dentro na APS em assegurar assistência para as demandas de saúde a que se motivou o atendimento. Estas são reconhecidas, como limitações referentes à utilização dos recursos do sistema, resultando em baixa autonomia aos profissionais para resolver os problemas de saúde sem ter que acessar outros pontos da rede de atenção. A conformação do sistema com estas características, gera sentimentos limitantes aos participantes, que desejam conduzir o cuidado mas deparam-se com obstáculos que dificultam essa sequência. A vivência dessas interações, conferem à APS o significado de baixo poder de resolutividade das necessidades em saúde. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.1.1.1 Assegurando o acesso inicial ao serviço

O primeiro contato com o cuidado, realizado por meio da APS, tem como característica a garantia de acesso. Para tanto, busca-se dimensionar o atendimento aos profissionais conforme as competências exigidas para cada caso. Há uma avaliação com o objetivo de acolher todos aqueles que buscam respostas às suas necessidades de saúde, priorizando as vagas de assistência médica para os casos mais críticos. Isto é possível, uma vez que existe por parte dos demais profissionais da equipe, a autonomia para resolver as situações que não necessitam da ação deste profissional, e, também porque o trabalho em saúde é baseado em um relacionamento de colaboração e confiança entre a equipe. Desse modo, todos os usuários são minimamente ouvidos em suas queixas.

6.1.1.2 Deparando-se com as limitações no prosseguimento do cuidado em serviços primários

Para alcançar o cuidado, em algumas situações neste ponto de atenção, é necessário dispor de mecanismos que vão além das competências profissionais. Estes referem-se ao acesso aos medicamentos, exames e procedimentos de alto custo. Contudo, sua disponibilidade nem sempre ocorre em momento oportuno, visto

que há limitações relacionadas à autonomia para sua solicitação e utilização, exigindo desse modo, o encaminhamento aos serviços de maior densidade científica e tecnológica, uma vez que só esses profissionais, com conhecimentos especializados, têm essa interdependência.

6.1.1.3 Emergindo sentimentos a partir das limitações vivenciadas

A conformação do sistema de saúde, em que há limitação na autonomia dentro da APS, gera sentimentos limitantes aos participantes. Estes se relacionam ao desejo de resolver os problemas de saúde e conseguir de forma, às vezes, insuficiente. Os profissionais se sentem desmotivados e desvalorizados porque sabem como conduzir o cuidado, mas dependem da utilização de recursos que não estão disponíveis a eles. Demonstram também angústia por perceberem as possíveis consequências na saúde do usuário, decorrentes da demora de acesso aos recursos nos demais níveis de atenção. Os usuários, por sua vez, sentem-se preocupados e revoltados com o baixo poder de resolutividade da atenção primária para com seus problemas de saúde, e com a demora em alcançar o cuidado resolutivo nos níveis de tecnologias mais avançadas.

6.1.2 Conceito: Recorrendo aos demais locais de atenção à saúde

A busca pelos serviços dos demais locais de atenção, ocorre pela necessidade de garantir o fluxo do cuidado de maneira resolutiva. Ela é motivada em duas situações distintas: na primeira refere-se às limitações na autonomia para conduzir o cuidado; na segunda diz respeito à restrição no conhecimento técnico-científico do profissional para solucionar os problemas de saúde existentes. Isso porque já foram mobilizadas todas as suas competências, mas as demandas em saúde do usuário superam o seu *know-how*. Entretanto, a relação entre a necessidade em saúde e garantia de acesso aos serviços de densidades tecnológicas mais avançadas, divergem do ideal, resultando em atrasos ao seguimento do cuidado, com possíveis consequências ao usuário. Apesar disso, procura-se compreender as limitações de acesso, reconhecendo as influências que a estrutura física e a organizacional dos serviços exercem sobre o cuidado e a regulação das vagas. Essas condições e interações imprimem o significado de

que, o cuidado pelos serviços de atenção especializada/hospitalar, embora difíceis de alcançar, são o meio mais provável de resolver os problemas em saúde, independente dos desfechos dessa assistência para o usuário. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.1.2.1 Relatando as motivações para acessar os demais serviços da rede

As motivações, para o encaminhamento do usuário aos demais serviços de atenção da rede, referem-se tanto pela necessidade de utilização de recursos, limitados à APS, que são pré-requisitos ao seguimento do cuidado, quanto por restrições da capacidade técnica-científica do profissional, pois, os problemas de saúde existentes extrapolam os conhecimentos já mobilizados. Há uma preocupação em não colocar em risco a saúde do usuário, encontrando no apoio especializado a possibilidade de otimizar o cuidado ofertado.

6.1.2.2 Encontrando obstáculos de acesso aos serviços de atenção especializado/hospitalar

O acesso aos demais serviços da rede é marcado, geralmente, por obstáculos que impedem a sequência do cuidado de maneira fluída, e em tempo oportuno. Estes, referem-se, principalmente, às divergências na relação de procura e oferta, resultando em demora no atendimento pelos serviços especializados. Essa é uma situação reconhecida como crítica aos usuários, uma vez que pode comprometer sua saúde. Ressalta-se, que aqui, a dificuldade é em garantir o acesso aos serviços, todavia, quando este é alcançado, o cuidado assume o sentido de ter sido resolutivo, independente do desfecho clínico final. Desfechos insatisfatórios para o usuário, são normalmente justificados, como consequências do limitado atendimento precoce para os problemas de saúde. Em menor evidência, relatam-se também as dificuldades quanto à indisponibilidade de terapêuticas mais avançadas para o cuidado, comumente encontradas na iniciativa privada.

6.1.2.3 Reconhecendo a influência da estrutura física e organizacional dos serviços para garantir o acesso aos demais serviços de atenção

Os serviços enfrentam dificuldades estruturais e organizacionais que vão além de suas intenções em disponibilizar o acesso. Desse modo, busca-se conhecer como funciona a realidade destes pontos de atendimento, para compreender a disponibilidade de acesso, pois exercem influências diretas também na forma como o cuidado é conduzido. Essas influências dizem respeito à relação de desequilíbrio entre os recursos humanos, materiais e estrutura física, com o número de usuários que necessitam atendimento, podendo comprometer a qualidade do cuidado. Os profissionais da atenção hospitalar sofrem pressões externas e internas nesse sentido, pois necessitam liberar acesso para as situações mais urgentes, mas, refletem internamente acerca dos riscos para os usuários que recebem alta precoce.

6.1.3 Conceito: Utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado

As dificuldades vivenciadas, relacionadas à garantia de acesso ao cuidado resolutivo, e em momento oportuno, fazem com que profissionais e usuários busquem alternativas de enfrentamento. É solicitado a priorização de atendimento para as situações mais críticas. Entretanto, nem sempre essa alternativa assegura o cuidado no tempo necessário. Essas condições e interações motivam a procura, geralmente equivocada, por atendimento em serviços de urgência e emergência. Também há um incentivo pela busca aos recursos da iniciativa privada, como meio de garantir a resolutividade para o cuidado necessário. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.1.3.1 Priorizando as situações emergenciais

Nas situações em que o encaminhamento aos serviços de atenção especializada é inevitável, o profissional utiliza recursos para tentar priorizar as situações emergenciais. Para tanto, preocupa-se em fornecer o máximo de informações sobre o caso, pois acredita que dessa maneira garantirá a compreensão, pelo outro lado, na urgência na solicitação. As informações, repassadas referem-se ao quadro clínico atual, resultados de exames disponíveis, relato da recorrência ao serviço com piora da queixa e comorbidades. Estes dados, significam para os participantes a chave de entrada na atenção

especializada/hospitalar. Além do envio das informações detalhadas por meio das guias de regulação, quando o profissional se sente comprometido com o usuário, ele busca se articular com as outras pessoas influentes para agilizar esse processo, como recorrer à chefia imediata para tentar outras providências. Entretanto, nem sempre essas alternativas funcionam.

6.1.3.2 Buscando acesso ao cuidado por meio dos serviços de urgência e emergência

Os serviços de urgência e emergência na rede de atenção são simbolizados como porta de entrada mais rápida e resolutiva ao cuidado. Tal aspecto justifica-se, em parte, pela maior autonomia destes serviços na utilização dos recursos do sistema, isso confere aos usuários o significado de que estes são os locais, de acesso direto, nos quais se encontram a resolução para as demandas existentes. Além disso, ressalta-se que o baixo comprometimento do usuário com a sua própria saúde em relação às ações de prevenção, promoção e adesão às práticas do seguimento do cuidado, para condições crônicas em saúde, sensíveis à APS, resultam em quadros de agudização, que requerem, obrigatoriamente, o acesso por estes pontos de atenção. Estes aspectos congestionam esses e os outros locais de atenção à saúde, contribuindo para o ciclo vicioso caracterizado pela alta procura e baixa oferta do cuidado.

6.1.3.3 Utilizando subsídios próprios para alcançar o cuidado

As interações vivenciadas com a rede de saúde, marcadas pelas dificuldades na utilização de recursos, considerados de alto custo, como exames e medicamentos, que podem comprometer a saúde do usuário, quando possíveis de serem disponibilizados apenas em momento posterior à necessidade atual, motivam a necessidade de utilização de recursos próprios para alcançar o cuidado. O profissional sente-se na obrigação de esclarecer as consequências que a demora na utilização dos recursos pode gerar na saúde, e os meios alternativos de alcançá-los para além dos limites do sistema único de saúde. Para tanto, investiga-se antecipadamente as condições econômicas do usuário e da família para assumir essa responsabilidade; e, deixa claro que esse caminho é apenas uma alternativa de acesso mais rápido ao cuidado, sendo a decisão de esperar, ou não, do próprio

usuário. Motiva-se esta ação pelo reconhecimento e preocupação com os riscos em saúde caso o cuidado não ocorra em momento oportuno.

6.1.4 Conceito: Encontrando perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede

Há uma dificuldade em reconhecer, naturalmente, a APS como responsável pela coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde. Este significado é decorrente, em parte, pelas limitações experienciadas no fluxo do cuidado, mas, principalmente pela vivência de lacunas na integração do cuidado com este nível de atenção no contra fluxo. Estas, por sua vez, resultam da simbolização dos serviços de atenção especializada/hospitalar como locais onde o cuidado ocorre do “início ao fim”. Bem como pelo reconhecimento da atenção primária, no contra fluxo, geralmente como local de garantia de acesso aos materiais e dispositivos, para a realização do cuidado pelo próprio usuário e família; e não pelos profissionais de saúde deste âmbito de atendimento. Estas condições e interações contribuem para a caracterização da APS como porta de entrada aos demais pontos de atenção da rede. Contudo, as perspectivas assumidas, em relação ao seguimento do cuidado ao usuário na rede, são de que ele acontece de alguma forma, quando se alcança a solução para o problema de saúde para o qual procurou inicialmente atendimento. Seja pelo acompanhamento em serviços da própria atenção especializada/hospitalar, ou parcialmente pela APS, não como acompanhamento do cuidado em si, mas pela possibilidade de acesso aos mecanismos que favoreçam o cuidado pelo usuário neste ponto de atendimento. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.1.4.1 Continuando o cuidado nos serviços de atenção especializada/hospitalar

O acesso e seguimento do cuidado até a resolução dos problemas em saúde são reconhecidos como possíveis nos serviços de atenção especializada/hospitalar. Desse modo, o acompanhamento contínuo das condições clínicas, em serviços ambulatoriais especializados, ocorre pós-consulta com especialista, assim como pós-internações hospitalares. Usuários e profissionais não identificam como significativo a necessidade de retornar o acompanhamento na APS, ou de pelo menos coparticipar com ela o cuidado, pois entendem que

o continuum da assistência ocorre, exclusivamente, no âmbito dos serviços de maior complexidade até a “alta”. Os usuários quando “recebem alta” deste seguimento também não compreendem a importância em assumir as ações de prevenção e promoção em saúde utilizando a APS, e nem tão pouco são empoderados para esta reação. Para algumas situações específicas se utiliza o serviço de atenção domiciliar (SAD), sob as mesmas condições de entendimento descritas acima.

6.1.4.2 Vinculando o usuário na APS como garantia de acesso aos materiais e dispositivos em saúde

A vinculação do usuário na APS é motivada pela possibilidade de acesso aos materiais e dispositivos em saúde necessários para um cuidado que será realizado pelo próprio usuário/família cuidadora em seu domicílio. O contato direto entre os serviços, no contra fluxo, é raro, ocorrendo somente quando se deseja garantir que a disponibilidade a estes recursos seja imediata na ocasião do retorno do usuário a seu domicílio.

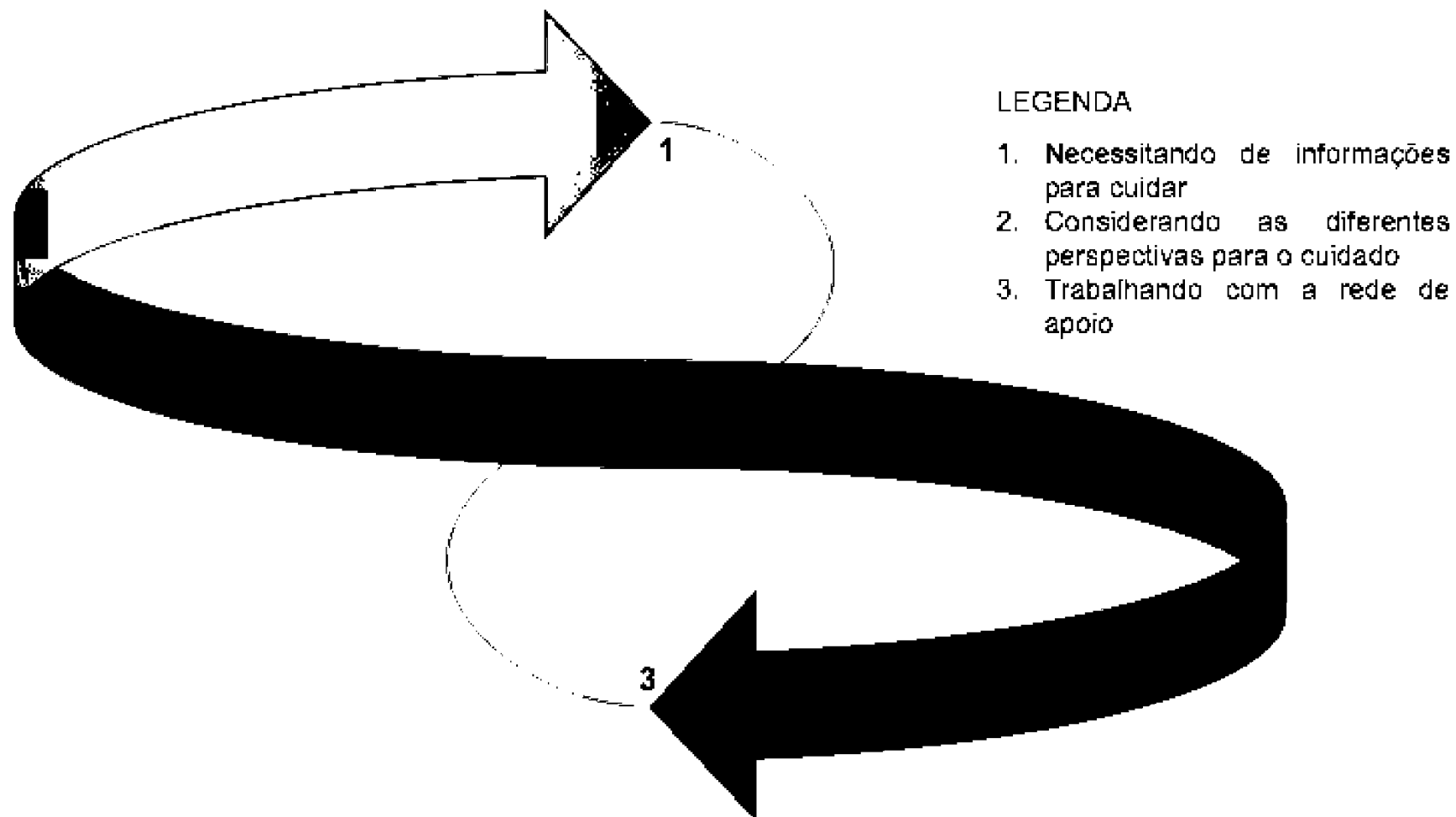
6.1.4.3 Identificando o serviço de APS como uma ponte de acesso às demais configurações do sistema de saúde

Caracterizada, geralmente, como passagem obrigatória aos demais serviços da rede, a atenção primária assume o signo de ser o ponto da rede onde o acesso ao cuidado deve iniciar. Ressalta-se que a procura aqui é motivada para a atenção em situações de saúde agudas, sendo rara a procura por acompanhamento, objetivando a prevenção de agravos. Percebe-se neste aspecto, a pouca conscientização e esclarecimento para ações nesse sentido, contribuindo para que os usuários concluam erroneamente a sua necessidade apenas nas situações em que apresentem alguma sintomatologia, que por sua vez, será resolvida nas demais configurações do sistema de saúde.

6.2 AÇÃO/INTERAÇÃO: UTILIZANDO AS INFORMAÇÕES E A REDE DE APOIO PARA ADEQUAR O CUIDADO

Frente às condições experienciadas, as ações e interações surgem como resposta ao significado atribuído à vivência do cuidado na rede de atenção à saúde. Estas, buscam torná-la conexa e coerente às necessidades existentes, de modo que se procura alcançar ao máximo o contexto de informações necessárias para cuidar. E, mais do que isso, compreender além das informações; as diferentes perspectivas para a saúde e assistência do usuário, objetivando, dessa forma, atender a sua multidimensionalidade. Essas interações, levam em consideração as reflexões internas dos indivíduos, seu self. É como eles percebem as necessidades em saúde e de cuidado, agindo conforme o que significam estas para si, bem como o que se espera alcançar com determinada conduta. Ou seja, fazem indicações para si mesmo de como agir em relação à sua própria conduta e à conduta do outro. Também utiliza a rede de apoio social e profissional, a fim de assegurar que o cuidado seja ininterrupto, e tão pouco perca sua coerência. Essas ações e interações são adotadas, fortemente nas intrarrelações entre profissionais, usuários e famílias no contexto de um serviço específico, visando garantir a integralidade do cuidado ao usuário, e pouco referem-se às interações e relações entre os serviços (FIGURA 8). Os conceitos que se relacionam às ações e interações do fenômeno são:

FIGURA 8 - UTILIZANDO AS INFORMAÇÕES E A REDE DE APOIO PARA ADEQUAR O CUIDADO



Fonte: A autora (2017).

6.2.1 Conceito: Necessitando de informações para cuidar

Para que o cuidado seja possivelmente resolutivo, a fim de atender a multidimensionalidade do usuário, tanto no primeiro contato com a rede, quanto, durante as transições e interação entre serviços, equipes e usuários, o conjunto de dados acerca das informações em saúde são fundamentais. Para tanto, busca-se conhecer o contexto social e histórico clínico do usuário com o objetivo de compreender os aspectos que possam interferir no cuidado, bem como entender suas influências no processo saúde-doença em si. Essas informações, com vista ao entendimento dos determinantes do processo saúde-doença e do cuidado, são significativas aos participantes, uma vez que a maneira como entendem a saúde, a doença e o cuidado, está diretamente relacionada a forma como modulam suas ações e reações. As principais fontes de informação são documentos como prontuário individual, as cartas de encaminhamento, os resumos de alta e as prescrições. Contudo, estas, quando chegam em tempo oportuno nas mãos dos profissionais, apresentam fragilidades com relação ao seu conteúdo; podendo ter informações escassas em dados objetivos determinantes, e, comumente inexistentes em dados subjetivos, como as impressões pessoais ou informações sigilosas que podem influenciar a maneira como o cuidado pode e deve ser conduzido. A ausência das informações, dificultam a compreensão das reais necessidades em saúde, e, apesar de o próprio usuário ser a principal fonte de dados a respeito de sua saúde, nem sempre ele consegue contribuir com informações que favoreçam o seguimento do cuidado. Como alternativa de entendimento, utiliza-se demasiadamente recursos disponíveis no sistema, como a duplicação de consultas, exames, procedimentos e terapêuticas, estes elevam os custos da assistência e, não necessariamente, promovem uma relação positiva ao usuário. O adequado fluxo de transferência das informações é reconhecido como potencializador do cuidado, para tanto se busca coparticipar das informações em saúde com a família cuidadora e também intraequipe, uma vez que estes detêm dados e perspectivas diferentes a respeito do usuário. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.2.1.1 Reconhecendo a importância das informações

O conjunto de informações do usuário são emblematizados como “suas chaves” de acesso, para garantir a entrada nos serviços e resolutividade no cuidado. Desse modo, reconhece-se a importância de se ter informações qualificadas, tanto no sentido de sua transferência entre serviços e intraequipe, quanto entre profissionais e usuários em uma relação de cuidado direta. O adequado fluxo de transferência das informações, entre profissionais e serviços, proporciona melhor compreensão das reais necessidades em saúde dos usuários e garante que o cuidado seja coerente, resolutivo e integrado. Com relação aos usuários e famílias, o conhecimento de informação corretas e completas em relação ao cuidado que deve ser adotado, possibilita que esses indivíduos se sintam mais seguros e confiantes, bem como tenham uniformidade em suas ações-reações de autocuidado. Para tanto, as orientações de pós-consulta ou pós-interação hospitalar, além de repassar instruções de como realizar o cuidado no âmbito domiciliar, também devem explicar a importância destas na recuperação. Ressalta-se a necessidade de prever situações que podem gerar momentos de angústia nesses indivíduos, mas que não se configurem, necessariamente, em uma situação de urgência em saúde, bem como esclarecer o que são potenciais intercorrências e os caminhos na rede para buscar auxílio em sua ocasião.

6.2.1.2 Explicitando as informações utilizadas

Refere-se à necessidade do conhecimento do contexto social e histórico de saúde do usuário. Os dados referentes aos aspectos sociais são significativos para captar o cenário em que o usuário vive, bem como, quem são as pessoas deste contexto com que se mantém uma relação social que pode influenciar no cuidado. Busca-se compreender as condições sócio-econômica-educacional por acreditar que estas são capazes de interferir na maneira como o cuidado será compreendido e continuado, além de auxiliar na compreensão do próprio processo de saúde-doença. O conhecimento do histórico de saúde do usuário e o quadro clínico atual, permitem guiar as ações de cuidado, no sentido do que já foi eficaz ou não, para determinado problema de saúde. O acesso às informações do histórico clínico do usuário também permite que o cuidado tenha uma sequência.

6.2.1.3 Identificando as fontes de informação

O alcance das informações do usuário é normalmente realizado por meio de fontes documentadas, como prontuário individual, as cartas de encaminhamento, os resumos de alta, as prescrições médicas e de cuidados. Contudo, nem sempre são disponíveis em todos os espaços de atendimento na rede de atenção. Constituindo-se, desse modo, uma importante lacuna para a integração do cuidado entre os serviços. O usuário é considerado a principal fonte de acesso às informações, contudo, é necessário ter cautela, uma vez que ele pode não ser o melhor informante no que se refere aos dados técnicos importantes para a condução do cuidado.

6.2.1.4 Encontrando lacunas de dados

As fontes documentadas de informação trazem os relatórios dos dados clínicos e sociais. Entretanto, nem sempre são completas ou suficientes em informação para a compreensão das necessidades em saúde. As informações subjetivas, como os relatos das impressões pessoais, que muitas vezes podem influenciar de alguma forma a condução do cuidado, comumente não são registradas. Desse modo, torna-se significativo a comparticipação das informações entre família cuidadora e equipe multiprofissional.

6.2.1.5 Enfrentando os desafios na ausência das informações

A ausência das informações do usuário dificulta a compreensão da relação entre o histórico de saúde e a situação clínica atual, comprometendo as ações de cuidado para resolver as reais necessidades em saúde. Porém, isso não significa que o cuidado deixe de ocorrer de alguma maneira, mas, buscam-se alternativas de compreensão que se referem à utilização de dados minimamente disponíveis com o usuário; a duplicação de exames, os procedimentos, as terapêuticas e as reavaliações clínicas. Para o usuário e sua família, a falta de informações completas para o cuidado implica na sua condução de maneira incorreta, ou até mesmo insuficiente para o seguimento e resolutividade do cuidado. Ambas as situações, podem resultar em riscos à saúde e elevar os custos do sistema.

6.2.1.6 Informações contribuindo para o delineamento e otimização do cuidado

Quando completas e corretas, as informações a respeito da saúde e do cuidado do usuário auxiliam no planejamento de ações necessárias para sua promoção e efetividade. O adequado fluxo de compartilhamento de informações, além de auxiliar no seguimento do cuidado de um modo geral, também permite que esta condução seja otimizada, favorecendo, dentre outros fatores, o recebimento pelo usuário do cuidado necessário em tempo oportuno. O acesso às informações evita a utilização duplicada e demasiada de recursos do sistema de saúde, uma vez que estas não significam, obrigatoriamente, em uma relação efetiva ao usuário. Ou seja, promove o alcance de melhores resultados ao usuário e ao sistema de saúde.

6.2.1.7 Dividindo informações com a família

É possível conhecer mais do usuário interagindo com família cuidadora. Ela é considerada uma importante fonte de informação acerca do usuário, uma vez que completa os dados de investigação a respeito da saúde e cuidado de seu familiar. A medida em que o profissional consegue estabelecer um vínculo com a família cuidadora, o acesso às informações que ela possui torna-se mais fácil. É um compartilhamento de informações entre ambos, no qual, cada uma traz aspectos e perspectivas particulares, e assim, contribuem mutuamente, promovendo a efetividade e coerência ao cuidado do usuário.

6.2.1.8 Compartilhando as informações entre equipe

É motivado pela necessidade sentida em dividir dados que vão além dos relatos formais e objetivos do cuidado. Referem-se também às questões sigilosas ou aspectos particulares que são revelados a alguns profissionais específicos, geralmente aqueles com os quais usuário/família identificam em um vínculo de confiança; ou percebido por um profissional específico, que compreende a influência de determinado aspecto no todo do cuidado. Igualmente, o compartilhamento de informações intraequipe é motivado pela necessidade de confirmar dados ausentes ou incompletos das fontes documentadas. Esta é uma ação/interação possível nas relações intraequipes, sendo praticamente inexistentes nas relações entre serviços, pela dificuldade de localização do profissional responsável pela informação

no serviço de origem, uma vez que os usuários são assistidos por uma diversidade de provedores nos espaços de cuidado.

6.2.2 Conceito: Considerando as diferentes perspectivas para o cuidado

Atenta-se que cada indivíduo traz consigo perspectivas que vão além das informações. Estas guiam as ações para o cuidado, desse modo, sua compreensão pode contribuir para que este siga uma linha coerente. Contudo, a tomada de decisão respeita a própria visão – seu self, que pode ser ou não compatível com o ponto de vista do outro. Isso não significa que, na ocasião de perspectivas divergentes ou não compartilhadas, o cuidado seja incoerente, pelo contrário, a intenção/ação de cuidado é motivada pela harmonia deste no contexto de saúde do usuário. Procura-se também, nas ocasiões em que se identifica a ausência de informações, considerar a perspectiva do outro como estratégia de entendimento, para as reais necessidades do usuário. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.2.2.1 Procurando compreender a visão-ação do outro

Motiva-se compreender a perspectiva do outro como estratégia para alcançar um consenso e otimizar o cuidado, visto que, para atender as multidimensionalidades em saúde, o usuário é assistido por uma variedade de profissionais com conhecimento distintos. A compreensão da ação do outro também é uma alternativa de entendimento do porquê o cuidado é conduzido de uma maneira à outra, principalmente, nas situações em que se depara com lacunas na informação. Com isso, analisa a partir das informações disponíveis, e reflete sobre o melhor caminho a seguir. Esta interação favorece o constante compartilhamento de conhecimentos em favor do usuário.

6.2.2.2 Buscando compreender a demanda de cuidado a partir de suas próprias perspectivas

Considera o contexto de informações do usuário e pondera os diferentes pontos de vista. Entretanto, a tomada de decisão é baseada em suas próprias perspectivas, que podem concordar ou não com a perspectiva do outro. Diante

disso, o profissional seleciona os dados que precisa detalhar, confronta as informações previamente coletadas com o relato do usuário, investiga mais profundamente, avalia e reavalia constantemente para direcionar o cuidado, ou seja, considera seu ambiente interno – o Self, para tomar decisões.

6.2.3 Conceito: Trabalhando com a rede de apoio

A rede de apoio constitui-se em um importante símbolo de auxílio e otimização do cuidado, podendo ser social e/ou profissional. Com relação à rede de apoio social, a familiar assume papel de destaque, desse modo, busca-se conhecê-la em suas características fundamentais. Essas referem-se ao relacionamento intramembros familiares, relação entre estes e o usuário, disposição para o cuidado, e capacidade físico-cognitiva. Para torná-la potencialmente possível nesse sentido, busca-se trabalhar a autonomia da família, desse modo, o profissional a conscientiza do seu papel na promoção da saúde do usuário, e a empodera para cuidar. Na ausência da família cuidadora, é preciso se ajustar adequando as ações para que o cuidado não sofra interrupções e buscar auxílio em outras redes sociais. Com relação à rede de apoio profissional, esta constitui um subterfúgio para as fragilidades do sistema, dividindo-se em formal e informal. Na primeira, utiliza os recursos da própria rede de atenção, como os serviços de tele saúde, núcleo de apoio à saúde da família e solicitação de consulta com profissionais de know-how específico dentro da equipe de cuidado de um mesmo serviço. Na segunda, refere-se ao contato informal aos colegas especialistas, objetivando atender às necessidades em saúde do usuário que requerem ações imediatas. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.2.3.1 Considerando a rede de apoio familiar

A família é vista como significativa no cuidado. Ela representa o alicerce emocional e físico para o usuário, sendo considerada uma importante rede de apoio. Diante disso, busca-se conscientizá-la para sua importância na recuperação e promoção da saúde de seu familiar. Procura-se conhecê-la na suas intrarrelações, pois se reconhece as influências que o relacionamento intramembros familiares podem exercer no processo saúde-doença e na forma como o cuidado pode

ser coparticipado. Ao contar com o apoio familiar, os profissionais estabelecem estratégias para tornar o cuidado possível no âmbito domiciliar. Estas referem-se, primeiramente, na identificação de um cuidador, no qual se objetiva concentrar a comunicação e o compartilhamento de informações, para que estas não percam, nem tão pouco sejam contraditórias. Para tanto, o cuidador deve ser uma pessoa bem esclarecida, atenta, pró-ativa e com bom relacionamento com o usuário. Em seguida, preocupa-se com a capacitação da família para cuidar, iniciando esse processo pela explicação da fisiopatologia da doença e suas consequências na vida do usuário e nas rotinas dos membros familiares, para então realizar as práticas de ensino. Estas são trabalhadas por meio do incentivo à participação em ações que serão continuadas no domicílio. Há um comprometimento em certificar-se da capacidade da família para o cuidado. Procura-se também, cuidar da família cuidadora, valorizando suas dificuldades e sobrecargas, incentivando a organização e articulação entre os demais membros e resolvendo conflitos que interferem na saúde do usuário.

6.2.3.2 Ajustando o cuidado na ausência da família cuidadora

Nem sempre é possível contar com o apoio familiar para o cuidado, por este motivo, um cuidado inicial que se procura adotar quando existem necessidades de auxílio ao cuidado em saúde no domicílio, é a investigação do possível apoio familiar, uma vez que, sua inexistência é mais comum do que se imagina. Em algumas situações, a presença da família é verdadeira, mas não o apoio para o cuidado. Com isso, é preciso estabelecer estratégias que visem minimizar as interrupções e descontinuidade no cuidado. Estas, referem-se à necessidade de estar mais vigilante, para alterações no quadro clínico, requerendo ações antecipadas, bem como adaptações nas condutas de cuidado. É importante também não realizar pré-julgamentos, geralmente inconsistentes, da decisão dos membros da família para o apoio ou não ao cuidado de seu familiar.

6.2.3.3 Buscando outras fontes sociais de apoio para o cuidado

Na ausência da família cuidadora, buscam-se outras redes sociais de apoio. Inicialmente, procura-se na comunidade pessoas significativas ao usuário que

possuem disposição interna e de tempo para assumir algumas responsabilidades com relação ao cuidado; ou até mesmo oferecendo gratificações para assumir essa função quando o usuário tem condições financeiras para isso. Inexistindo essas possibilidades e identificando riscos à saúde, busca-se acionar socialmente familiares distantes ou solicita-se apoio ao serviço social na rede de atenção. O profissional age dessa maneira quando percebe as interferências negativas da falta do apoio social na saúde do usuário, caracterizadas por retrocessos na evolução do cuidado.

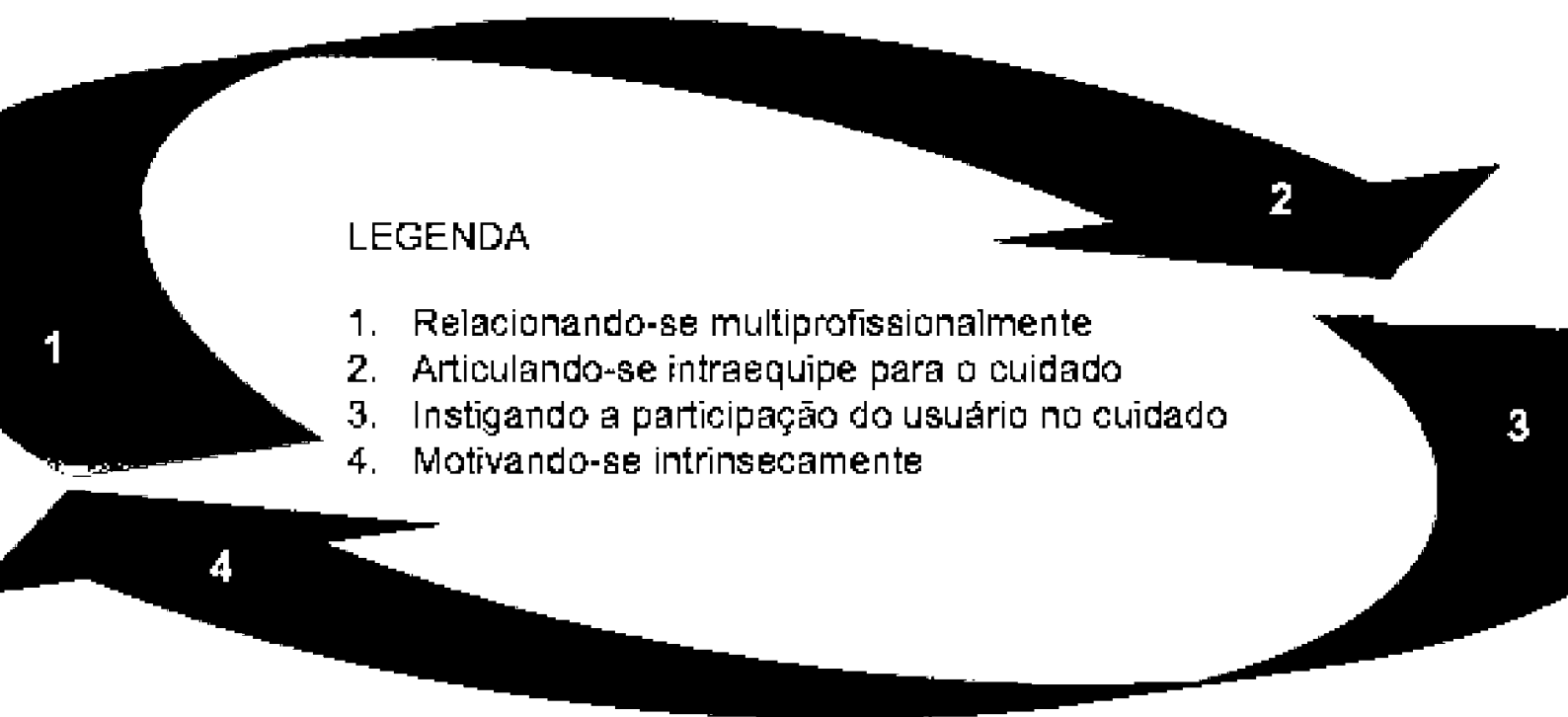
6.2.3.4 Considerando a rede de apoio profissional

Em vista às limitações na utilização dos recursos da rede, e, motivado pelo *Self*, no desejo de ser resolutivo em tempo oportuno e evitar prejuízos à saúde do usuário, o profissional procura solução na sua própria rede de apoio, que pode ser formal ou informal. Na primeira, ele acessa os recursos como: os serviços de telesaúde, núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e solicitação de avaliação e cuidado a profissionais com conhecimentos específicos e direcionados a uma demanda em saúde particular, que pode estar interferindo no cuidado como um todo. Entretanto, existem situações nas quais as fontes de apoio na rede são insuficientes, ou o acesso a elas podem ser em tempos divergentes ao necessário para as resoluções dos problemas em saúde sem causar danos ao usuário; em que é preciso recorrer ao apoio informal com os colegas especialistas. Estas situações são geralmente vivenciadas quando o profissional se depara com limitações no seu conhecimento. Ele tem recursos disponíveis em seu serviço, mas não sabe qual melhor conduta seguir para promover a saúde do usuário. Então, acessa os colegas de sua rede particular de relações, evitando utilizar encaminhamentos aos demais pontos de atenção, porque julga desnecessário e sabe das dificuldades relacionadas ao tempo que o usuário deverá esperar para receber a resposta adequada à sua necessidade.

6.3 CONSEQUÊNCIAS: VIVENDO O CUIDADO CONECTADO NAS INTRARRELAÇÕES E ARTICULAÇÕES

São resultados das ações e interações, apresentando características variáveis, uma vez que, referem-se tanto ao contexto individual, quanto de intrarrelações das ações de cuidado. Relaciona-se, primeiramente, ao processo interpretativo do indivíduo para modular suas condutas frente às condições experienciadas; diz respeito a como os indivíduos definem as situações que vivenciam. Essas partem das motivações internas do profissional em desejar ser resolutivo aos problemas de saúde existente, considerando a multidimensionalidade do usuário. Para alcançar o cuidado, nesse sentido, compreende-se que depende da ação conjunta do outro, considera as distintas competências necessárias ao cuidado e estabelece parcerias nesse sentido. Pondera também, a responsabilidade do próprio usuário em relação à sua saúde, e, portanto, incentiva reações de autocuidado. Essas consequências demonstram que o cuidado conectado não ocorre exatamente no contexto do sistema de saúde, enquanto integração entre os serviços, mas sim, podem ser possíveis nas relações e interações sociais intraequipes de cuidado, bem como entre profissionais e usuários, motivadas por sua vez pela autointeração (FIGURA 9). Os conceitos que se relacionam a essas consequências do fenômeno são:

FIGURA 9 - VIVENDO O CUIDADO CONECTADO NAS INTRARRELAÇÕES E ARTICULAÇÕES



Fonte: A autora (2017).

6.3.1 Conceito: Motivando-se intrinsecamente

Refere-se às atitudes internas de alguns profissionais em desejar ser resolutivo para o usuário e atender sua integralidade. É o seu Self contribuindo para promover o cuidado de maneira conexa e coerente. Diante disso, ele coloca-se no lugar do usuário, busca realizar o cuidado de acordo com o que significa para si ser bem cuidado. Tem comprometimento individual, que faz com que busque ir além de simplesmente atender uma necessidade atual de cuidado; ao contrário disso, investiga a história de saúde do usuário porque compreende que possam ter outros aspectos em saúde influenciando a demanda apresentada. Há um desejo interno de ser resolutivo e definitivo em suas ações de cuidado, e, por isso se preocupa com o seguimento do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde, tanto no contra fluxo quanto no fluxo deste. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.3.1.1 Colocando-se no lugar do outro

Consideram as necessidades do usuário, fazendo por ele o que acredita ser o meio mais eficaz para resolver os problemas de saúde. Determina-se dessa maneira porque se preocupa com esse indivíduo como pessoa, e não como objeto. Também utiliza suas próprias experiências enquanto receptor de ações de cuidado e age com ele de acordo com os significados do que é para si “ser bem cuidado”. Quando se coloca no lugar do usuário, o profissional se permite ser flexível dentro daquilo que é possível em relação ao cuidado. Busca atender um desejo pessoal, por entender que esse pode influenciar na sua recuperação, contudo reflete que nem sempre a melhor conduta de cuidado coaduna com o desejo individual do usuário, sendo essa reflexão a base para sua tomada de decisão.

6.3.1.2 Tendo comprometimento individual

Explica os motivos pelos quais o profissional se inquieta para ser resolutivo em relação ao cuidado, mesmo em situações adversas. Quando há comprometimento, o profissional busca ir além de simplesmente “realizar um atendimento”, ele procura dar respostas efetivas aos problemas de saúde. Para tanto, preocupa-se com a multidimensionalidade do usuário, porque entende que

aspectos individuais podem influenciar não só um cuidado específico, mas a saúde como um todo. E, com isso, almeja alcançar a “raiz do problema”, para ser definitivo no cuidado em saúde.

6.3.1.3 Preocupando-se com o seguimento do cuidado

A preocupação com o seguimento do cuidado envolve ações que visam garantir o cuidado em ambos os sentidos na rede de atenção, ou seja, não apenas no contrafluxo, mas também no fluxo, tendo em vista as condições vivenciadas no que tange ao acesso aos diferentes serviços da rede e que tem influências diretas na garantia e forma como o cuidado pode ser alcançado. Referem-se, desse modo, à maneira como os profissionais buscam superar as fragmentações que impedem o seguimento do cuidado ao usuário. Quando relacionadas no sentido do fluxo, para a utilização de recursos de menor para maior densidade tecnológica, dizem respeito às articulações e interações que utilizam como estratégias para garantir o acesso ao cuidado resolutivo. No que concerne as ações para promover o seguimento do cuidado no contrafluxo, preocupa-se em realizar um adequado planejamento da alta, com orientações efetivas de como o cuidado deve ser continuado no domicílio. Diante disso, recorre significativamente à rede de apoio familiar. Contudo, a integração com o serviço de APS, não é uma prática natural, ocorrendo em situações específicas em que há necessidade de garantir insumos ao cuidado. Em geral, o cuidado no contrafluxo, fica restrito aos espaços da atenção especializada, sob a assistência das equipes internas de um serviço, mas, principalmente, sob supervisão de um profissional de saúde identificado em atendimentos ambulatoriais, até que os “problemas de saúde” sejam entendidos como solucionados.

6.3.2 Conceito: Instigando a participação do usuário no cuidado

Identifica o usuário como responsável por sua própria saúde, portanto, necessita ter ações que a promovam. Para empoderá-lo, nesse sentido, buscam-se compreender seus valores, ou seja, o que significa para ele determinado comportamento em saúde, desejando com isso, entender as causas da insatisfatória adesão ao cuidado, e assim modificar as condutas, a fim de promovê-la de alguma

forma. Busca também ser compreendido em suas motivações, esclarecendo as consequências do “não cuidado”, bem como os benefícios que este promove; trata-se de uma ação que almeja uma reação por parte do usuário. Nesse sentido, o vínculo, é uma ferramenta estratégica que favorece tanto o autocuidado, quanto o acompanhamento em saúde; porque é baseada num relacionamento de confiança. Assim, é possível consolidar um contrato de saúde com o usuário, onde cada um é responsável por fazer a sua parte. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.3.2.1 Compreendendo os valores do usuário

Busca-se conhecer o significado das condutas de cuidado do usuário, procurando compreender suas motivações para agir de determinada maneira, uma vez que esta pode não corresponder àquela esperada pelo profissional. Dessa forma, adequa sua ação-orientação a fim de promover a saúde. Dessa forma, necessita dispor de tempo e boa vontade para investigar os valores do usuário, além de valorizar e respeitar seu feedback em relação ao cuidado. A relação de contato contínuo, entre ambos, favorece essa compreensão. Nas situações em que, a falta de adesão ao cuidado não pode ter uma ação adaptada, o profissional procura explicar sua razão e provocar uma reação no usuário favorável ao cuidado. Contudo, a decisão final é sempre dele, portanto é preciso respeitá-la.

6.3.2.2 Buscando ser compreendido

Além de compreender os valores do usuário, busca-se ser compreendido por este indivíduo. Trata-se de uma ação-reação, na qual almeja favorecer o autocuidado. Nesse caso, o profissional esclarece suas motivações para as orientações que realiza, bem como as consequências, positivas e negativas, deste cuidado ou não cuidado, na saúde do usuário. Ele acredita que a compreensão é uma importante ferramenta de adesão às práticas que favoreçam a saúde.

6.3.2.3 Estabelecendo vínculo

É concebido a partir da relação de confiança entre profissional e usuário, constituindo-se em uma importante ferramenta de adesão ao cuidado. Também favorece o seguimento do cuidado por promover a procura contínua de um

profissional de saúde identificado, para confirmar outras condutas, tirar dúvidas e realizar o acompanhamento em saúde, mesmo nas situações em que a integração do cuidado entre serviços ocorre de forma insuficiente.

6.3.2.4 Consolidando um contrato de saúde

Para que o cuidado seja alcançado de modo que atenda às necessidades em saúde, ele necessita ser integrado e contínuo também nas ações do próprio usuário, ou seja, depende igualmente da responsabilidade desse indivíduo com sua própria saúde. É um compromisso mútuo entre profissional e usuário, em que cada um é responsável por aquilo que lhe compete; quando as ações não têm uma sinergia, e apenas um dos lados modula suas condutas em favor do cuidado, este não evolui satisfatoriamente, podendo inclusive trazer consequências negativas à saúde. Isso significa dizer que necessita de ações de autocuidado, que devem ser estimuladas por meio de práticas que empoderem o usuário para esta reação. Ressalta-se que esta é uma tarefa complexa, que envolve tanto fatores socioeconômicos quanto depende de aspectos internos do indivíduo como sua autointeração.

6.3.3 Conceito: Relacionando-se multiprofissionalmente para o cuidado

Referem-se as reflexões internas dos profissionais que reconhecem a necessidade de relacionar-se multiprofissionalmente para uma ação conjunta de cuidado do usuário. Isso porque, para atender às diversas demandas de saúde desse indivíduo, às vezes todas elas influenciando uma única condição, necessitam auxílio de outros saberes distintos. Contudo, relacionar-se com o outro para atingir um objetivo comum na assistência ao usuário nem sempre é tarefa fácil, visto que há diferentes perspectivas de cada indivíduo para o cuidado. Por esse motivo, além de refletir e as considerar, mobiliza diversas competências pessoais e interpessoais para dispor nas variadas situações e contextos que requerem o cuidado em interação com outro. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.3.3.1 Reconhecendo a necessidade da articulação multiprofissional

O profissional reflete que para cuidar do usuário é preciso considerar as competências multiprofissionais, pois reconhece que alcança melhores resultados para este indivíduo quando as ações são conjuntas, articuladas e complementares uma a outra. Diante disso, busca-se evitar a fragmentação do usuário, entendendo que o não cuidado do todo interfere no cuidado das partes. Quando o profissional age com essa perspectiva, ele compreende que não é possível trabalhar sozinho para atender às diferentes demandas apresentadas, e como estas interferem em um cuidado específico. Como consequência dessa interação/ação, ele identifica melhoras na condição de saúde do usuário e ao mesmo tempo favorece para que não haja retrocessos e interrupções ao cuidado.

6.3.3.2 Dispondo de boas competências pessoais e interpessoais

Trabalhar em equipe em favor do usuário exige que o profissional disponha de boas competências pessoais e interpessoais, uma vez que as relações entre as pessoas de um modo geral, nem sempre são harmoniosas, e quando referem-se a inter-relacionamentos profissionais, em que cada um traz perspectivas próprias de seu *know-how*, podem ser ainda mais intensas. Desse modo, trabalhar em equipe exige o saber se relacionar, saber se comunicar, saber colocar-se no lugar do outro, ser atencioso, cauteloso e humilde para reconhecer suas próprias limitações, buscando auxílio quando necessário. Ao considerar o cuidado na prática multiprofissional, a observação e atenção contínua também são atributos desejáveis que auxiliam o pensamento clínico e na tomada de decisão para o seguimento ou não de uma conduta anterior. Nesse sentido, o cuidado multiprofissional é percebido como um aspecto que favorece a segurança do usuário dentro das instituições, por evitar iatrogenias que poderiam passar despercebidas nas práticas individuais. Para tanto, exige-se que os profissionais estejam abertos e dispostos a serem flexíveis para adaptar-se quando necessário às diferentes situações comuns à dinâmica diária do cuidado, respeitando e valorizando a competência do outro, reconhecendo suas fragilidades e com isso colaborar mutuamente para o cuidado.

6.3.4 Conceito: Articulando-se intraequipe para o cuidado

Referem-se a como os profissionais interagem e relacionam suas ações orientadas para o cuidado dos usuários como um todo. Quando possível e necessário, discutem os casos multiprofissionalmente, compartilham a tomada de decisão para o cuidado, estabelecem parcerias e conduzem o cuidado nas intrarrelações profissionais. Essas relações ocorrem em espaços privados de atendimento à saúde, ou seja, nas práticas multiprofissionais das equipes de um mesmo serviço, que ao se articularem para atender a multidimensionalidade do usuário, favorecem que o cuidado a este indivíduo seja integrado, contínuo e coerente, neste ambiente restrito. Ressalta-se que estas são ações e reações possíveis quando motivadas pelo self de cada profissional envolvido com o usuário, uma vez que existem situações dentro de uma mesma equipe em que a assistência pode não ser articulada em objetivos comuns. Quando isso acontece, cuidados podem deixar de ser realizados trazendo prejuízos não só ao usuário, mas também aos profissionais daquele serviço, a instituição e sistema de saúde de um modo geral. As premissas que sustentam esse conceito são:

6.3.4.1 Discutindo os casos multiprofissionalmente

Ocorre durante as reuniões com a equipe e/ou em contato pessoal, com o objetivo de melhorar o cuidado a ser ofertado. São discutidos nesses espaços as condições clínicas em que o usuário se encontrava, as condutas já realizadas bem como as razões para se agir de uma maneira a outra quando é necessário ter condutas que fogem às expectativas de práticas convencionais. Também, nesses encontros, coletivos ou individuais, são discutidos os ganhos em saúde dos usuários, uma vez que mudanças na evolução do quadro clínico podem exigir adaptações ou alterações nas condutas individuais de um profissional para o usuário em um atendimento privado.

6.3.4.2 Compartilhando a tomada de decisão para o cuidado

Após as discussões dos casos multiprofissionalmente, busca-se entrar em um consenso para direcionar o cuidado de modo que este traga mais benefícios e resultados positivos ao usuário. No contexto do cuidado intraequipe de um mesmo serviço, esse consenso é operacionalizado com a programação de um plano de

cuidado, no qual cada profissional expõe e defende suas perspectivas para determinada ação, e o que espera alcançar com a mesma. Há sempre a contrapartida entre os membros da equipe, visando ajustar as ações de modo que as condutas individuais sejam condizentes com as necessidades em saúde e que favoreçam a integralidade do usuário, e não só uma parte específica.

6.3.4.3 Conduzindo o cuidado nas intrarrelações profissionais

Com o objetivo de cuidar do usuário atendendo suas diversas demandas, o profissional reconhece a importância de considerar as competências multiprofissionais. Ele consegue conduzir o cuidado, mas reflete que o otimizará se trabalhar em conjunto com o outro profissional que detém o conhecimento específico para determinada demanda. Desse modo, ele conduz o cuidado estabelecendo parcerias baseadas em um relacionamento de confiança e na boa prática em saúde dos membros da equipe. As situações em que o cuidado, dentro de um serviço específico, não é articulado e a colaboração mútua é inexistente, geram sentimentos de revolta nos profissionais comprometidos, porque percebem os retrocessos ao cuidado. Esses são evidenciados pela não melhora do usuário; aumento do tempo de permanência na instituição; altas precoces no sentido de que os problemas de saúde não estão bem resolvidos; aumento na carga de trabalho para estes profissionais comprometidos, que necessitam realizar novamente o mesmo cuidado; aumento dos custos para o serviço; e, indiretamente, também afetam a comunidade como um todo, pois aumentam o tempo na fila de espera para os que necessitam de atenção especializada.

6.4 CONCEITO CENTRAL: A INTERAÇÃO NA VIVÊNCIA DO CUIDADO: VISLUMBRANDO POSSIBILIDADES PARA A CONTINUIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diante dos conceitos, premissas, e conexões entre estes apresentados, foi possível identificar uma ideia central à teoria elaborada: “*A Interação na vivência do cuidado: vislumbrando possibilidades para a continuidade na rede de atenção à saúde*”. Este conceito, concerne ao reconhecimento das limitações, relacionadas às (dis) funcionalidades do sistema de saúde, para alcançar o cuidado, conexo e coerente às necessidades dos usuários, no contexto da rede de atenção enquanto

integração entre as configurações. Contudo, vislumbra-se possibilidades de torná-lo concreto quando os profissionais de saúde interagem, mesmo que esta interação se restrinja às intrarrelações, e têm ações que visam solucionar, em tempo oportuno, os problemas de saúde apresentados.

Destaca-se que para ser possível, a continuidade do cuidado deve de fato iniciar nas práticas intraequipe, uma vez que o cuidado pode ser fragmentado já neste momento. A teoria elaborada, identificou essas ações e interações, como produtos do contexto interno desses indivíduos – seu Self, moduladas de acordo com o que significa para eles agirem em direção ao cuidado resolutivo e integral. Para tanto, consideram os diferentes aspectos do contexto social, clínico e pessoal do usuário, que possam interferir na saúde como um todo, bem como as diferentes perspectivas para o cuidado. E, necessita da ação conjunta intraprofissionais, interprofissional-usuário e interprofissional-família.

Desse modo, utilizam o *self* por meio da ação da mente, e criam estratégias, que significam para si, oportunizar adequações ao cuidado, baseados nas interações com o outro, a fim de torná-lo efetivo e completo, tendo em vista as condições limitantes que vivenciam no contexto da rede.

A ação e interação cooperativa, permite aos indivíduos, com o tempo, construir uma identidade cultural que auxilia e guia as condutas individuais e conjuntas em direção ao cuidado continuado.

6.5 DIAGRAMA DA TEORIA

A fim de promover melhor compreensão da teoria elaborada e suas relações conceituais, apresenta-se um diagrama geral (FIGURA 10), que busca tornar possível sua visualização total. No esquema proposto busca-se transmitir a ideia de que o fenômeno se manifesta como uma corrente inicialmente fragmentada, mas que procura se unir para que de fato possa ser concebida como algo contínuo.

O primeiro elemento do diagrama, representado pelos “elos” amarelos e fragmentados, correspondem as condições limitantes da rede de atenção para a continuidade do cuidado. Este fragmento demonstra que a integração entre as configurações apresenta significativas lacunas que dificultam o seguimento do cuidado em amplo sentido.

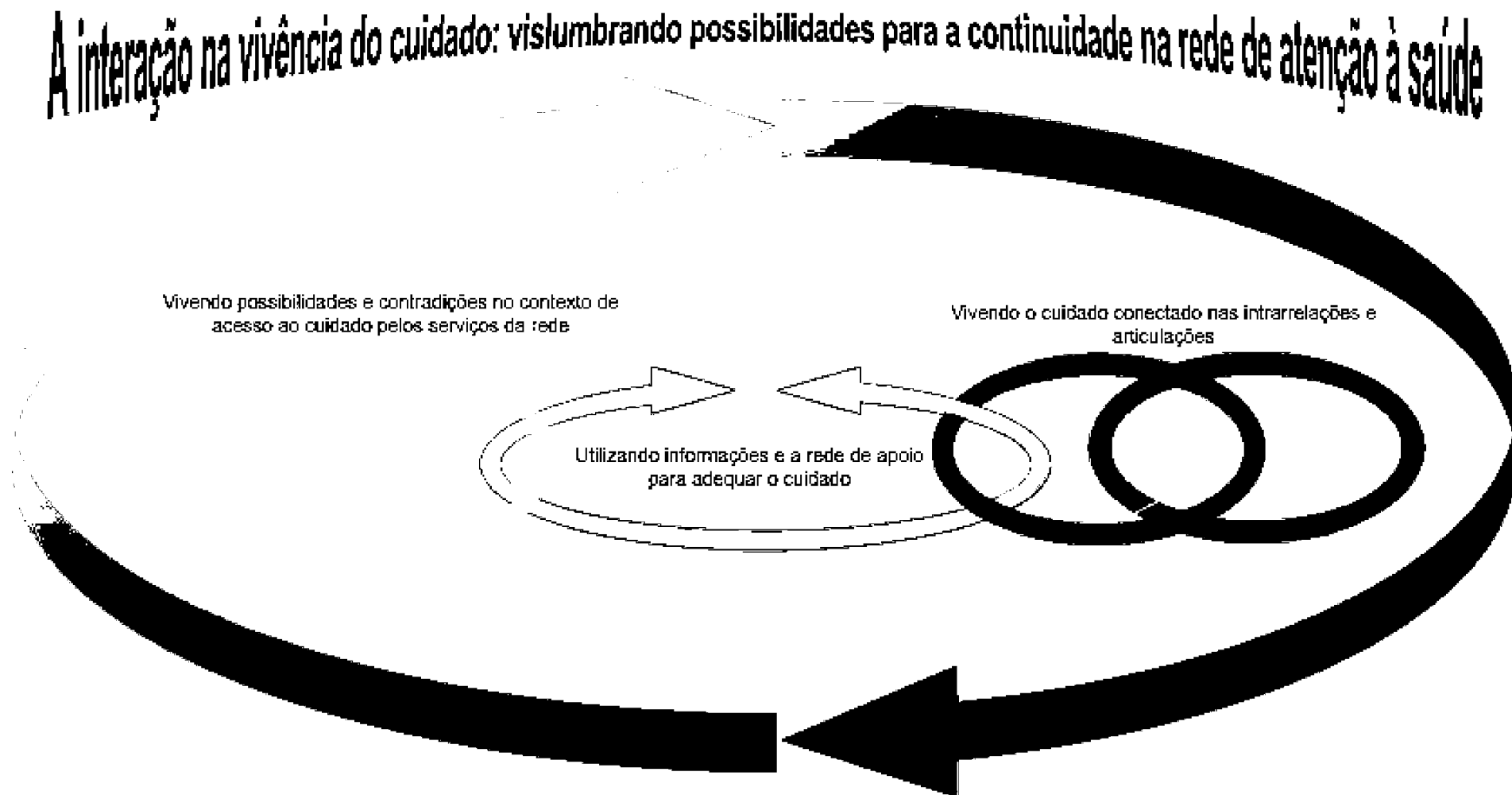
O segundo elemento, representado pelo “elo” central, demonstra as ações e interações dos indivíduos para o “como” eles buscam enfrentar a “situação problema” e adequar o cuidado a fim de torná-lo conexo e coerente as necessidades apresentadas. Nesse “elo”, percebe uma transição de cores, entre amarelo (sombra externa), laranja (corpo) e vermelho (linhas que contornam). Estas procuram evidenciar a unificação de todos os elementos da corrente, buscando deixar claro que tais ações e interações são importantes e devem ocorrer em todos os contextos da rede de atenção, entretanto, são mais evidentes em alguns locais da rede do que em outros.

E por fim, o terceiro elemento, “elos” vermelhos, representam a continuidade do cuidado nas intrarrelações, normalmente restritas aos espaços privados dos serviços, e, geralmente, naqueles de atenção especializada/hospitalar. Assim, os participantes entendem a continuidade como o percurso que se inicia ao conseguir acessar esses serviços e profissionais e, “continuar” o cuidado neles até a resolução dos problemas. As setas externas correspondem ao conceito central. Estas, em duplo sentido, apontam que as interações para o cuidado são vivenciadas cíclica e constantemente, ou seja, não apresentam ou sentido linear ou hierárquico.

Desse modo, percebe-se, que a vivência do cuidado na perspectiva da continuidade na rede de atenção à saúde, quando possível, ocorre nas relações e articulações intraequipes clínicas e entre profissionais e usuários/família, todavia dependem de motivações internas que guiam as condutas nesse sentido.

Essas são evidenciadas nas práticas de profissionais comprometidos com a saúde e o cuidado do usuário. Vale destacar que estas ações, ainda que fragmentadas ao que concerne o contexto de integrações entre os serviços, constituem um importante caminho para a consolidação dos cuidados continuado.

FIGURA 10 - DIAGRAMA DA TEORIA "VIVÊNCIA DO CUIDADO PELOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE



Fonte: A autora (2017).

7 DISCUSSÃO

Este capítulo procura realizar uma discussão entre a teoria elaborada e a literatura existente, com vistas a encontrar aspectos convergentes e divergentes diante dos resultados desta pesquisa. Com isso, agregar contribuições ao conhecimento presente acerca da temática, bem como evidenciar lacunas que ainda precisam ser desenvolvidas por pesquisas futuras.

Por corroborar com o conceito de Gulliford, Naithani e Morgan (2006), que consideraram a continuidade do cuidado sob o ponto de vista tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde; buscou-se compreender, neste estudo, o significado da vivência do cuidado nessa perspectiva para ambos os atores. Entretanto, estudos brasileiros acerca do tema e, principalmente, com semelhanças à pesquisa realizada ainda são incipientes.

Tal fato pode ser justificado, em parte, pela falta de um consenso com relação à terminologia, mas também porque as discussões sobre o que é continuidade do cuidado e sua importância para os usuários, profissionais e sistema de saúde como um todo, são relativamente novas nesse meio. Visto que os primeiros relatos a respeito do tema na literatura internacional datam de 1950 (UIJEN et al., 2012), e no Brasil o termo em si começa a aparecer na literatura em 2008 (ROSA FILHO; FASSA; PANIS, 2008; OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008).

Ao realizar a busca na literatura por pesquisas nacionais sobre a temática, foram encontrados 103 estudos (SCIELO – 37; LILACS, MEDLINE, BDEF, IBECS e COLECCIONA SUS via Bireme – 66), destes apenas três referem-se às questões da continuidade do cuidado durante a trajetória dos usuários na rede de atenção à saúde (FREITAS et al., 2014; VIEIRA et al., 2014; NÓBREGA et al., 2017). Utilizou-se o descritor “continuidade da assistência ao paciente” e os filtros: texto completo disponível on-line, idiomas: português, inglês, espanhol, e Brasil para país, no período de 2001 a 2017.

Embora as três pesquisas encontradas na literatura retratem a experiência da continuidade, apenas uma refere-se a vivência em si (VIEIRA et al., 2014), e nenhuma delas traz a perspectiva de usuários e profissionais; ficando restrita a dos familiares cuidadores.

Ressalta-se, também, que os trabalhos foram realizados nos estados de Minas Gerais e Paraíba, não sendo encontrado, na literatura consultada, pesquisas que demonstrem essa vivência no estado do Paraná. Esse é um achado significativo, uma vez que esse estado foi considerado como uma das experiências mais exitosas ao que se refere à implantação das RAS no Brasil com o programa “Mãe Curitibana” (BRASIL, 2014).

Diante disso, é possível vislumbrar que alguns dos aspectos que emergiram nesta pesquisa também são trabalhados em diferentes estudos, nacionais e internacionais, que tratam de questões referentes ao cuidado na perspectiva da continuidade.

Na realidade do sistema de saúde brasileiro, a continuidade, em linhas gerais, refere-se ao conjunto de ações que visam garantir o princípio da integralidade da atenção (BRASIL, 1990; BERNARDINO et al., 2010). Todavia, existem fatores que contribuem para sua inexistência, principalmente, nas situações em que o usuário necessita transitar pela rede de saúde (COLEMAN; BOULT, 2003; BONFADA et al., 2012; VERAS et al., 2014; FLINT, 2015). Para tanto, as RAS têm o objetivo de minimizar as descontinuidades do cuidado, utilizando mecanismos regulatórios, como o sistema de referência e contrarreferência (GIOVANELLA, 2014; WAIBEL et al., 2015; BARCELÓ, et al., 2012).

Estes mecanismos dizem respeito às ações institucionais que visam garantir a continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção da rede, sendo que os de referência buscam promover a continuidade no fluxo: atenção primária – especializada/hospitalar e os de contrarreferência no sentido contrário.

Apesar das estratégias de referência estarem mais consolidadas do que as de contrarreferência, e encontrar na literatura científica um significativo número de estudos relacionados à continuidade do cuidado no contra fluxo (SIMINO; SANTOS, MISHIMA, 2010; RODRIGUES et al., 2013; COELHO et al., 2016; COSTA et al., 2015; PRETO et al., 2017), esta pesquisa demonstrou fragilidades ao seguimento do cuidado também no fluxo.

A vivência dos participantes revelou que as dificuldades são percebidas já no contato inicial com os serviços, e não apenas como imaginávamos no início desta pesquisa, como fragmentações relacionadas às contrarreferências, embora estas também tenham sido confirmadas.

Ao corroborar com Zanello et al., (2015), acredita-se que a continuidade do cuidado é vivenciada ao longo do tempo pelas pessoas que buscam os serviços de saúde, ou seja, deve ser considerada em ambos os sentidos. Além disso, também diz respeito a como estes serviços respondem de forma a integrar e coordenar as ações, para manter o cuidado de maneira coerente ao usuário (REIS et al., 2002; ZANELLO et al., 2015), incluindo questões de acesso, efetividade e eficácia (BENETT, 2014; WEAVER; COFFEY; HEWITT, 2017).

No contexto da rede de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o local no qual os usuários têm o primeiro contato ao cuidado e, conceitualmente, deve ser responsável pela coordenação e continuidade deste ao longo do tempo (DUARTE et al., 2015; BRASIL, 2014; DREIHER, 2012; YE et al., 2016).

Embora seja considerada como responsável por uma atenção ambulatorial não especializada, deve ser capaz de resolver até 85% das demandas da comunidade (LAVRA, 2011; BRASIL, 2014). Todavia, demonstra fragilidades em sua capacidade resolutiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; TESSER; POLI-NETO, 2017).

Estas referem-se aos aspectos organizacionais e burocráticos, relacionados à disponibilidade de exames e serviços fundamentais, que limitam o seu poder de dar respostas efetivas, e em tempo oportuno aos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2014; BOUSQUAT et al., 2017). Desse modo, o acesso assegurado ao primeiro contato na AP, não é sinônimo de garantia de cuidado resolutivo às necessidades apresentadas. A presente teoria apresentou resultados similares à estas condições.

Outros estudos reiteram debilidades à continuidade do cuidado, ao que concerne à disponibilidade de recursos e às burocracias da rede. Estas ao invés de facilitar o processo de trabalho, muitas vezes dificultam a efetividade das ações (NÓBREGA et al., 2017; LEITE et al., 2014).

Bousquat et al. (2017), analisaram na perspectiva de gestores e usuários, a coordenação do cuidado pela AP em uma região do estado de São Paulo, e encontrou resultados similares à pesquisa em discussão. De acordo com os autores, ficou evidente a dificuldade deste local de atenção, tanto em se constituir como principal porta de entrada do sistema, quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva. Como justificativa à experiência dos usuários, os gestores reproduziram argumentos previstos nas diretrizes nacionais para a organização e burocracia dos fluxos da rede (BOUSQUAT et al., 2017).

Contudo, deve-se considerar as concepções fundamentais deste local de atenção como responsáveis por ofertar cuidados de baixa densidade tecnológica (LAVRA, 2011). Desse modo, ressalta-se que nem todas as demandas de saúde, identificadas como não resolvidas, são de fato sensíveis ao atendimento primário.

Finkler et al. (2014) avaliaram a relação de acesso e resolutividade na assistência à saúde da criança na APS, e observaram que a maioria dos atendimentos priorizados para consultas médicas ocorriam em situações agudas de doença. Na teoria elaborada, o dimensionamento das vagas para consulta médica, também era realizado sob o critério de priorização para ocorrências de quadros agudos.

Percebe-se, com isso, o predomínio no significado para usuários e profissionais da busca pelos serviços centrado nas ações curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; FERTONANI et al., 2015), o que exige na maioria das vezes a utilização de tecnologias mais avançadas para atender as necessidades em saúde (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011), e que não estão contempladas no escopo da AP.

Ações, por parte dos profissionais, relacionadas aos programas de acompanhamento em saúde que visem à manutenção e estabilidade de condições crônicas foram relatadas, porém, de maneira bem mais discreta às agudas. Sendo justificadas como consequência da inexistência dos fluxos de contrarreferência.

Essas barreiras são consequências tanto à conduta dos usuários, com insuficientes práticas de prevenção e promoção à saúde, quanto aos resquícios da organização fragmentada dos serviços que sempre funcionou de forma reativa à busca do usuário, resultando em importantes lacunas no cuidado às condições crônicas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2013b).

Esclarecidas as particularidades, ressalta-se que, de um modo geral, o baixo poder de resolutividade da APS, contribui para o insuficiente reconhecimento deste ponto da rede como fonte de confiança para a continuidade do cuidado (NEVES et al., 2015), inclusive ao que concerne as ações de prevenção e promoção à saúde.

Essas situações contribuem para o congestionamento de outros pontos da rede, como os serviços de urgência e emergência, atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, restringindo o acesso em tempo oportuno para os usuários que necessitam destes serviços (ERDMANN et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Dilégio et al. (2015), investigaram o acesso e a qualidade dos serviços de saúde de 100 cidades distribuídas em 23 estados das cinco regiões geopolíticas do Brasil, e verificou que a falta de acesso aos serviços foi mais prevalente para os estabelecimentos hospitalares, seguida dos serviços de urgência e emergência e cuidados domiciliares, respectivamente.

Esses achados convergem e divergem, em partes, com a vivência dos participantes desta teoria. Convergem no que se refere às dificuldades de acesso aos serviços hospitalares, mas divergem acerca do acesso aos estabelecimentos de urgência e emergência. Esses foram identificados como uma forma de desvio ao primeiro contato na rede, almejando respostas mais rápidas. Outro achado na teoria elaborada, que não foi relatado na pesquisa de Dilégio et al. (2015), referem-se às limitações de acesso ao atendimento ambulatorial especializado.

Estudos demonstram que as barreiras identificadas para a falta de acesso aos serviços hospitalares incluem questões estruturais e organizacionais; como falta recursos humanos, materiais e leitos disponíveis (DILÉLIO, et al., 2015; NUNES et al., 2015; PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011). Estes, também identificados nesta pesquisa e representam importantes obstáculos à continuidade do cuidado e à satisfação dos usuários em relação aos serviços da rede (MORGAN; PASQUARELLA; HOLMAN, 2004; WETMORE et al., 2014).

O acesso na atenção especializada é considerado um dos gargalos do SUS (SILVA et al., 2017; SPEDO et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2014; TESSER; TESSER; POLI-NETO, 2017), e sua maior fragilidade relaciona-se à hegemonia do modelo de saúde curativista, à baixa resolutividade da APS e também ao dimensionamento e organização da oferta dos serviços (BRASIL, 2015).

Conceitualmente, a utilização dos serviços de maior complexidade tecnológica deveria atender à lógica de oferecer apoio para situações de maior gravidade clínica e/ou dificuldade diagnóstica, e, com isso auxiliar a AP na promoção de uma assistência mais efetiva, com ações especializadas aos que dela necessitem (TESSER; POLI-NETO, 2017). Contudo, na teoria elaborada, foi possível identificar que a demanda por acesso a estes serviços nem sempre obedeciam essa lógica. Sendo referida pelos profissionais da atenção primária, como necessária para agir em situações em que eles eram capazes, cientificamente, de resolver, mas sem autonomia para utilizar recursos terapêuticos e de apoio diagnóstico necessários para dar respostas efetivas.

Há de se fazer um contraponto acerca das dificuldades de acesso à atenção especializada, chamando a atenção para as insuficientes práticas de atendimento à saúde nas condições crônicas, em que os encontros com os profissionais da APS são geralmente pontuais, e em casos de agudização da doença (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; COELHO et al., 2016; DUARTE et al., 2015).

Encontros frequentes com uma mesma equipe de saúde ao longo do tempo são considerados valiosos para a continuidade do cuidado, uma vez que contribuem para fortalecer o vínculo de confiança entre profissional e usuários com consequente cooperação mútua para o cuidado (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; HAGGERTY et al., 2003; BURGE et al., 2011; PAULA et al., 2015). De acordo com Mendes (2012), a consolidação de fortes vínculos na APS, favorece a procura destes serviços independente da presença de um problema.

Esses encontros, descritos na literatura como continuidade relacional são considerados um dos atributos centrais à APS. (BURGE et al., 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; PAULA et al., 2015; KRISTJANSSON et al., 2013). Eles favorecem o desenvolvimento de relações interpessoais, melhoram a adesão ao tratamento, promovem cuidados preventivos aprimorados, contribuem para a redução das taxas de internações hospitalares e necessidade de utilização de serviços de urgência e emergência, e melhoram os resultados na segurança do cuidado ao usuário (PAULA et al., 2015; MENDES et al., 2017; CHEN; AYANIAN, 2014; BJORKELUND et al., 2013; ROMAIRE et al., 2014; WILLIAMS, 2014; MEDINA-MIRAPEIX et al., 2013).

Nesta pesquisa, esse tipo de continuidade não foi identificado ao que concerne à APS, ficando essa relação de confiança com um profissional ou equipe identificada restrita aos serviços de atenção especializada/hospitalar. Desse modo, para os participantes, o cuidado é “continuado” nesses estabelecimentos desde o momento do alcance do acesso até a resolução de seus problemas.

Costa et al. (2015), ao analisarem o sistema de referência e contrarreferência de uma rede de atenção aos usuários de drogas, também identificaram a centralização de ações ao cuidado destes indivíduos na atenção especializada.

Percebem-se restrições no conhecimento por parte dos profissionais dos serviços de atenção hospitalar sobre o funcionamento da rede, em especial ao processo de trabalho da APS. Outros estudos também evidenciaram situações em

que a equipe da atenção especializada demonstrava insuficiente reconhecimento das atribuições e responsabilidades destes serviços. Com isso, resultou na baixa integração, comunicação e co-participação do cuidado com esses serviços, no que se refere às ações de contrarreferência. Estes aspectos contribuem para o impedimento da APS exercer seu papel de coordenação do cuidado (OCAMPO-RODRIGUES, 2013; OPAS, 2012; LAMATA, 2011; ALMEIDA; GÉRVAS; GIOVANELLA, 2013; GIOVANELLA, 2014; WAIBEL et al., 2015; SANTOS et al., 2017).

Igualmente, a APS não tem demonstrado iniciativa em suas ações para favorecer a construção de um projeto terapêutico singular e articulado com os demais serviços da rede, uma vez que se desresponsabilizam pelo cuidado ao usuário, ao identificar que este está sendo assistido por um serviço de referência (NÓBREGA et al., 2017). Nesse sentido, é preciso envidar esforços para assumir seu papel na RAS, e desse modo, contribuir para a redução de demandas aos demais locais de atendimento à saúde (NÓBREGA et al., 2017; ROSENTHAL, 2012; ERDMANN et al., 2013; BRASIL, 2013; MENDES, 2015; DUARTE et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Destaca-se que tais esforços também se relacionam às ações governamentais que visem incrementar o poder de resolutividade da APS (LAVRA, 2011), investindo em capacitação destes serviços e profissionais, para otimizar o cuidado e os fluxos de referência. Segundo Pedroso e Motta (2013), muitos serviços de saúde apresentaram profissionais sem competência necessária para promover o cuidado, resultando em encaminhamentos de referência incorretos que contribuem para a “crise” de acesso a estes serviços.

Nota-se que as maiores dificuldades e desafios à continuidade do cuidado dizem respeito às lacunas no sistema de referência e contrarreferência (LAVRA, 2011; COELHO et al., 2016; DUARTE et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2014), e, que nesta tese foram caracterizadas como fatores relacionados tanto à (des) articulação entre os serviços de atendimento à saúde, como também por questões organizativas e burocráticas internas de cada serviço.

Para Erdemann, Andrade e Drago (2013), o estabelecimento de fluxos e contra fluxos do cuidado, organiza a transição do usuário pela rede, promove e facilita o acesso universal e garante a continuidade na assistência. Todavia, Albuquerque et al. (2014), destacaram que apenas os estabelecimentos de fluxos de

encaminhamento com a implementação de centrais, protocolos, fichas, entre outros, não é suficiente para promover e consolidar a continuidade. Para tanto, necessita-se efetivar formas de diálogo entre as equipes das diversas configurações do sistema de saúde, para oportunizar resolutividade em suas práticas de cuidado aos usuários.

Apesar das condições limitantes da rede de atenção, como um todo para promover e operacionalizar a continuidade do cuidado, algumas pesquisas demonstraram que ela é possível na realidade brasileira (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUAN, 2012). Todavia, o trabalho de Santos et al. (2017), não encontrou resultados convergentes com essa afirmação. Os autores, ao avaliarem o grau de desenvolvimento dos componentes de uma RAS para hipertensos, identificaram, entre outros resultados, que a APS não coordena o cuidado destes usuários.

Igualmente, Almeida, Marin e Casotti (2017) ao analisarem a coordenação do cuidado por meio de dados do programa nacional para a melhoria da qualidade e do acesso à atenção básica, identificaram que a APS se consolidou como porta de entrada preferencial. Entretanto, o tempo de espera para atendimento especializado era alto e a comunicação entre os serviços insuficientes, o que dificultava o percurso do usuário na busca pelo cuidado.

As condições desta teoria também demonstram que as debilidades a continuidade do cuidado são vivenciadas em todo o contexto da rede, inclusive durante o fluxo da APS para a atenção especializada/hospitalar, no primeiro sentido dizem respeito à dificuldade de garantir o cuidado resolutivo em tempo oportuno. E, no segundo, as ações de CC são, praticamente, inexistentes.

Diante do exposto, percebe-se que as maiores adinamias à continuidade estão relacionadas às situações em que o usuário necessita transitar pela rede, onde, geralmente, há falhas na comunicação da informação e articulação entre os profissionais e os serviços (ROCHESTER-EYEGUOKAN, 2016; FLINT, 2015; NÓBREGA et al., 2015; NAYLOR; SOCHALSKI, 2016; FUJI et al., 2012; NAYLOR et al., 2011; RNAO, 2014; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Estas situações, marcadas por descontinuidades na assistência, representam maior potencial de ameaça à segurança e qualidade do cuidado, uma vez que podem resultar em danos ao usuário, aumentar o risco de readmissões hospitalares e/ou o tempo de permanência nas internações, além disso, geram uma carga econômica elevada para o sistema de saúde (COLEMAN et al., 2013; FLINT,

2015; OLSEN et al., 2013; KING et al., 2013; BURBACH et al., 2016; DOSSA; BOKHOUR; HOENIG, 2012; JEFFS et al., 2012; McKAIN et al., 2005; FORD; INGERSOLL-DAYTO; BURGIO, 2016).

Burke et al., (2013) descreveram, com base em uma extensa revisão de literatura, alguns componentes tidos como ideais para promover transferências seguras dos usuários, pelas diferentes configurações do sistema de saúde. Esses componentes ou domínios, como classificam os autores, visam minimizar as possibilidades de fragmentação do cuidado entre estas configurações.

Destaca-se que a importância desses domínios à continuidade do cuidado relaciona-se à necessidade de discutir alternativas ou melhorias aos mecanismos de referência e contrarreferência, devido sua limitada capacidade de promover transferências seguras, uma vez que se restringem ao envio de instrumentos que transmitem, minimamente, os motivos dos encaminhamentos aos serviços.

Desse modo, a operacionalização da continuidade do cuidado envolve, além dos fluxos de encaminhamentos, ações relacionadas à comunicação completa das informações, o que inclui disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das mesmas quanto aos aspectos clínicos atuais, história pregressa, medicações em uso, entre outros aspectos que possam ser relevantes ao cuidado como contexto social e relacional (BURKE et al., 2013; FLINT, 2015); planejamento de alta e orientação em saúde dos usuários e familiares, com vistas à autogestão do cuidado; solicitação de apoios social e comunitário, quando necessário, monitoramento e gerenciamento dos sintomas pós-alta e acompanhamento ambulatorial. Todas essas ações devem permear a prática coordenada do cuidado entre equipe, tanto dentro de um mesmo estabelecimento quanto para além deste (BURKE et al., 2013; NAYLOR et al., 2011; RNAO, 2014).

Percebe-se que dentre as ações citadas muitas delas referem-se à promoção da continuidade do cuidado no contra fluxo. Porém, destaca-se sua importância em um sentido ampliado, adaptando conforme as circunstâncias a que se aplicam. Na teoria elaborada, alguns desses componentes permearam as ações/interações dos participantes, a fim de adequar o cuidado e torná-lo coerente às necessidades de saúde apresentadas. Dentre todos, os que concernem ao contexto das informações foram os mais significativos, seguidos pela rede de apoio familiar e profissional, e empoderamento dos usuários e da família.

Para os profissionais, o primeiro passo para ter um cuidado coerente é obter os dados referentes às questões pessoais, sociais e clínicas do usuário, a fim de compreender os determinantes do processo saúde-doença. Esta é uma ação significativa para esses indivíduos, uma vez que a maneira como entendem a saúde e a doença está diretamente relacionada com a forma como eles conduzem o cuidado. Acredita-se que esta ação e reação é explicada pela auto-interação que fazem para guiar suas condutas por meio de seu Self, conforme explicam as premissas do interacionismo simbólico (CHARON, 2010).

Nesta pesquisa, foi possível notar que, para os profissionais, a compreensão do contexto de informações do usuário, possibilita para eles prever ações que atendam todas as dimensões dos problemas de saúde, a fim de tornar o cuidado resolutivo. Ao corroborar com Leite et al. (2014), o acesso às informações constituiu-se como central para a promoção do cuidado integral. Os autores trabalham essa perspectiva referindo-se às informações de cuidado para os usuários, porém, na teoria elaborada elas também foram significativas na prática dos profissionais nesse sentido.

As informações são importantes mecanismos que auxiliam a conexão entre os cuidados prestados pelos diferentes profissionais, bem como entre os eventos que permeiam as necessidades dos usuários (REID et al., 2002; HAGGERTY et al., 2003; NÓBREGA et al., 2017). O compartilhamento destas contribui para o delineamento e otimização das práticas em saúde, entretanto, necessitam ser completas e qualificadas em seu conteúdo (LEITE et al., 2014; POURASGHAR et al., 2016).

Ao que concerne à continuidade entre as diferentes configurações do sistema de saúde, elas são determinantes tanto na garantia de acesso aos serviços, quanto na maneira “como” esse cuidado será conduzido pelos profissionais em seus espaços privados. Como garantia de acesso aos serviços, o trabalho de Pereira e Machado (2016), analisou como ocorriam os fluxos do cuidado entre um serviço de reabilitação física, unidade hospitalar e APS, e, verificou que os formulários de referência e contrarreferência apenas cumpriam uma formalidade instituída, demonstrando serem ineficientes como instrumento de comunicação. Além disso, muitas vezes não atendia nem ao objetivo de garantir o acesso aos serviços de maior complexidade.

Os autores ressaltaram que o simples envio do documento de encaminhamento não garante o acesso aos serviços de referência (PEREIRA; MACHADO, 2016). Outros trabalhos referem que a transferência de dados entre profissionais e serviços são fragilizadas e cada vez mais ineficientes e inadequadas (MESTEIG, et al., 2010; POURASGHAR et al., 2016; GRIFFITHS et al., 2014).

A falta ou imprecisão de dados sobre o histórico de saúde, situação clínica atual, plano de medicamentos e cuidados, história funcional e psicológica e os aspectos em saúde não resolvidos ou parcialmente resolvidos que necessitam de acompanhamento (McKAIN et al., 2005; STRAHAN; BROWN, 2008; FLINK, et al., 2012; FLINT, 2015; KING et al., 2013; JEFFS et al., 2017) impedem o conhecimento das reais necessidades de cuidado, comprometem a elaboração de um plano assistencial adequado e coerente e limitam a capacidade de CC.

Ressalta-se que essas dificuldades também são vivenciadas dentro dos próprios serviços, comprometendo desse modo, a CC intraequipe (RINNER et al., 2016; NÓBREGA et al., 2017; DUARTE et al., 2015). Pourasghar et al. (2016), realizaram uma pesquisa para identificar as barreiras que influenciam negativamente o intercâmbio de informações durante a transferência do usuário entre hospitais e um centro de tratamento e orientação. Os autores identificaram que as falhas ocorriam nos dois sentidos, de fluxo e contra fluxo; resultando consequências em várias dimensões da assistência à saúde: gerencial, clínica, econômica e social.

Arce e Sousa (2014) ao buscarem conhecer as práticas de saúde voltadas para a garantia da CC interna aos serviços da APS, identificaram ao que concerne os registros das informações, que os profissionais de saúde têm dificuldades em reconhecer o registro dos dados dos usuários em prontuários como ações estratégicas para avaliação e seguimento do cuidado ao longo do tempo. Os registros das informações comumente se restringiam aos dados vitais e avaliações clínicas direcionadas à queixa principal.

Essas limitações não inviabilizam completamente a CC aos usuários, todavia comprometem a qualidade e segurança do cuidado, além de dificultar o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, uma vez que são carentes de dados sócio-econômico-cultural. Ou seja, é possível conhecer minimamente o histórico clínico de queixas, diagnósticos e condutas (ARCE; SOUSA, 2014), mas nem sempre é possível garantir resolutividade em tempo oportuno às necessidades apresentadas.

Nesta tese, igualmente foram identificadas lacunas nos documentos que compilam as informações dos usuários. Estas estão relacionadas à insuficiência de dados objetivos a respeito dos dados clínicos ao que se refere à quantidade e qualidade, bem como inexistência de dados subjetivos que poderiam influenciar de alguma maneira a continuidade. Com relação à transferência no contra fluxo, quando existentes, na maioria das vezes diziam respeito apenas às prescrições médicas ou de cuidados específicos, ou seja, também com limitações de conteúdo.

Sistemas integrados de informação são descritos como estratégias que podem contribuir para a promoção da continuidade do cuidado, pois têm potencial capacidade de aumentar o acesso ao conjunto de dados do usuário, organizar as informações facilitando a consulta a elas e evitar duplicação de ações (MARIN, 2010; RINNER et al., 2016; POURASGHAR et al., 2016). O gerenciamento das informações utilizando esses sistemas, podem ser locais, sobre assuntos de cuidados dentro de um mesmo estabelecimento, ou gerais, que favorecem o intercâmbio dos dados entre serviços (RINNER et al., 2016).

Formulários padronizados de transferência de informações também são descritos como estratégias que possibilitam a melhoria do intercâmbio de dados entre os serviços, uma vez que há um consenso para aqueles considerados essenciais à CC (GRIFFITHS et al., 2014).

Ressalta-se que o cuidado ao usuário, geralmente, acontece em contextos de múltiplos relacionamentos, envolvendo um complexo processo de coordenação do cuidado entre profissionais que detém distintos conhecimentos (GEARY; SCHUMACHER, 2012; TREGUNNO, 2013). Desse modo, para o cuidado ser conexo e coerente necessita mais do que transferir/receber uma informação, é preciso compreendê-la. Considera-se assim, que o nó crítico da continuidade do cuidado relaciona-se também à capacidade de comunicação entre serviços, profissionais e usuários (FREITAS et al., 2014; FLINT, 2015; NÓBREGA et al., 2017).

Vale lembrar as diferenças entre informação e comunicação. A primeira corresponde ao conjunto de dados ordenados de modo coerente; a comunicação vai para além disso, ela envolve a interação interpessoal (BROCA; FERREIRA, 2015; LEITE et al., 2014).

De acordo com o que orienta o referencial teórico desta pesquisa, cada indivíduo carrega consigo convicções e perspectivas próprias em relação às suas

ações (CHARON, 2010). Portanto, reconhecendo as múltiplas relações para o cuidado, é preciso buscar compreender além das informações, as diferentes perspectivas que cada indivíduo pondera para suas condutas assistenciais. Nesse sentido, a comunicação assume mais uma vez um papel de destaque, uma vez que fornece meios para os indivíduos debaterem os significados, favorecendo a compreensão mútua (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; LEITE et al., 2014).

Diante das dificuldades experimentadas acerca das lacunas dos dados dos usuários, a comunicação e busca pela compreensão das distintas perspectivas, foram evidenciadas nesta pesquisa como uma estratégia de promoção do cuidado conexo e coerente. Todavia, os participantes em suas condutas individuais, sempre consideravam sua própria visão para a tomada de decisão.

Esse também é um aspecto explicado pelo referencial teórico desta pesquisa. De acordo com o interacionismo simbólico, isso acontece porque a ação humana é resultante não apenas da interação com os outros, mas depende do processo reflexivo interno de cada indivíduo (CHARON, 2010; CARVALHO, BORGES; RÊGO, 2010; CORREA, 2017). Na teoria elaborada, também foram consideradas as informações e perspectivas dos usuários e familiares.

O usuário na CC é considerado seu próprio “prontuário ambulante”, uma vez que utiliza a memória como um arquivo itinerante. Este aspecto pode parecer pouco científico, porém, é por meio dele que as impressões pessoais são transferidas, já que estas informações são pouco valorizadas nos registros formais e conhecidas apenas quando os envolvidos interagem e se comunicam. Todavia, segundo os participantes desta pesquisa, nem sempre o usuário pode ser uma fonte confiável de informações, pois apresentam limitações para transferir dados técnicos em relação aos cuidados recebidos.

A família é capaz de enriquecer o conhecimento acerca dos dados de saúde e cuidado, principalmente, em condições de vulnerabilidade do usuário. As informações que a família compartilha, além de questões clínicas, dizem respeito às preferências do usuário e como estas podem influenciar no plano assistencial bem como na adesão do cuidado (SHERIDAN et al., 2015). Estudos demonstram que o reconhecimento dos valores, preferências, contexto social e apoio do usuário também impactam sobre a adequação do plano de cuidado (COLEMAN et al., 2007; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010; PARRY; KRAMER; COLEMAN, 2006).

A comunicação de informações é significativa, no que diz respeito ao empoderamento do usuário e família para a autogestão do cuidado. Estudos demonstram que estes indivíduos quando desinformados ou mal informados sobre sua doença e planos de cuidados podem não ser capazes de gerenciar sua própria saúde (LEITE et al., 2014; FORD; INGERSOLL-DAYTON; BURGIO, 2016).

A realização de efetivas orientações potencializa a participação ativa dos usuários no cuidado, e, dessa forma contribui para melhores resultados clínicos (FLACKER; PARK; SIMS, 2007; FLINK et al., 2012; BURKE et al., 2013; LEITE et al., 2014). As situações de pós-alta hospitalar ou de consulta especializada, são reconhecidas como as mais vulneráveis aos usuários no que concerne à segurança e à qualidade na CC. Uma vez que se relacionam à capacidade destes indivíduos em compreender e executar as orientações para a promoção do autocuidado efetivo. As questões que podem influenciar esse processo incluem os fatores educacional e cognitivo (COLEMAN et al., 2013).

Nesta teoria, a transferência de informação para o cuidado no contra fluxo era em grande medida realizada diretamente aos usuários e familiares. O intercâmbio de dados entre serviços foi pouco relatado, uma vez que a CC ficava restrita, na maioria das vezes, dentro de um mesmo estabelecimento (acompanhamento ambulatorial) até a resolução final do problema agudo de saúde.

Independentemente de onde e como o cuidado será continuado, a participação do usuário na gestão de sua saúde é fundamental, mas, principalmente, no contexto domiciliar, onde não há uma supervisão profissional direta, os resultados do cuidado estão diretamente relacionados à postura e comportamento na saúde e no cuidado deste indivíduo (BERKOWITZ et al., 2013; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

De acordo com Schimith et al. (2014), os usuários passaram a ocupar um papel de destaque no SUS com a implementação do princípio da participação da comunidade. Desse modo, é preciso incluí-los no cotidiano dos serviços, com práticas de cuidados ativas, inclusive ao que concerne a decisão compartilhada no seu planejamento terapêutico. Essa ação, possibilita que o comportamento em saúde ocorra por meio de decisões orientadas.

Entretanto, essa participação no contexto cultural, ainda necessita ser explicitamente incentivada pelos profissionais de saúde. Essa prática favorece tanto

a autonomia, quanto a responsabilização destes indivíduos para serem protagonistas na gestão de sua saúde (SCHIMITH et al., 2014).

Todavia, nem sempre é possível conseguir uma autogestão efetiva; e vários fatores podem estar envolvidos, como por exemplo, a não compreensão da importância das práticas de cuidado. Nesse sentido os profissionais, participantes deste estudo, referem à importância de compreender os valores dos usuários para a adesão ou não do cuidado. E, a partir disso redirecionar as ações a fim de efetivar as práticas de autogestão e ter efetividade na CC, buscando constantemente fazer-se compreender.

O compartilhamento de perspectivas é um importante aliado na sinergia das condutas e objetivos que se deseja alcançar. Segundo Mead, precursor do interacionismo simbólico, quando se compreendem os significados e se compartilham os mesmos ideais destes, há uma modificação interna, onde se modulam as condutas de forma coerente a este significado compartilhado (BLUMER, 1969). Desse modo, compreender as razões do outro e buscar ser compreendido, são aspectos que favorecem o seguimento do cuidado.

Na teoria elaborada, além de considerar a participação do usuário no cuidado, a família também foi identificada como a principal rede de apoio para o cuidado, sendo caracterizada tanto como apoio físico, quanto emocional para o usuário. Todavia, a rede de apoio familiar neste estudo diverge do ideal preconizado por Burke et al. (2013). No trabalho dos autores ela apresenta-se como um cuidado apoiado por profissionais de saúde, e nesta teoria, sua utilização tem sentido contrário.

Ao corroborar com a vivência dos participantes, Cornall et al. (2017), referem-se aos cuidadores familiares como “uma mão de obra camuflada”, que proporcionam suporte crucial ao dia a dia dos membros familiares com condições de saúde complexas. Outros estudos identificaram que a família passou a assumir um papel central para superar as disfuncionalidades do sistema ao que concerne à CC. Ela atua como um elo dos profissionais de saúde para garantir que o cuidado não sofra interrupções (ZANELLO et al., 2015).

Para Rodrigues (2013), a família está intrinsecamente envolvida no processo saúde-doença, e por isso, representa uma importante fonte de apoio. Contudo, o ideal a ser percorrido é que ela ofereça esse suporte amparada por profissionais e serviços. No entendimento dos participantes desta tese, ela também pode ser vista

como um dos determinantes da doença, e por isso, é preciso buscar conhecê-la em suas relações, a fim de compreender como estas podem influenciar na saúde e no cuidado, e também como o suporte ao usuário pode ser concebido.

É preciso ainda considerar o desgaste dos cuidadores ao cuidar de um familiar no contexto domiciliar. Uma vez que eles também necessitam estarem bem para promover um cuidado seguro, qualificado e efetivo ao usuário (COLEMAN; ROMAN, 2015; OLIVEIRA; CALDANA, 2012). Os participantes deste estudo reconhecem o desgaste do cuidador familiar e a influência deste desgaste no cuidado ao usuário, e buscam oportunizar espaços para ouvir as dificuldades da família, com o objetivo de tentar auxiliar na organização desta para o cuidado, de modo que nenhum membro familiar se sinta sobrecarregado.

Para Jackson et al., (2012), o cuidado continuado necessita ser centrado também nas preferências e necessidades da família, isso auxilia alcançar melhores resultados no cuidado. Rodrigues e Ferreira (2011) referem que os cuidados prestados pela família dependem de orientação e apoio da equipe de saúde, não apenas ao que concerne à capacitação para as práticas de cuidado, mas também se atentando para as dificuldades que a família poderá apresentar, incluindo o cuidado com o desgaste que esta enfrenta ao conviver com um membro doente.

Ao que concerne à autogestão do cuidado pelo usuário, a família também pode exercer influências positivas. Um estudo realizado com hipertensos acerca da influência da participação familiar na adesão ao tratamento, concluiu que mesmo para aqueles que não tinham suporte familiar, o papel da família foi destacado como fundamental no incentivo à adoção de práticas de autocuidado, sendo descritas como um agente facilitador no cuidado (BARRETO; MARCON, 2014).

Na teoria elaborada, foi possível identificar que nem sempre a família era um suporte presente, sendo necessário aos profissionais adequar suas condutas e solicitar outras redes de apoio social e comunitário para suprir essa lacuna. As redes de apoio social e comunitária são descritas na literatura como importantes componentes para a CC, tal fato independe da participação familiar (BURKE et al., 2013).

Outra rede de apoio utilizada pelos participantes desta pesquisa foi a profissional. Porém, não no contexto de articulações entre serviços, mas sim nas relações informais com colegas especialistas, objetivando dar respostas mais rápidas e efetivas às necessidades de saúde dos usuários, visto as condições

limitantes de procura e oferta no contexto da rede. Desse modo, os profissionais realizavam contato via telefone ou Whatsapp com colegas especialistas, para tirar dúvidas e solucionar o problema do usuário, sem ter que necessariamente recorrer a outros serviços da rede. Também os serviços de telessaúde foram identificados como facilitadores na condução do cuidado.

Na teoria elaborada, foi possível perceber que a continuidade do cuidado, compreendida como o percurso entre iniciar o cuidado para a necessidade de saúde apresentada até a resolução do problema, restringiu-se na maioria das vezes, aos contextos internos dos serviços, ou seja na coordenação e articulação multidisciplinar intraequipe. E, em especial naquelas dos serviços hospitalares, com posterior seguimento em seus ambulatórios de especialidades.

O programa telessaúde representa um componente das RAS que possibilita às equipes de AP o uso de tecnologias de informação e telecomunicação para a interação com profissionais especialistas em pontos diversos da rede, permitindo, desse modo, o acesso remoto aos recursos de apoio diagnóstico em situações em que estes são limitados (BRASIL, 2014). Contudo, esses programas ainda contemplam poucas especialidades.

A coordenação do cuidado entre os membros da equipe representa um dos componentes mais significativos à CC (BURKE et al., 2013), e ao mesmo tempo, é o que mais tem dificuldades de se estabelecer enquanto prática ideal entre as diferentes configurações das RAS. Todavia, na teoria elaborada, as relações e articulações intraequipe no contexto dos próprios serviços foram relevantes à vivência do cuidado na perspectiva da continuidade.

Este é um aspecto interessante de ser discutido, uma vez que as pesquisas em sua grande maioria trabalham a continuidade no contexto da integração entre as equipes em diferentes serviços (CORNWELL et al., 2012). Desse modo, esse resultado pode ser entendido como uma fortaleza às práticas de CC, uma vez que o cuidado nos espaços privativos também deve ter uma coerência e conexão. A continuidade intraequipe também é descrita como fator que aumenta a satisfação e confiança dos usuários (WETMORE et al., 2014)

De acordo com Cornwell (2012), desenvolveu-se falsamente a ideia de que o cuidado continuado é natural nas práticas internas dos serviços, sendo as fragmentações percebidas apenas quando os usuários transitam de um ponto de atenção para outro. Práticas não coordenadas e articuladas nesses espaços

também colocam em risco a segurança do usuário e elevam os custos do sistema de saúde. Os obstáculos à continuidade do cuidado dentro das instituições hospitalares são sistêmicos e complexos, e incluem fatores como a hiper especialização profissional e a falta de discussões que oriente e sensibilize as práticas de continuidade para além de seu próprio serviço.

As especializações podem melhorar a qualidade clínica e segurança do cuidado, porém, podem ter consequências negativas quando são mal coordenadas (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010). A coordenação do cuidado entre os diferentes profissionais inclui uma boa liderança das equipes, clareza sobre os papéis de cada profissional no cuidado, disponibilidade dos membros para se reunir de forma confiável e boa manutenção dos registros de informações (CORNWELL et al., 2012; NAVARRO et al., 2013).

Nesta teoria, os participantes reconhecem a importância das distintas competências multiprofissionais para o cuidado, e buscam articular suas práticas por meio de reuniões multiprofissionais e/ou encontros diretos, a fim compartilhar a tomada de decisão para o cuidado. Eles acrescentam como aspectos fundamentais a um cuidado de qualidade, a capacidade de comunicação entre os membros da equipe, colaboração mútua, bom relacionamento interpessoal, responsabilidade, comprometimento e boa prática em saúde. Estes aspectos foram convergentes também com os resultados da pesquisa de Navarro et al. (2013), que buscou compreender o significado do trabalho em equipe para profissionais de uma unidade ESF.

Estudo a respeito da comunicação interprofissional em um serviço de transplante de órgãos na província de Gauteng, África do Sul, verificou que as equipes valorizavam a comunicação interprofissionais como reflexo de uma boa prática individual de cuidado. As barreiras ocorriam quando as relações não eram harmoniosas e, conseqüentemente, comprometiam a qualidade da comunicação. Com isso as informações não eram transmitidas satisfatoriamente, contribuindo para interrupções no cuidado (ETHEREDGE; PENN; WATERMEYER, 2017).

Não foram encontrados na literatura científica nacional e internacional estudos que abordem a CC dentro dos contextos intraequipes. Nesse sentido, apenas trabalhos que chamam a atenção para práticas, como o planejamento de alta com o objetivo de promover a continuidade do cuidado pós internações hospitalares (BURKE et al., 2013; FLINT, 2015; CARLSSON et al., 2012; JEFFS et

al., 2017). Os participantes desta teoria reconhecem a sua importância e necessidade, todavia, descrevem dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe para realizá-las.

É possível notar que vários componentes que fundamentam a CC são destacados na vivência dos participantes desta pesquisa. Não como práticas objetivadas para esse fim, mas reconhecidas como importantes ao cuidado, e algumas delas realizadas de maneira mais individualizada à conduta de alguns profissionais.

Desse modo, considera-se que a continuidade do cuidado nesta teoria diz respeito às ações de profissionais comprometidos com o cuidado e saúde dos usuários. Ou seja, as condutas que favorecem a CC são produto do processo reflexivo e interpretativo que cada indivíduo tem consigo mesmo; que é possível por meio da ação da mente, quando ele utiliza o Self.

Para tanto, eles se colocam no lugar do usuário, e conduzem suas ações de acordo com aquilo que acreditam ser a melhor oferta de cuidado. De acordo com o interacionismo simbólico, colocar-se no lugar do outro é essencial à comunicação simbólica e ao desenvolvimento de si, sendo considerada uma das mais importantes atividades mentais. Esta característica permite ao indivíduo ensinar, aprender, cooperar, agir moralmente, ter simpatia, influenciar, ajudar, proteger-se, controlar suas próprias ações e perceber as consequências de suas ações. É uma das partes mais importantes do que se classifica como inteligência social (CHARON, 2010).

Representa um mecanismo básico por meio do qual as interações acontecem. É a capacidade não apenas de se colocar no lugar do outro, ou imaginar o mundo pela perspectiva do outro; mas de antecipar como esse outro irá pensar, sentir ou reagir. Permite compreender como e por qual motivo os indivíduos agem de uma maneira ou de outra (CHARON, 2010; CARVALHO et al., 2007). Assim, é possível conceber a CC como uma ação humana decorrente das ações-interações e auto-interação dos envolvidos; porém não se desconsidera as influências das condições estruturais, organizacionais e gerenciais nesse processo.

8 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

A teoria substantiva construída, “Vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde na perspectiva da continuidade”, aponta algumas reflexões para alcançar e operacionalizar o cuidado sob esse ponto de vista, de modo que seja capaz de transmitir aos usuários uma experiência coerente e qualificada da assistência em saúde. Assim, foram elencados subsídios que podem ser instituídos à rede de atenção; à prática dos profissionais; à formação básica e permanente em saúde; à comunicação e aos usuários, com benefícios à sociedade em geral, a saber:

8.1 À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

8.1.1 Considerar o fortalecimento da APS para exercer seu papel de coordenadora no cuidado, bem como do sistema de referência e contrarreferência

Um dos grandes desafios à continuidade, está na capacidade de coordenação do cuidado pela APS. Desse modo, dois aspectos merecem atenção: 1) o fortalecimento deste ponto de atendimento para resolver os problemas de saúde da população e; 2) a organização do cuidado em saúde para além do sistema de referência e contrarreferência. Ao primeiro significa capacitar, tanto os serviços quanto os profissionais que fazem parte destes, para otimizar seu poder de autonomia e efetividade nas ações em saúde. A despeito do segundo, refere-se a agregar valores às condutas, que ultrapassem o simples envio de formulários de encaminhamentos, envolve ações que consideram a participação e interação da tríade usuário-família-profissional, com comunicação de informação qualificada entre estes.

8.1.2 Telessaúde

Os serviços de telessaúde têm demonstrado ser uma importante estratégia de favorecimento à operacionalização à continuidade do cuidado, em especial, ao que concerne o poder de coordenação do cuidado pela APS, uma vez que melhora os fluxos em saúde evitando encaminhamentos incoerentes, e contribuindo para o descongestionamento dos serviços de atenção especializada/hospitalar.

8.2 AOS PROFISSIONAIS

8.2.1 Refletir a própria prática

A prática em saúde com vistas à continuidade do cuidado necessita ser refletida internamente por cada profissional. Implica no desejo de solucionar os problemas de saúde dos usuários, sentir-se comprometido e responsável pelos resultados do cuidado, e não apenas cumprir uma obrigação que na maioria das vezes não é a que melhor responde às necessidades apresentadas.

8.2.2 Planejamento entre equipes

O cuidado continuado tem caráter multiprofissional, todavia, requer mais que a justaposição de diferentes práticas em saúde. Significa estabelecer um plano de cuidados almejando um projeto terapêutico coletivo centrado nas necessidades e preferências do usuário, o que é ao mesmo tempo um desafio na práxis cotidiana. Demanda um interrelacionamento baseado em competências interpessoais, como o bom relacionamento entre os membros, confiança e respeito mútuo, e comunicação efetiva.

8.3 À FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

8.3.1 Educação permanente dos profissionais para melhores práticas em saúde

A educação permanente dos profissionais da prática deve estar contemplada entre os objetivos do plano de atividades das secretarias de saúde. Com questões que circundam as atualizações do conhecimento científico, normativas dos fluxos da rede, otimização dos recursos com vistas à resolutividade dos problemas de saúde e custo-efetividade; além de discussões acerca das melhores práticas para promover continuidade do cuidado aos usuários entre os diferentes serviços da rede de saúde.

8.3.2 Inclusão de temas transversais a formação como “continuidade do cuidado” e “cuidados transicionais”

Quanto à formação básica, uma das sugestões das instituições de ensino, é a discussão e incorporação de princípios conceituais da continuidade do cuidado e cuidados transicionais, como indispensáveis a uma boa prática em saúde dos futuros profissionais dessa área; uma vez que estes ainda são incipientes nesses espaços. Tal aspecto abarca a inclusão de vivências práticas em cenários reais do cuidado, uma vez que possibilita ganhos a todos os envolvidos por representar uma troca de conhecimentos acerca da temática.

8.4 À INFORMAÇÃO

8.4.1 Sistemas integrados de informação

Sistemas integrados de informação representam uma possibilidade significativa de favorecimento à continuidade do cuidado. Eles aumentam a capacidade de conhecimento do histórico de saúde do usuário, facilitam e agilizam o acesso às informações, evitam a duplicidade de condutas, otimizam o cuidado e, por consequência, contribuem para desonerar o sistema de saúde.

8.4.2 Melhorar a comunicação da informação com vista à compreensão das mesmas

Além dos sistemas integrados, é preciso instituir meios que promovam a comunicação entre os agentes de saúde, uma vez que os registros escritos têm limitado poder de estabelecer a interação entre os envolvidos. A excelência na comunicação facilita a compreensão das informações para além dos dados, permite o entendimento do “porquê” de determinadas condutas, favorece a troca de conhecimento e qualifica o cuidado.

8.5 AOS USUÁRIOS

8.5.1 Empoderar o usuário do sistema de cuidados em saúde para que seja ator principal nas redes de atenção

O incentivo à participação do usuário na gestão de sua saúde leva a uma co-responsabilização deste indivíduo às práticas de continuidade do cuidado, e, desse modo podem contribuir para ações de prevenção e promoção a saúde. Para

tanto, é preciso empoderá-lo para que se perceba protagonista e não apenas figurante da ação social do cuidado. Isso significa instituir ações educativas, bem como aconselhamentos, almejando provocar mudanças no estilo de vida e no comportamento em saúde.

8.5.2 Disseminar o conceito de continuidade de cuidado não só no sistema de saúde, mas em toda a sociedade com vistas ao alcance de cidadania e direitos de todos

A continuidade do cuidado é um conceito que necessita ser incorporado nas campanhas e programas das políticas públicas de saúde; para que dessa forma possa ser disseminado a toda comunidade, como uma conduta desejável a todos cidadãos. Essa é uma ação de longo alcance, uma vez que tem capacidade de provocar reflexões tanto em profissionais, como em produtores e formadores de opinião no cuidado, bem como em usuários como co-responsáveis nos resultados em saúde.

Ressalta-se que as ações que garantem que o cuidado seja continuado em todos os contextos da rede vão para além das elencadas. Entretanto, neste momento foram apresentadas aquelas que tiveram significância na vivência dos participantes. Apesar de serem evidenciadas de maneira incipiente, possibilitam um caminho a ser seguido.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se compreender a vivência do cuidado na perspectiva da continuidade sob o ângulo do interacionismo simbólico por acreditar que a continuidade do cuidado, enquanto prática de saúde, constitui-se em um produto social decorrente das interações experimentadas no contexto dos serviços de saúde.

Mesmo identificando as persistentes fragmentações na assistência ao que concerne à integração entre os serviços da rede, as interações nas intrarrelações oportunizam que o cuidado tenha uma sequência lógica e coerente ao usuário.

Acredita-se que o primeiro passo para operacionalizar a continuidade, é de fato que esta seja internalizada nas ações da prática clínica intraequipe, uma vez que o cuidado ocorre na maior parte do tempo nesses espaços e as suas interrupções podem se iniciar já nesse momento. Destaca-se que isso não garante a integração sistêmica da assistência, porém oportuniza a otimização e coerência da mesma.

Nesse sentido, essa pesquisa aponta como contribuição à prática, além das citadas anteriormente no Capítulo 8, que a compreensão da continuidade como inerente ao contexto das interações, possibilita a criação de uma cultura de práticas integradas, inicialmente interna aos serviços, porém com potencial alcance à sociedade como um todo, assim como explica o interacionismo.

Para tanto, considerando que a interação simbólica envolve o processo de comunicação e compreensão, pois só assim os indivíduos conseguem debater os significados para tomá-los ou não para si; a formação profissional assume um importante papel, tanto ao que concerne à formação básica quanto à permanente, uma vez que é o veículo mais importante de interação com vista a sensibilizar os profissionais a terem ações que favoreçam a continuidade.

Vale relembrar que a interação só é simbólica, com potencial poder de modulação da ação individual, quando os significados são compartilhados. Com isso, a conduta em direção ao cuidado contínuo é resultante também da autointeração que o indivíduo tem dentro de si. Nesta pesquisa, tal aspecto foi observado, uma vez que as condutas que favoreciam o cuidado na perspectiva da continuidade, dentro das intrarrelações, dependiam também do contexto intrínseco dos profissionais. Estes agiam em direção ao cuidado baseados nos significados para si do comportamento ideal para a prática em saúde.

Ressalta-se que o cuidado continuado neste trabalho assumiu a simbologia de ser aquele que melhor respondia às necessidades de saúde em tempo oportuno. Essas eram consideradas no contexto da integralidade e multidimensionalidade do indivíduo, uma vez que compreendem que diferentes determinantes na saúde e na doença podem influenciar diretamente o cuidado.

Dessa maneira a interação com o outro pode ser pensada como a mola propulsora do ato, mas este só se concretiza se for simbólico internamente. Com isso, diz-se que o curso de uma interação pode modificar ou não a ação humana. Também, para ser contínuo o cuidado depende da ação conjunta do usuário e família.

Com isso, profissionais sensibilizados simbolicamente para cuidado continuado, tem condições de assumir uma postura diante do usuário e família que promova o empoderamento destes indivíduos para assumirem seus papéis de protagonistas na saúde, e assim perpetuarem a cultura de que o cuidado conectado também depende das práticas de autocuidado e autogestão da saúde.

Isso significa imprimir, nos usuários e família, a incorporação de um comportamento, em que a procura e prática do cuidado não se restrinja as situações de agudização da doença, mas sim de que a continuidade do cuidado objetiva ações e reações de promoção e prevenção da saúde.

A rede de atenção apresenta importantes mecanismos que visam operacionalizar a continuidade e garantir a integralidade da atenção. Porém seus integrantes também necessitam assumir uma postura ativa e objetiva para essa intencionalidade para que o sistema como um todo atinja ao máximo sua efetividade e funcionalidade.

A teoria elaborada apresenta algumas potencialidades e limitações relacionadas aos participantes, ao local do estudo e ao próprio método. Com relação aos participantes, destaca-se primeiramente que esta não envolveu os gestores, com isso a vivência do cuidado na perspectiva da continuidade apresenta a lacuna daqueles que organizam e operacionalizam os fluxos na rede.

Também os dados apontaram uma possível contribuição dos serviços ambulatoriais especializados à continuidade, e, este grupo também não foi envolvido no estudo. Destaca-se a importância de conhecer o significado de sua vivência, pois em muitas situações o cuidado ficou restrito nesses espaços até a “resolução final” do problema, e não coparticipado com a APS como indicam as diretrizes.

Outro aspecto envolvendo os participantes, é que este estudo, principalmente com relação ao primeiro grupo amostral, ocorreu com profissionais da equipe multi, em grande parte pertencentes a um programa de residência multiprofissional, e, faz parte desse programa o princípio do cuidado intraequipe. Desse modo, esses participantes eram mais propensos a valorizar as práticas integradas e com a perspectiva do cuidado conectado e coerente ao usuário, considerando as diversas áreas do conhecimento para o cuidado.

Em contrapartida, tal fato também pode ser considerado um grande avanço a continuidade, uma vez que esses profissionais se demonstravam interessados por práticas integradas em saúde, mesmo que ainda mais contidas no contexto das intrarrelações.

A despeito do local do estudo, a maior parte da coleta, ao que se refere a instituição hospitalar, foi realizada no serviço de neurologia. Os participantes que estavam lotados em outro serviço como o de clínica médica, por se tratarem de residentes, haviam deixado esse local a pouco tempo. A unidade de neurologia faz parte de uma das linhas de cuidado da rede, esse fato contribuiu para uma vivência mais integrada do cuidado, demonstrando as contribuições desse tipo de iniciativa a continuidade.

O serviço de APS selecionado também apresentava uma característica diferenciada, no qual o atendimento era priorizado conforme a procura dos quadros de agudização da doença, ressaltando desse modo, a vivência das condições limitantes de acesso ao cuidado resolutivo no fluxo da rede.

Com relação ao método, esse, busca compreender em profundidade a vivência de um determinado grupo a respeito de um evento ou situação problema. Neste caso, não foi possível investigar estritamente a vivência da continuidade em si, uma vez que não se identifica esta na prática conforme é conceituada na literatura. Por este motivo buscamos compreender a experiência do cuidado na perspectiva da continuidade.

A continuidade do cuidado ainda é um conceito pouco disseminado na prática assistencial, e em decorrência a sua subjetividade, compreendê-la como uma ação social auxilia a reflexão acerca do tema e a fortalece como um conceito essencial do cuidado do usuário. Ressalta-se a necessária sensibilização dos profissionais e usuários a respeito de seu significado e intencionalidade no agir de cada um. Para tanto, este é um tema que suscita mais discussões e pesquisas,

principalmente no contexto brasileiro onde se apresenta discreto e incipiente em comparação a alguns países, como por exemplo, Canadá e Portugal. Desse modo, esta pesquisa indica a necessidade da realização de estudos futuros, que contemplem os aspectos não abordados na teoria elaborada.

Por fim, este estudo permitiu a pesquisadora comprovar e ampliar a tese proposta, de que a continuidade do cuidado é possível nas intrarrelações profissionais e entre estes e usuários e familiares. Mas que, além de depender do contexto interno daqueles que desejam ser resolutivos em suas ações, também deve envolver uma estrutura funcional e coerente com as demandas de saúde apresentadas. Para tanto, o trabalho dos gestores de saúde demonstra-se fundamental no planejamento, organização e operacionalização de tal estrutura de cuidado.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152735/001009949.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento.** 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67152/000872852.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ADAM, R. Personal Care' and General Practice Medicine in the UK: A qualitative interview study with patients and General Practitioners. **Osteopath Med Prim. Care.**, v. 1, n. 13, 2007. DOI. 10.1186/1750-4732-1-13. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014751/>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

AKSAN, N. et al. Symbolic interaction theory. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 1, n. 1, p. 902-904, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042809001633>>. Acesso em: 3 set. 2017.

ALBUQUERQUE, M. do. S. V de. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 182-194, 2014. DOI. 10.5935/0103-1104.2014S014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600182&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2017.

ALMEIDA P. F. de. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública.**, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010. DOI. 10.1590/S0102-311X2010000200008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>. Acesso em: 11 abr. 2017.

ALMEIDA P. F. de. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013. DOI. 10.1590/S0103-11042013000300004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2017.

ALMEIDA, P. F de. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública.**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. DOI. 10.1590/S0102-311X2010000200008. Acesso em: 26 fev. 2016.

ALMEIDA P. F. de.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate.**, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042012000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ALMEIDA, P. F. de.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégia para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. educ. Saúde.**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. DOI. 10.1590/1981-7746-sol00064. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005003105&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2017.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais da atenção básica. In: GARCIA, T. R. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 336p.

ARCE, V. A. R; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n.1, p. 62-8, 2014. DOI. 10.1590/1414-462X201400010010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00062.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, n. 19, v. 1, p. 169-173, 2015. DOI.10.5935/1414-8145.20150023. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

AUBIN, M. et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 17, n.7, 2012. DOI. 10.1002/14651858.CD007672.pub2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786508>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

AUGUSTE, E; BRIGGS, A; VREELAND, L. Symbolic Interactionism and Bullying: a micro-sociological perspective in education. **Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education.**, v. 7, n. 3, p. 10-19, 2014. Disponível em: <[http://jcpe.wmwikis.net/file/view/JCPE+7\(3\),+10-19.pdf](http://jcpe.wmwikis.net/file/view/JCPE+7(3),+10-19.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2016.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

AZEVEDO, A. L. S. de. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 2013. DOI. 10.1590/0102-311X00134812. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2013000900017>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BACHRACH, LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. **Am J Psychiatry.**, v. 138, n. 11, p. 1449–56, 1981. DOI. 10.1176/ajp.138.11.1449. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7294213>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BAILLIE, L. et al. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. **Int J Integr Care.**, v. 14, n. 27, ed. 009, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027893/>>. Acesso em: 14 set. 2015.

BARCELÓ, A. et al. **Improving chronic illness care through integrated health service delivery networks.** Washington, Pan American Health Organization; 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173270/1/PAHO-improving-chronic-ill-2012-en1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BARNETT K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **Lancet.**, v. 380, n. 9836, p. 37-43, 2012. DOI.10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/abstract)>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

BASSANESI S. L.; AZAMBUJA M. I.; ACHUTTI A. Premature Mortality due to Cardiovascular Disease and Social Inequalities in Porto Alegre: from Evidence to Action. **Arq. Bras Cardiol.**, v. 90, n. 6, p. 370-379, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2008000600004&lng=en>. Acesso em 15 ago. 2015.

BENETT, I. J. Access, continuity, or both. **Br J Gen Pract.**, v. 64, n. 625, p. 388-389, 2014. DOI: 10.3399/bjgp14X680845. Disponível em: <<http://bjgp.org/content/64/625/388.3>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BERKOWITZ, R. E. et al. Project ReEngineered Discharge (RED) lowers hospital readmissions of patients discharged from a skilled nursing facility. **J. Am Med. Dir. Assoc.**, New York, v. 14, n. 10, p. 736-740, 2013. DOI. 10.1016/j.jamda.2013.03.004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23608528>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BERNARDINO E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev Bras Enferm.**, v. 63 n. 3, p.459-63, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BIANCHI, E. M. P. G; IKEDA, A. A. Usos e aplicações da Grounded Theory em administração. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional.** v. 6, n.2, p. 231-248,

2008. Disponível em: < <http://www.spell.org.br/documentos/ver/778/usos-e-aplicacoes-da-grounded-theory-em-administracao>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

BIXBY, M. B. et al. The Transitional Care Model (TCM): hospital discharge screening criteria for high older adults. **Try this: Best practices in nursing care to older adults**, v. 26, 2009.

BJORKELUND C. et al. Impact of continuity on quality of primary care: from the perspective of citizens' preferences and multimorbidity - position paper of the European forum for primary care. **Qual Prim Care**. v. 21, n. 3, p. 193-204, 2013. Disponível em: <<http://primarycare.imedpub.com/impact-of-continuity-on-quality-of-primary-care-from-the-perspective-of-citizens-preferences-and-multimorbidity--position-paper-of-the-european-forum-for-primary-care.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective e method**. University of Califórnia. Berkeley: 1969.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17 n. 2, p. 555-560, 2012. DOI. 10.1590/S1413-81232012000200028. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. DOI. 10.1590/1413-81232017224.28632016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção: 1, p. 18055. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 05 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento**. Série Pactos pela Saúde, v. 2, 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/2010 de 30 nov. de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde; Brasília: 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012b. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso em: 28 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada da Endocrinologia e Nefrologia**, v. 1. 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BROCA, P. V; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery.**, n. 19, v. 3, p. 467-474, 2015. DOI. 10.5935/1414-8145.20150062. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n.1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

BURBACH, B. E. et al. Post-hospitalization transition to home: patient perspectives of a personalized approach. **J Nurs Educ Pract.**, n. 5, v. 6, p. 32-40, 2016. DOI. 10.5430/jnep.v6n5p32. Disponível em: <<http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/8283>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BURGE, F. et al. Relational continuity form the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. **Healthc Policy.**, v. 7, p. 124-138, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399435/>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine.**, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. DOI. 10.1002/jhm.1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650641/>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

CAMARGO JR, K. R. de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; p.197-210, 2010.

CAMARGO, T. B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluidos biológicos:** contribuições da Enfermagem. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CARLSSON, E. et al. Information transfer and continuity of care for stroke patients with eating difficulties form the perspective of nursing staff in sewdish elderly care. **Nurs Inform.** v. 2012, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199052>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

CARTER, M. J; FULLER, C. Symbolic interactionism. **Sociopedia.isa.**, p. 01-17, 2015. DOI: 10.1177/205684601561. Disponível em:

<https://www.academia.edu/16545413/Symbolic_Interactionism>. Acesso em: 25 nov. 2016.

CARVALHO, L. S. et al. O interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. **R Enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-124, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a19.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicol Ciênc Prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, p. 113-26, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. M.; ARAUJO R. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p.197-210, 2010.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Tradução COSTA, J. E. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 10ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2010.

CHAVES, L. D. P. et al. O hospital e a enfermagem na perspectiva das redes de atenção à saúde. **Cuidarte Enfermagem.**, v. 10, n. 2, p. 218-225, 2016. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/218-225.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CHEN, L. M.; AYANIAN, J. Z. Care continuity and care coordination: what counts?. **JAMA Intern Med**, v. 174, n. 5, p. 749-50, 2014. DOI. 10.1001/jamainternmed.2013.14331. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1835346>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

CHHABRA, PT. et al. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. **Res Soc Adm Pharm.**, v. 8, n.1, p. 60-75, 2012. DOI. 10.1016/j.sapharm.2010.12.002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511543>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

CHRISTIANSEN O. A simpler understanding of classic GT: how it is a fundamentally different methodology. In: **The Grounded Theory Review methodology reader: selected papers 2004-2011**. Sociology Press, 2012.

COELHO, A. P. C. et al. Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016. DOI. **10.1590/0104-07072016000970015**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-0970015.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

COLEMAN E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **J Am Geriatr Soc.**, v. 51, n.4, p. 549-55, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657078>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

COLEMAN E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.**, v. 51, n. 4, p. 556-7, 2003. DOI. 10.1046/j.1532-5415.2003.51186. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657079>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention - results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine Journal.**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2007. DOI. 10.1001/archinte.166.17.1822. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. _____. Understanding and execution of discharge instructions. **Am J Med Qual**, v. 28, n. 5, p. 383-391, 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1062860612472931>>. Acesso em: 31 out. 2017.

COLEMAN, E. A.; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **Journal for Healthcare Quality.**, Skokie, v. 37, n. 1, p. 12-21, 2015. DOI. <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26042373>. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26042373>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.** 4ª ed. Califórnia: SAGE, 2015.

CORNALL, C. W. et al. Extending "Continuity of Care" to include the Contribution of Family Carers. **Int J Integr Care.**, v. 17, n. 2, p. 1-7, 2017. DOI. 10.5334/ijic.2545/. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624104/>>. Acesso em: 22 set. 2017.

CORNWELL, J. et al. Continuity of care for older hospital patients. **The King's Fund.**, p. 1-32, 2012. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

COSTA, S. de M. et al. Referência e contra referência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Rev. APS.**, v. 16, n. 3, p. 287-293, 2013. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1888/746>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate.**, v. 38 n. 103, p.733-743, 2014. DOI. 10.5935/0103-1104.20140067. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400733&script=sci_abstract>. Acesso em: 26 set. 2016.

COSTA, P. H. A. et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015. DOI. 10.1590/1414-462X201500030129. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-245.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

CRUZ, V. **Constituição Federal**: anotada para concursos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2013.

CUNHA, E. M. da.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011. DOI. 10.1590/S1413-81232011000700036. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036>. Acesso em: 19 set. 2016.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre El futuro de los servicios médicos y afines 1920**. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Washington, D.C.: OPAS/MS, Publicacion científica, n. 93, 1964. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

DIAS, V. A. **Referência e contrarreferência**: um importante sistema para complementaridade da integralidade da assistência. 2012. 38 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

DILELIO, A. S. et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 31, 2015. DOI. 10.1590/S0034-8910.2015049005503. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2017.

DONALD, F. et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: a systematic of cost-effectiveness. **Inter J Nurs Stud**, v. 52, p. 436-451, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443307>>. Acesso em: 15 set. 2016.

DOSSA, A.; BOKHOUR, B.; HOENIG, H. Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. **Rehabil Nurs.**, v. 37, n. 6, p. 277-85, 2012. DOI. 10.1002/rnj.047. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rnj.047/abstract>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

DREIHER, J. et al. The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study. **Isr J Health Policy Res.**, v. 1, n. 21, 2012. DOI: 10.1186 / 2045-40-1-21. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424831/>>. Acesso em: 23 set. 2016.

DUARTE, ED.; SENA, RR.; TAVARES, TS. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 539-46, 2010. DOI. 10.5216/ree.v12i3.7509. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a18.htm>. Acesso em: 07 nov. 2015.

DUARTE, E.D. et al. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. **Texto Contexto Enferm.**, v/ 24, n. 4, p. 1009-17, 2015. DOI. 10.1590/0104-0707201500003040014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401009>. Acesso em: 19 fev. 2016.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 2, p. 219-26, 1997. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/411.pdf>>. Acesso em 11 jul. 2015.

DUSEK, B; et al. Care transitions: a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 30, n. 3, p. 233-239, 2015. DOI. 10.1097/NCQ.0000000000000097. Disponível em: <http://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2015/07000/Care_Transitions__A_Systematic_Review_of_Best.8.aspx>. Acesso em: 01 jul. 2017.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, n. esp, p. 131-139, 2013. DOI. 10.1590/S0104-11692013000700017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2017.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, R. D. do; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=E1RtAwAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA8>. Acesso em: 09 jun. 2015.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=ls0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA4.w.14.0.52>. Acesso em 08 jun. 2015.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Geriatria e Gerontologia**, v. 16 n. 3, 2013. DOI. 10.1590/S1809-98232013000300007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ETHEREDGE, H. R.; PENN, C.; WATERMEYER, J. Interprofessional communication in organ transplantation in Gauteng Province, South Africa. **S Afr Med J.**, v. 107, n. 7, p. 615-620, 2017. DOI. 10.7196/SAMJ.2017.v107i7.12355. Disponível em: <<http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/11943/8108>>. Acesso em: 25 set. 2017.

FERREIRA, S. R. G. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Cienc. Cult**, v. 62, n. 4, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400011>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. DOI. 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 2, n. 6, p. 548-53, 2014. DOI. 10.1590/1982-0194201400089. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0548.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

FLACKER, J.; PARK, W.; SIMS, A. Hospital discharge information and older patients: do they get what they need? **J Hosp Med**, v. 2, n. 5, p. 291-6, 2007. Disponível em: <<http://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127288/hospital-discharge-information-and-older-patients>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FLINK, M. et al. Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care - a qualitative study of patient perspectives. **BMJ Qual Saf**, v. 21, n. 1, p. i76-i83, 2012. DOI. 10.1136/bmjqs-2012-001179. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551196/pdf/bmjqs-2012-001179.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

FLINT, L. A. Transições e continuidade do cuidado. In: WILLIAMS, B. S. et al. **Current geriatria: diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care transition experiences of older veterans and their caregivers. **Health Soc Work**, v. 41, n.2, p.129-38, 2016. DOI. 10.1093/hsw/hlw009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888094/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 45 n. 5, p.1135-41, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2015.

FREEMAN, G. et al. **Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?** London: NCCSDO, 2007. Disponível em: <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

FREEMAN, G; HUGHES, J. Continuity of care and the patient experience. The King's Fund: Ideas that change health care. **The King's Fund**, London, 2010. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

FREEMAN, GK.; OLESEN, F; HJORTDAHL, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? **Fam Pract.**, v. 20, n. 6, p.623-7, 2003.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A. de.; BRITO, M. J. M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 19 n. 4, p. 694-700, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993/23930>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

FUJI, K. T; ABBOTT, A. A; NORRIS, J. F. N. Exploring care transition form patient, caregiver, and health-care provider perspectives. **Clinical Nursing Research.**, v. 22, n. 3, p. 258-274, 2012. DOI: 10.1177/1054773812465084. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232744062_Exploring_Care_Transitions_From_Patient_Caregiver_and_Health-Care_Provider_Perspectives>. Acesso em: 03 ago. 2016.

GEARY, C. R.; SCHUMACHER, K. L. Care transitions: integrating transition theory and complexity science concepts. **Advances in Nursing Science, Germantown.**, v. 35, n. 3, p. 236-248, 2012. DOI. 10.1097/ANS.0b013e31826260a5. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=22869210>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad Saude Publica.**, v. 22, n. 5, p. 951-63. 2013. DOI. 10.1590/S0102-311X2006000500008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulg Saúde Debate** 2014, n. 51, p. 30-7, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967.

GRIFFITHS, D. et al. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. **Int J Nurs Stud.**, v. 51, n. 11, p. 1517-23, 2014. DOI. 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996849>>. Acesso em: 19 out. 2016.

GULLIFORD, M; NAITHANI, S; MORGAN, M. What is Continuity of care? **J. Health Serv Res Policy.** v. 11, n. 4, p. 248-50, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018200>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

GOMES, I. M. **Cuidado domiciliar familiar: vivência no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas pediátrico.** 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45379/R%20-%20T%20-%20INGRID%20MEIRELES%20GOMES.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, p. 1219-1221, 2003. DOI. 10.1136/bmj.327.7425.1219. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

HEATON, J.; CORDE, A.; PARKER, G. 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. **Int J Integr Care.**, v. 12, n. 12, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22977421>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

HENNEN, BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. **J Fam Pract.**, v. 2, n. 5, p. 371-2, 1975.

HERMAN, N. J; REYNOLDS, L. T. **Symbolic Interaction: An Introduction to Social Psychology.** Altamira Press, 1994. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=QVI2AAAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA1>. Acesso em: 31 out. 2016.

HETLEVIK, O.; GJESDAL, S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. **Scand J Prim Health Care.**, v. 30, n. 4, p. 214-221, 2012. DOI: 10.3109 / 02813432.2012.735554. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520415/>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

HILL, K. M. et al. Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 191, 2014. DOI. 10.1186/s12875-014-0191-8. Disponível em: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-014-0191-8>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

HUTCHISON, A. J.; JOHNSTON, L. H.; BRECKON, J. D. Using QSR-NVivo to facilitate the development of a grounded theory project: an account of a worked example. **Int. J. Soc. Res. Methodol.**, v. 13, n. 4, p. 283-302, 2010. DOI. 10.1080/13645570902996301.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 07 abr. 2014.

IRIART, C.; FRANCO, T.; MERHY, EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Global Health**, v. 7, n. 2, p. 2-17, 2011. DOI. 10.1186/1744-8603-7-2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21349181>>. Acesso em: 28 set. 2016.

IRWIN, K. A.; AGIUS, M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? **Psychiatry Danubina.**, v, 29, suppl. 3, pp 452-456, 2017. Disponível em: <http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol29_sup3/dnb_vol29_sup3_452.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

JACKSON, K. et al. Patient journey: implications for improving and integrating care for older adults with chronic obstructive pulmonary disease. **Can J Aging**, v. 31, n. 2, p. 223-233, 2012. DOI. 10.1017/S0714980812000086. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22647664>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

JEFFS, L. et al. Safety threats and opportunities to improve interfacility care transitions: insights from patients and family members. **Patient Prefer Adherence**, v. 6, p.711–8, 2012. DOI. 10.2147/PPA.S36797. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468168/>>. Acesso em: 06 set. 2016.

JEFFS, L. et al. Elucidating the information exchange during interfacility care transitions: Insights from a Qualitative Study. **BMJ Open**, v. 7, 2017. DOI. 10.1136/bmjopen-2016-015400. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/7/e015400.full.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

JOAS, H. Interacionismo simbólico. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. (Orgs.). **Teoria social hoje**. São Paulo: Editora UNESP. p. 127-174, 1999. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/victoracioli75/giddens-turner-orgs-teoria-social-hoje>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

KERGOAT, M. J. et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. **BMC Geriatrics**, v. 10, n. 69, 2010. DOI. 10.1186/1471-2318-10-69. Disponível em: <<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-69>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

KING B. J., et al. The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. **J Am Geriatr Soc.**, v. 61, n. 7, 2013. DOI. 10.1111/jgs.12328. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714367/pdf/nihms-453445.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

KRISTJANSSON E. et al. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. **BMC Fam Pract.**, v. 14, n. 72, 2013. DOI. 10.1186/1471-2296-14-72. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-72>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_35394592.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2015.

LAMATA, C. F. **Atención sanitaria y rede de servicios**. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011.

LAMANTIA, MA. et al. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. **J Am Geriatr Soc.**, v. 58, n. 4, p. 777-58, 2010. DOI. 10.1111/j.1532-5415.2010.02776. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20398162>>. Acesso em: 11 out. 2016.

LAVRA, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. DOI. 10.1590/S0104-12902011000400005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 jul. 2015.

LEITE, R. A. F.; et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 51, p. 661-672, 2014. DOI. 10.1590/1807-57622013.0653. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2017.

LIMA, M. R. M. et al. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v. 14 n. 1, p. 23-31, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985004>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

LOPES, C. H. A. de. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem (USP)**, v. 39, n.1, p. 103-8, 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/52.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado continuado. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=ls0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA4.w.14.0.52>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 n. 2, p. 335-342, 2007. DOI. 10.1590/S1413-8123200700020000. Acesso em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009>. Disponível em: 04 abr. 2016.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>>. Acesso em: 09 set. 2016.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M. de.; SILVA, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. DOI. 10.5123/S1679-49742011000400002. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.**, v. 2, n. 1, p. 20-4, 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>>. Acesso em: 11 set. 2015.

MATTOS, R. A. de. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 8ªed., p. 43-69, 2009.

MATTOS, R. A. de. A integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2010.

MAXIMIANO, V. S. et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saude soc.**, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017. DOI. 10.1590/s0104-12902017170017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200435&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 ago. 2016.

MCKAIN S, BA. et al. Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation unit. **J Clin Nurs.**,v. 14, n. 6, p. 704-710, 2005. DOI. 10.1111/j.1365-2702.2005.01140. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01140.x/abstract>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

MEDINA-MIRAPEIX, F. et al. What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? **Arch Phys Med Rehabil.**, v. 94, n. 11, p. 2248-54, 2013. DOI: 10.1016/j.apmr.2013.04.018. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003-9993\(13\)00359-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003-9993(13)00359-6)>. Acesso em: 13 set. 2016.

MEIRELLES, B. H. S; et al. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. **Cogitare Enferm.**, v. 15 n. 3, p. 433-40, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/18884/12193>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2^a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 16 jul. 2017.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1^a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 1^a ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MENDES, F. R. P. et al. Continuity of care from the perspective of users. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 3, p. 841-853, 2017. DOI. 10.1590/1413-81232017223.26292015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300841&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2017.

MESTEIG, M., et al. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. **BMC Health Serv Res**, v. 10, n. 1, 2010. DOI. 10.1186/1472-6963-10-1. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827472/>>. Acesso em: 02 out. 2016.

MOREIRA, M. L. **Readmissões nos Sistemas de Serviços Hospitalares no Brasil**. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-155750/pt-br.php>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

MORGAN, ED.; PASQUARELLA, M.; HOLMAN, JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. **J Am Board Fam Pract.**, v. 17, n. 5, p. 341-6, 2004. DOI. 10.3122/jabfm.17.5.341. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15355947>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

NASCIMENTO, J. D. do. **A vivência do cuidado em casas transitórias de apoio por familiares de crianças em pós transplante de células tronco hematopoiéticas**. 2014. 159f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/01/A-VIV%C3%80NCIA-DO-CUIDADO-EM-CASAS-TRANSIT%C3%93RIAS-DE-APOIO-POR-FAMILIARES-DE-CRIAN%C3%87AS-EM->>

P%C3%93S-TRANSPLANTE-DE-C%C3%89LULAS-TRONCO-HEMATOPOI%C3%89TICAS.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. **REME rev. min. enferm.**, v. 17, n. 1, 2013. DOI: 10.5935/1415-2762.20130006.

NAYLOR, M. D. et al. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Aff (Millwood)**, v. 30, n. 4, p. 746-54, 2011. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0041. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471497>>. Acesso em: 12 out. 2016.

NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **The Commonwealth Fund.**, v. 103, n. 1453, p. 1-12, 2010. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Nov/1453_Naylor_scaling_up_bringing_transitional_care_model_mainstream_ib_v2.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

NAYLOR, M; BERLINGER, N. Transitional Care: A Priority for Health Care Organizational Ethics. **Hastings Cent Rep.**, v. 46, n. S1, p. S39-S42, 2016. DOI: 1002/hast.631. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649919>>. Acesso em: 18 out. 2017.

NEVES, A. V. M. de. O SUS e a atenção à saúde no Brasil (Cap. I). In: NEVES, A. V. M. de. **Políticas públicas de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NEVES, E. T. et al. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 399-406, 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015003010013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200399&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 05 jul. 2016.

NÓBREGA, V. M.; et al. Longitudinality and continuity of care for children and adolescents with chronic diseases. **Esc Anna Nery.**, v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150088. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/en_1414-8145-ean-19-04-0656.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

NÓBREGA, V. M. da. et al. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 51, ed. 03226, 2017. DOI: 10.1590/s1980-220x2016042503226. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100427&script=sci_abstract>. Acesso em: 5 nov. 2017

NORA, C. R. D; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública.**, v. 47, n.6 p. 1186-200, 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004581. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

NORONHA, J. C. de.; LIMA, L. D. de.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=ls0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt_BR&pg=GBS.PA4.w.14.0.52>. Acesso em: 08 jun. 2015.

NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 411-420, 2015. DOI. 10.5123/S1679-49742015000300007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00411.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

OCAMPO-RODRIGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerenc. Polit. Salud.**, v. 12, n. 24, p. 114-29, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. Repercussions of care in the life of family caregivers of elderlies with alzheimer's disease. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IWcXBAhtJ_cJ:https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/48754/52828+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>. Acesso em: 03 ago. 2016.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2008. DOI. 10.1590/S0034-89102008005000038. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400018>. Acesso em: 11 abr. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n. esp, p. 158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

OLIVEIRA-CAMPOS, M; et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciênc. saúde Coletiva.**, v. 18, n. 3, 2013. DOI. 10.1590/S1413-81232013000300033. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000300033>. Acesso em: 10 ago. 2015.

OLSEN, R. M. et al. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. **J Clin Nurs.**, v. 22, p. 2964–73, 2013. DOI. 10.1111/jocn.12246. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12246/abstract>>. Acesso em: 30 out. 2017.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Curso de autoaprendizado:** Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, OPAS, 2015. Disponível em: <http://amb.org.br/wp-content/uploads/2016/02/DCNT.OMS_.2015-1.pdf>. Acesso em: 02 set. 2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet.**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>>. 2014. Acesso em: 13 maio 2016.

PARRY, C.; KRAMER, H. M.; COLEMAN, E. A. A qualitative exploration of a patient-centered coaching intervention to improve care transitions in chronically ill older adults. **Home Health Care Serv Q.**, v. 25, n. 3-4, p.39-53, 2006. DOI: 10.1300/J027v25n03_03. Disponível em: <https://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/06/40_A-Qualitative-Exploration-of-a-Patient-Centered-Coaching-Intervention-to-Improve-Care-Transitions-in-Chronically-Ill-Older-Adults.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 4, 2015. DOI: 10.5216/ree.v17i4.31084. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

PEDROSO, M. de L. R.; MOTTA, M. G. C. Children and Family living with chronic conditions: mesosystem in connection with program vulnerability. **Text. Context. Nursing.**, v. 22, n. 2, p. 493-9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a27.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva.**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. DOI: 10.1590/s0103-73312016000300016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POURASGHAR, F. et al. Barriers to communication and information exchange in patient transfer and its consequences. **Global Journal of Health Science.**, v. 8, n. 12, p. 178-189, 2016. DOI. 10.5539/gjhs.v8n12p178. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/viewFile/57225/31906>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

PRETO, L. R. S. et al. Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. **Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.**, v. 7, n. 2, p. 45-53, 2017. Disponível em: <http://www.aladefe.org/ALADEFE_72_r.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

PSAILA, K. et al., Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p. 151, 2014. DOI. 10.1186/1471-2393-14-151. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/151>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

REID, R. J.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care.** Canadian Health Services Research Foundation, 2002. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2016.

RIBAS, E. do. N. **Enfermeira de ligação: estratégia de integração entre hospital e unidades da atenção primária.** 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016.

RINNER, C. et al. Improving the informational continuity of care in diabetes mellitus treatment with a nationwide Shared EHR system: Estimates from Austrian claims data. **Int J Med Inform.**, v. 92, p.44-53, 2016. DOI: 10.1016 / j.ijmedinf.2016.05.001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27318070>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

RNAO. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. Clinical best practice guidelines: **Care Transitions.** 2014. Disponível em: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

ROCHESTER-EYEGUOKAN, C. D. et al. The Current Landscape of Transitions of Care Practice Models: A Scoping Review. **Pharmacotherapy.**, v. 36, n. 1, p. 117-33, 2016. DOI: 10.1002/phar.1685. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26799353>>. Acesso em: 07 set. 2016.

RODRIGUES, A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, n. esp, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13,

n. 2, p. 338-46, 2011. DOI. 10.5216/ree.v13i2.8980. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a21.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

RODRIGUES, L. M. O. **A família parceira no cuidar**: intervenções do enfermeiro. 2013. 22 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19685/1/A%20FAM%C3%8DLIA%20C%20PARCEIRA%20NOS%20CUIDADOS.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

ROMAIRE, MA. et al. Primary care and specialty providers: an assessment of continuity of care, utilization, and expenditures. **Med Care.**, v. 52, n. 12, p. 1049-9, 2014. DOI. 10.1097/MLR.0000000000000246. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25334053>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ROSA FILHO, L. A.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção a saúde: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, 2008. DOI. 10.1590/S0102-311X2008000400023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400023>. Acesso em: 31 out. 2016.

ROSENTHAL, MP. Childhood asthma: considerations for primary care practice and chronic disease management in the village of care. **Prim Care.**, v. 39, n. 2, p. 381-97, 2012. DOI. 10.1016/j.pop.2012.04.001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22608872>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

SANTOS, A. C. L.; DIONÍZIO P. M. **Sobre uma abordagem propriamente comunicacional**: experiência, prática e interação. In: XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 2010, Caxias do Sul, RS. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2010/resumos/R5-1867-2.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SANTOS, C. M. dos. S. et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017. DOI. 10.1590/0102-311x00052816. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2017.

SCHIMITH, M. D. et al. Continuity of care in the Health Care Network: negotiation between users and professionals. **Rev Rene.**, v. 15, n. 5, p. 812-22, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000500011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324032944011_2.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

SCHOEN, C. et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. **Health Affairs, Millwood.**, v. 30, n. 12, p. 2437-2448, 2011. DOI. 10.1377/hlthaff.2011.0923. Disponível em: <<http://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2011.0923>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SCOTT IA. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. **Aust Health Rev.**, v. 34, n. 4, p. 445-51, 2010. DOI. 10.1071/AH09777. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21108906>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. de. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 19 ago. 2015.

SHERIDAN, NF. et al. Patients' engagement in primary care: powerlessness and compounding jeopardy. A qualitative study. **Health Expect.**, v. 18, n. 1, p. 32-43, 2015. DOI. 10.1111/hex.12006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23033910>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

SHORTELL, S. M. et al. Integrating Health Care Delivery. **Health Forum J.**, v. 43, p. 35-9, 2000.

SHORTELL, SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. **Med Care.**, v. 14, p. 377-91, 1976.

SILVA, C. L. Interacionismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. **Revista Educação por Escrito – PUCRS**, v. 3, n. 2, p. 73-84, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/poescrito/article/view/11243/8591>>. Acesso em: 12 set. 2016.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. DOI. 10.1590/1413-81232017224.27002016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

SILVA, C. S. O. de. et al. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 19 n. 11, p. 4407-4415, 2014. DOI. 10.1590/1413-812320141911.14122013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104407&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SILVA, R. V. G. de O. da; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciênc. Cuid. Saude.**, v. 9, n. 3, p. 593-601, 2010. DOI. 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8726. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8726/6640>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto – Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011. DOI. 10.1590/S0104-07072011000200005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SIMINO, G. P. R.; SANTOS, C. B; MISHIMA, S. M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 18, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_04.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SNOW, D. A. **Interactionism: Symbolic.** International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2001, p. 7695–7698. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767019057>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

SORTE, E. T. B; MODESTO, A. P. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde e Desenvol.**, v. 6 n. 3, p. 154-66, 2014. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/File/335/229>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

SOUZA, F. S. **Interacionismo simbólico e comunicação:** linguagem, comunicação e interação simbólica. Nova lorque, 2007. Disponível em: <<http://cyberdemocracia.blogspot.com.br/2007/07/interaccionismo-simblico-e-comunicacao.html>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. da. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis.**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. DOI. 10.1590/S0103-73312010000300014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2017.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q.**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI. 10.1111/j.1468-0009.2005.00409. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>>. Acesso em: 03 set. 2016.

STRAHAN, EH.; BROWN, RJ. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 21, n. 3, p. 160-71, 2008. DOI. 10.1016/j.iccn.2004.10.005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15907668>>. Acesso em: 04 out. 2016.

STRAUSS, A. L; CORBIN, J. **Basics of qualitative research:** grounded theory procedures and techniques. 1ª ed. California: SAGE, 1991.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução ROCHA, L.O. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRYKER, S.; VRYAN, K. D. The symbolic interactionist frame. In: DELAMATER, J. (Org.). **Handbook of social psychology.** New York: Springer, 2006.

TANDJUNG, R.; ROSEMANN, T.; BADERTSCHER, N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. **International Journal of General Medicine.**, v. 4, p. 773-7778, 2011. DOI. 10.2147/IJGM.S25338. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/gaps-in-continuity-of-care-at-the-interface-between-primary-care-and-s-peer-reviewed-article-IJGM>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

TAROZZI, M. **O que é grounded theory**: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Tradução LUISS, C. 1ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TARQUINI, R. et al. Continuity of care: an Italian clinical experience. **Intern Emerg Med**, v. 8, n. 7, p. 595-599, 2013. DOI. 10.1007/s11739-012-0808-7. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11739-012-0808-7>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

TARRANT, C. et al. Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. **Ann Fam Med.**, v. 8, n. 5, p. 440-446, 2010. DOI: 10.1370 / afm.1160. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939420/>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. DOI. 10.1590/1413-81232017223.18842016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300941&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 04 nov. 2016.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Transitions of care: the need for collaboration across entire care continuum. **Hot Topics in Health Care**: transitions of care., v. 2, p. 1-8, 2013.

TREGUNNO, D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. **Nurs Res Pract.**, v. 13, p. 1-8, 2013. DOI. 10.1155/2013/305705. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24349770>>. Acesso: 10 jun. 2016.

UIJEN, AA. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Fam Pract.**, v. 29, n. 3, p. 264-71, 2012. DOI. 10.1093/fampra/cm104. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045931>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

VENTURINI, C. D. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 3, 2013. DOI. 10.1590/S1809-98232013000300016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232013000300016&lng=pt&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2015.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de

agravos. **Cad Saude Publica.**, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300003&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúde Pública**, v. 43 n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev Saúde Pública.**, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014. DOI. 10.1590/S0034-8910.2014048004941. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

VICTORA, CG, et al. Condições de saúde e inovações de políticas de saúde no Brasil: o caminho a seguir. **Lancet.**, v. 337, n. 9782, p. 2042-53, 2011. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (11) 60055-X. Disponível em: <<https://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

VIEIRA, C. S. et al. Vivência discente e docente na continuidade do cuidado à criança de risco: relato de experiência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.3, p. 1393-1399, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/674/775>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

WAIBEL, S. et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. **Int J Integr Care.**, v. 15, ed. 029, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26213524>>. Acesso em: 15 set. 2016.

WEAVER, N.; COFEY, M.; HEWITT, J. Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, v. 24, n. 6, p. 431-450, 2017. DOI: 10.1111 / jpm.12387. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28319308>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 3, ed. 47615, 2017. DOI. .5380/ce.v22i3.47615. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615/pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

WETMORE, S. et al. Patient satisfaction with access and continuity of care in a multidisciplinary academic family medicine clinic. **Canadian Family Physician.**, v. 60, n. 4, ed. 230-e236, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046539/>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.** Geneva, 2014. Disponível em:

<<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

WILLIAMS, J. Potential benefits of relationship continuity in patient care. **Br J Nurs.**, v. 23, n. 5, 2014. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S22. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24642770>>. Acesso em: 22 set. 2016.

YE, T. et al. Effect of continuity of care on health-related quality of life in adult patients with hypertension: a cohort study in china. **BMC Health Serv Res.**, v. 16, n. 1, 2016. DOI: 10.1186/s12913-1673-2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27894298>>. Acesso em: 16 set. 2016.

YIU, HYM. et al. Information needs of Chinese surgical patients on discharge: a comparison of patients' and nurses' perceptions. **J Adv Nurs.**, v. 67, n. 5, p. 1041-52, 2011. DOI. 10.1111/j.1365-2648.2010.05528.x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129010>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

YOUNG, Y. et al. Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of Directors of Nursing. **J Am Geriatr Soc.**, v. 58, n. 5, p. 901-7, 2010. DOI. 10.1111/j.1532-5415.2010.02804.x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20406315>>. Acesso em: 05 maio 2016.

ZANELLO, E. et al. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. **Ital J Pediatr.**, v. 41, n. 7, 2015. DOI. 10.1186/s13052-015-0114-x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4328636/>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FERAL DO PARANÁ DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIA DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM ENFERMAGEM - DOUTORADO			
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS			
IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
PROFISSIONAL DA SAÚDE	SIM	NÃO	DURAÇÃO DA ENTREVISTA
SE SIM – QUAL CATEGORIA PROFISSIONAL			
SERVIÇO / TEMPO NO SERVIÇO			
IDADE			
QUESTÕES INICIAIS			
GRUPO AMOSTRAL 1	Conte-me a respeito de sua rotina no cuidado ao usuário, desde o momento em que o recebe no serviço até a alta hospitalar?		
GRUPO AMOSTRAL 2	Conte-me sua rotina de cuidado com os usuários de sua área de abrangência. Como você faz para dar sequência a este cuidado no contexto da rede de atenção?		
GRUPO AMOSTRAL 3	Conte-me uma situação em que você precisou de atendimento em saúde. Onde você buscou atendimento inicialmente? O que aconteceu depois?.		
Resumo dos Pontos Chaves considerados nas entrevistas	Como inicia o cuidado O que precisa Informações: Quais, onde, como, com quem e porquê? Interações Família: relações, contexto social, cuidador Usuário: participação no próprio cuidado Serviços Acesso Seguimento do cuidado Quem apoia Sentimentos em relação as vivencias relatadas Influencia destes nas condutas Significados		

Fonte: A autora (2017).

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissional de Saúde)

Nós, Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta e Ester Ribas, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **Profissional de saúde**, a participar de um estudo intitulado “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”, que trata-se de um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizado, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Os objetivos desta pesquisa são: a) Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica; b) Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba;c) Construir uma teoria que explicita a vivência dos profissionais de saúde e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde;d) Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda um questionário semi-estruturado a respeito de como você desenvolve ou vivencia as estratégias de integração dos cuidados na rede de saúde, em um local calmo e privado, de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos.
- b) Não está previsto nenhum risco, mas se apresentar algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza comunique o pesquisador e a entrevista será interrompida a qualquer momento podendo ser retomada conforme o seu desejo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-maii: cometica.saude@ufpr.br

- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Conhecer melhor a rede SUS/Curitiba, compreendendo os aspectos da integração e se a mesma favorece a assistência contínua pautada na integralidade da atenção. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes e dos gestores na perspectiva da integração em rede. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que desenvolvem de alguma forma a estratégia de integração do cuidado. Conhecer, na perspectiva do usuário, como se desenvolvem (são recebidas) as estratégias de integração em rede. Contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e consequentemente para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede. Evidenciar a importância da integração em rede no que concerne à reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Propor estratégias de referencia e contra-referencia para a rede SUS/Curitiba com a contribuição da Enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) Os pesquisadores Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: elizabeth.bernardino@hotmail.com), Enf. Dda. Fernanda Catafesta (Fone: 43 9918-4369, e-mail: fermandacatafesta@yahoo.com.br) e Enf. Mda. Ester Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: Ester.ribas@terra.com.br) responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- e) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito com o uso de códigos de forma que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- g) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesas de qualquer natureza.
- h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável _____
--

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba _____ / _____ / _____.

Assinatura do Pesquisador.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Usuário)

Nós, Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta e Ester Ribas, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **Usuário na Rede de Atenção à Saúde**, a participar de um estudo intitulado "Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro", que trata-se de um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizado, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Os objetivos desta pesquisa são: a) Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica; b) Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba;c) Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde;d) Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda um questionário semi-estruturado a respeito de como você desenvolve ou vivencia as estratégias de integração dos cuidados na rede de saúde, em um local calmo e privado, de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos.
- b) Não está previsto nenhum risco, mas se apresentar algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza comunique o pesquisador e a entrevista será interrompida a qualquer momento podendo ser retomada conforme o seu desejo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Conhecer melhor a rede SUS/Curitiba, compreendendo os aspectos da integração e se a mesma favorece a assistência contínua pautada na integralidade da atenção. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes e dos gestores na perspectiva da integração em rede. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que desenvolvem de alguma forma a estratégia de integração do cuidado. Conhecer, na perspectiva do usuário, como se desenvolvem (são recebidas) as estratégias de integração em rede. Contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e conseqüentemente para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede. Evidenciar a importância da integração em rede no que concerne à reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Propor estratégias de referencia e contra-referencia para a rede SUS/Curitiba com a contribuição da Enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) Os pesquisadores Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: elizabeth.bernardino@hotmail.com), Enf. Dda. Fernanda Catafesta (Fone: 43 9918-4369, e-mail: femandacatafesta@yahoo.com.br) e Enf. Mda. Ester Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: Ester.ribas@terra.com.br) responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- e) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito com o uso de códigos de forma que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- g) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesas de qualquer natureza.
- h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Cuitiba _____ / _____ / _____.

Assinatura do Pesquisador.

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_ -</p> <p>_____</p> <p>Pesquisador Resoonsável</p>

<p>Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR</p> <p>Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Cuitiba-PR –CEP:80060-240</p> <p>Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>

ANEXO 1 - APROVAÇÃO CEP DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36975914.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 888.681

Data da Relatoria: 11/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "Estratégias de Integração em Rede: contribuições do enfermeiro", sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Elizabeth Bernardino e da equipe de pesquisa Fernanda Catafesta e Ester do Nascimento Ribas, conta com a colaboração da Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba e do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde -GPPGPS do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de Projeto Guarda-Chuva com 3 metodologias diferenciadas a saber: Pesquisa-Ação, Teoria Fundamentada nos Dados e Pesquisa Exploratória, constituído como um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

1- Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Confrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 888.681

2- Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba.

3- Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde.

4- Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba

Objetivo Secundário

1. Apreender como os gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba;

2. Apreender como o enfermeiros gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba; 3. Entender como é o atendimento às DCNTs na rede SUS/Curitiba, na perspectiva da integralidade.

4. Apreender as estratégias de integração utilizadas para o atendimento às DCNTs.

5. Apreender as estratégias de integração utilizadas na rede SUS/ Curitiba.

6. Apreender como as dimensões da integração se correlacionam entre si.

7. Identificar os aspectos inerentes a cada dimensão da integração presentes na rede SUS/Curitiba.

8. Conhecer a dinâmica atual de referência e contra-referência.

9. Conhecer as dificuldades dos enfermeiros para a contra-referência no HC e nas UBS.

10. Conhecer o perfil de cuidado dos pacientes que saem do hospital com uma contra-referência para as Unidades de Saúde.

11. Estabelecer um fluxo entre o hospital e a UBS.

12. Elaborar protocolos de alta para as principais demandas de cuidado.

13. Elaborar um modelo teórico que demonstre, a partir da vivência dos enfermeiros e usuários, como se desenvolve o processo de integralidade do cuidado de enfermagem dentro da estratégia de integração em rede.

14. Conhecer a experiência de enfermeiros de outros centros que trabalham na perspectiva da integralidade/integração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto aos participantes desta pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos.

Os participantes não correrão nenhum risco e serão beneficiados, pois contribuirão para uma maior compreensão sobre as estratégias para a integralidade do cuidado de enfermagem. As

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 888.581

instituições serão esclarecidas quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco; entretanto, se os enfermeiros, gestores ou usuários que se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer motivo, isso será levado em consideração, pois sua opinião é importante, desta forma a pesquisa pode ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada.

Benefícios

Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa serão os serviços participantes, bem como o município em um aspecto abrangente, que poderá reorientar ou não a seu critério suas ações de forma que sejam mais adequadas em relação à integralidade/ integração da rede, mediante os resultados apresentados.

As entrevistas serão agendadas previamente, sendo realizadas quando e no local que melhor convier ao participante, podendo, portanto ocorrer nas dependências do Hospital de Clínicas da UFPR ou nas dependências das unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Com base nos resultados esperados, acima relatados, a pesquisa é relevante.

O projeto está muito bem redigido, com fundamentação teórica de sustentação tanto ao objeto de estudo quanto à metodologia da pesquisa adequada aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e as pendências apontadas no Parecer Consubstanciado CEP nº 848.744, expedido em 29/10/2014, foram atendidas, a saber:

- 1) SMS foi incluída como instituição coparticipante.
- 2) Esclarecimentos sobre a participação das enfermeiras canadenses, assim justificada pela pesquisadora responsável: "O papel das enfermeiras canadenses será de participação como entrevistadas a respeito da vivência das mesmas com relação a integração dos cuidados na rede onde elas estão inseridas. Elas participarão da etapa da pesquisa na qual a metodologia será a Teoria Fundamentada nos Dados. [...] Pretende-se realizar um contato por video conferência com as enfermeiras que a pesquisadora principal Prof. Dra. Elizabeth Bernardino já tem contato devido ao seu doutorado sanduiche neste local. Desta forma, elas serão convidadas a participar da pesquisa, sendo enviando previamente o TCLE adaptado para o francês por e-mail sendo aguardado seu retorno devidamente assinado. Em seguida, serão agendadas as entrevistas por video conferência."

Endereço: Rua Padre Camargo, 280	CEP: 80.060-240
Bairro: 2º andar	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer . 686.681

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1) Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

2) O pesquisador deverá aguardar o Parecer Consubstanciado de Coparticipação do CEP/HC APROVANDO o projeto, para então dar início a pesquisa. Se houver necessidade de alteração do Cronograma em virtude desse trâmite, solicitar prorrogação de prazo através de emenda, alterando o Cronograma no sistema PB.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer . 699.681

CURITIBA, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 260

Bairro: 2º andar

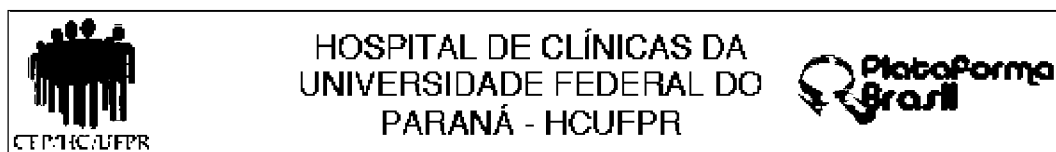
CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36975914.5.3001.0096

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

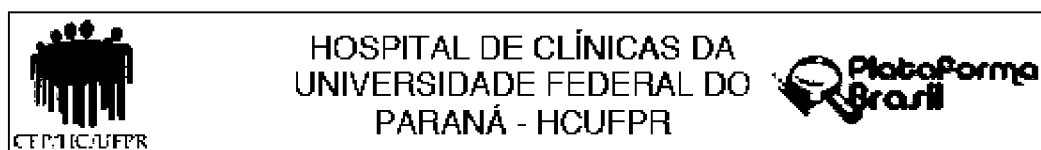
Número do Parecer: 970.808

Data da Relatoria: 25/01/2015

Apresentação do Projeto:

Em 2005, durante um estágio de doutorado realizado na cidade de Québec, Canadá, a pesquisadora teve contato com enfermeiras que trabalhavam como enfermeiros de ligação, elas faziam a referência de pacientes tanto das unidades de saúde para o hospital como do hospital para as unidades de saúde (atenção primária). Nesta mesma época, foi inspirada pelo acesso à novos autores, começou a interessar pelo problema da integração da rede de atenção. Tendo concluído o doutorado em 2007 e iniciando minhas atividades docentes na Universidade Federal do Paraná em 2008, começou a se dedicar ao tema integração, mas voltado a integração ensino-serviço. Iniciou um programa de Extensão chamado "estratégias de integração ensino-serviço". Toda a vivência na assistência e no gerenciamento tem auxiliado nas atividades como pesquisadora. Todo seu trabalho de pesquisa tem sido direcionado em duas frentes de trabalho: 1) Espaços de atuação do enfermeiro: atribuições, competências, poder e visibilidade; 2) e um desdobramento deste que é "Estratégias de Integração em rede: Contribuições do enfermeiro". Ambos são concebidos na perspectiva do gerenciamento. O segundo projeto é inspirado no primeiro mas suas particularidades faz com que seja tratado como um projeto que necessita de aprofundamento com potencial transformador. A proposta de se criar estratégias de integração em rede, contribuir com esta lacuna assistencial no sistema atendimento à saúde de Curitiba, visto,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-800
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 970.808

contemplar ações no seu processo de trabalho, focada na responsabilidade de contra referenciar o usuário, conforme necessidades individuais, para sua unidade de atenção básica. Este estudo parte do pressuposto de que a Enfermagem pode

contribuir com as gestões dos serviços públicos de saúde nas propostas de definições de estratégias de integração em rede que beneficiem os usuários do SUS/Curitiba.

Trata-se de um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizado, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção- com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:- Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica,

2- Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba,

3- Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde,

4- Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba.

Secundários:1. Aprender como os gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba; 2. Aprender como o enfermeiros gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba;

3. Entender como é o atendimento às DCNTs na rede SUS/Curitiba, na perspectiva da integralidade;

4. Aprender as estratégias de integração utilizadas para o atendimento às DCNTs;

5. Aprender as estratégias de integração utilizadas na rede SUS/ Curitiba;

6. Aprender como as dimensões da integração se correlacionam entre si;

7. Identificar os aspectos inerentes a cada dimensão da integração presentes na rede SUS/Curitiba;

8. Conhecer a dinâmica atual de referência e contra-referência;

9. Conhecer as dificuldades dos enfermeiros para a contra-referência no HC e nas UBS;

10. Conhecer o perfil de cuidado dos pacientes que saem do hospital com uma contra-referência para as Unidades de Saúde;

11. Estabelecer um fluxo entre o hospital e a UBS;

12. Elaborar protocolos de alta para as principais demandas de cuidado;

13. Elaborar um modelo teórico que demonstre, a partir da vivência dos enfermeiros e usuários, como se desenvolve o processo de integralidade do cuidado de enfermagem dentro da estratégia de integração em rede;

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 81.090-900

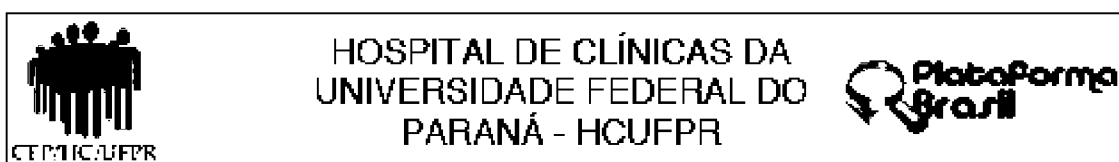
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: osp@hcufr.br



Continuação de Parecer: 970.808

14. Conhecer a experiência de enfermeiros de outros centros que trabalham na perspectiva da integralidade/integração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

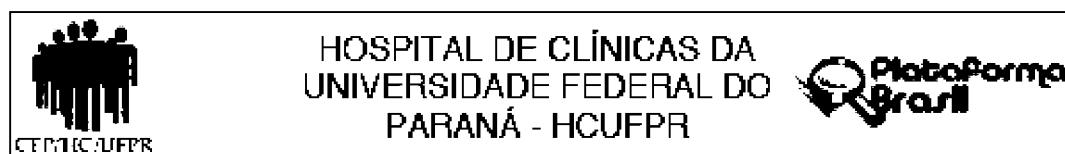
Riscos: a pesquisadora declara que no que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto à clientela desta pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Os sujeitos não correrão nenhum risco e serão beneficiados, pois contribuirão para uma maior compreensão sobre as estratégias para a integralidade do cuidado de enfermagem. As instituições serão esclarecidas quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco, entretanto, se os enfermeiros, gestores ou usuários que se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer motivo, isso será levado em consideração, pois sua opinião é importante, desta forma a pesquisa pode ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada.

Benefícios: Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa serão os serviços participantes, bem como o município em um aspecto abrangente, que poderá reorientar ou não a seu critério suas ações de forma que sejam mais adequadas em relação à integralidade/ integração da rede, mediante os resultados apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Projeto Guarda-Chuva com 3 metodologias diferenciadas à saber: Pesquisa-Ação, Teoria Fundamentada nos Dados e Pesquisa Exploratória, constituído como um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento. O Projeto intitulado "Estratégias de Integração em Rede: contribuições do enfermeiro", sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Elizabeth Bernardino e da equipe de pesquisa Fernanda Catafesta e Ester do Nascimento Ribas,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181		
Bairro: Alto da Glória		CEP: 80.090-000
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041	E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 979.608

conta com a colaboração da Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba e do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde -GPPGPS do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

O Hospital de Clínicas e a SMS serão instituições co-participantes, o presente projeto foi aprovado em 27/11/2014 no CEP do Setor de Ciências da Saúde.

Este é um projeto abrangente que consiste em diferentes etapas, portanto será apresentado para cada objetivo um método, ou seja, o método mais adequado a cada objetivo. Objetivo Principal 1 - Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Conrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração

sistêmica. Para a consecução do objetivo principal 1 será realizada pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, a qual será embasada no referencial proposto por Conrandriopoulos et al (2003). As pesquisas exploratórias buscam desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão ampla acerca de determinado fato (GIL, 2008), além disso, permite abranger manifestações diversas de uma situação,

assim como os fatores que estão relacionados a essa situação, tornando o problema mais explícito e proporcionando familiaridade com a situação (POLIT et. al, 2004). Geralmente este tipo de pesquisa é utilizado em estudos em que o tema escolhido é pouco explorado (GIL, 2008). Objetivo Principal 2: Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba. Tipo de pesquisa:

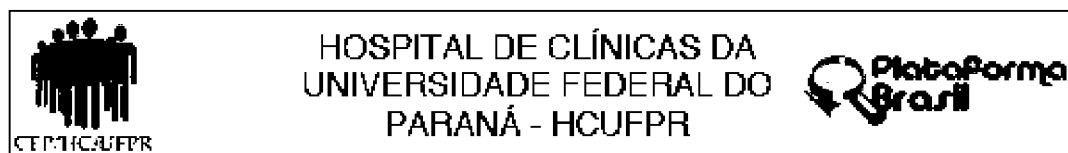
Para este objetivo será utilizado como método de investigação a pesquisa-ação proposta por Thiollent (2007). Trata-se de um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida ou realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo e ainda,

apresenta um propósito limitado à resolução de um problema prático de ordem técnica. (THIOLLENT, 2007).

Objetivos principais 3 e 4: Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde. Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba Para estes objetivos será utilizado como método a Teoria Fundamentada nos

Dados (TFD), ou também chamada Grounded Theory, que é um método de investigação que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos para desenvolver uma teoria sobre um fenômeno

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.060-900
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041 E-mail: csp@hcufr.br



Continuação do Parecer: 970.606

fundamentado nos dados, do qual deriva seu nome, e que, agregada ou relacionada a outras teorias, pode acrescentar ou trazer novos conhecimentos à área do fenômeno estudado, que no caso do objetivos principais 3 e 4 será na perspectiva do

enfermeiro e do usuário que vivenciam a estratégia de integralidade do cuidado.

O estudo tem um cronograma de execução a partir da aprovação dos CEPs até dez/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram incluídos, Em outubro de 2014 foi emitido o primeiro parecer do CEP com pendências sendo elas todas sanadas e o parecer consubstanciado de aprovado foi emitido em nov/2014.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto à viabilidade de execução nas dependências do Hospital de Clínicas, o projeto de pesquisa pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

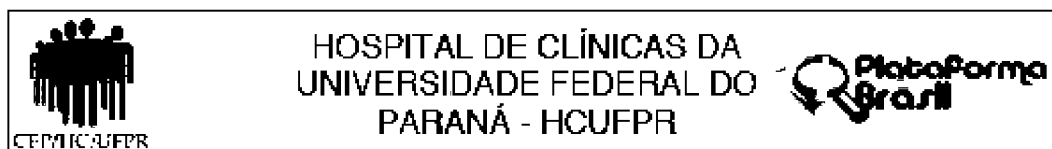
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hcufr.br



Continuação do Parecer: 970.606

CURITIBA, 03 de Março de 2015

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.090-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br